



PROCEDIMIENTO GENERAL

“ Operativa ECHO CHARLIE Coordinación y Asistencia
ante Emergencias Colectivas”

PG55_1

Los cambios realizado en el PG afecta a la totalidad del documento por lo que no se realiza el sombreado

Realizado por:
Grupo Regional de Coordinación
Grupo Regional de Catástrofes
Aprobado: Dirección Asistencial
Fecha: 18 Septiembre 2020

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETO.....	5
3. ALCANCE.....	6
4. ESTRUCTURA DEL PLAN.....	6
4.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL PLAN.....	6
4.2. FUNCIONES DEL GRUPO SANITARIO EXTRAHOSPITALARIO.....	7
5. OPERATIVIDAD DEL PLAN.....	11
5.1. ACTIVACIÓN DEL PLAN.....	12
5.2. OPERATIVA EXTRAHOSPITALARIA DEL PLAN.....	14
5.3. INFORMACIÓN OFICIAL.....	21
6. MEDIDAS DE ACTUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA.....	21
6.1. CONTROL Y SECTORIZACIÓN.....	21
6.2. TRIAJE.....	23
6.3. DESCONTAMINACIÓN EN INCIDENTES NBQ.....	24
6.4. ESTABILIZACIÓN Y TRATAMIENTO.....	26
6.5. TRASLADO A CENTRO ÚTIL.....	26
6.6. REACTIVACIÓN DE LOS EQUIPOS.....	27
7. COMUNICACIONES DEL GRUPO SANITARIO EN EC.....	27
8. ANEXOS.....	27
8.1. ACTIVACIÓN DEL VEHÍCULO DE APOYO LOGÍSTICO.....	27
8.2. FUNCIONES EN SALA DE COORDINACIÓN EN EMERGENCIAS COLECTIVAS..	29
8.3. FUNCIONES DEL PRIMER EQUIPO EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y TRIAGE	30
8.4. DISPERSIÓN HOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS.....	32
9. REFERENCIAS.....	33

GLOSARIO

CCUE.....	Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias 061
CECEM-112.....	Centro de Coordinación de Emergencias 112
SUAP.....	Unidades móviles de urgencias de Atención Primaria
EE061.....	Equipo de Emergencias 061
PMA.....	Puesto de Mando Avanzado
PSA.....	Puesto Sanitario Avanzado
RTU.....	Red de Transporte Urgente
PTEAnd.....	Plan Territorial de Emergencias de Andalucía.
PLAN.....	Plan Sectorial Sanitario de Andalucía
EC.....	Emergencias Colectivas.
IMV.....	Incidentes con Múltiples Víctimas.
VAL.....	Vehículo de Apoyo Logístico.
SSPA.....	Sistema Sanitario Público de Andalucía.

CRISIS: La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de este término con el fin de unificar criterios conceptuales sobre cualquier situación desproporcionada en la que sea precisa una intervención sanitaria inmediata para su resolución.

DESASTRE: Situación que conlleva un número desproporcionadamente elevado en pérdida de vidas y bienes, desbordando las capacidades de la propia comunidad local y regional, ligada a desórdenes de la naturaleza derivados del agua, la tierra, el viento y el fuego.

EMERGENCIA COLECTIVA (EC): Cualquier incidente que altera notablemente el orden normal de las cosas y que provoca puntualmente una trágica desproporción entre las necesidades y los medios disponibles pero que es habitualmente resuelto con los recursos que se disponen. Dentro de este concepto distinguimos entre:

- **Incidentes con múltiples víctimas (IMV), o catástrofes menores:** incidentes en el que hay implicados entre 3 y 60 víctimas. Se resuelven en un tiempo limitado inferior a las 6 horas y con los recursos de emergencias convencionales. Ejemplos de IMV son los accidentes múltiples de tráfico, incendios en edificios,...
- **Catástrofes:** incidentes con un número indeterminado de víctimas (de 60 a 200 víctimas). Es el resultado de la interacción del hombre y su medio (accidentes aéreos, marítimos, ferroviarios, derrumbes de edificios, grandes incendios,...). Se resuelven en un tiempo inferior a las 72 horas. La gestión del incidente es multidisciplinar, con un mayor compromiso interservicios, y deberán desplegarse estructuras móviles avanzadas de mando y socorro.

1. INTRODUCCIÓN

Las situaciones de **EMERGENCIAS COLECTIVAS** requieren una cuidadosa Preparación, Ejecución y Evaluación de la primera respuesta sanitaria y de los mecanismos que aseguran la **movilización inmediata ordenada e integrada** de recursos humanos y materiales necesarios, así como el esquema adecuado de coordinación entre los diferentes dispositivos del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) que integran el Grupo Sanitario.

El **Plan Territorial de Emergencia de Andalucía (PTEAnd)**, aprobado en 2011, se constituye como **plan director** para la ordenación e integración de la planificación de emergencias en Andalucía. Para garantizar dicha integración, el PTEAnd **establece las directrices y los criterios generales** que las administraciones, organismos y entidades deberán tener en cuenta a la hora de la elaboración, implantación y mantenimiento de los planes correspondientes a sus ámbitos competenciales:

- Planes Territoriales de Emergencia de ámbito inferior. Ej: Plan de Emergencias Municipal.
- Planes Especiales de Emergencia de Comunidad Autónoma.
- Planes Específicos de Emergencias.
- Planes de Emergencia Interior/Autoprotección.
- Planes Sectoriales: entre los que se encontrará el **Plan Sectorial Sanitario de Andalucía** según lo dispuesto en la ley 2/2002 de Gestión de Emergencias de Andalucía.

La **Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES)** fue creada en 1994 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, para prestar asistencia a las emergencias sanitarias en toda Andalucía. En su Carta de Servicios consta la **Asistencia Sanitaria en situaciones de Emergencias Colectivas** con el compromiso de dar una respuesta sanitaria integrada de calidad ante situaciones con múltiples víctimas de una forma coordinada con el grupo sanitario y con todas las autoridades competentes.

El procedimiento **ECHO CHARLIE** sigue como **plan director el PTEAnd y el Plan Sectorial Sanitario de Andalucía (PLAN)** desarrollando la ESTRUCTURA, la OPERATIVA y las MEDIDAS DE ACTUACIÓN desde el punto de vista EXTRAHOSPITALARIO ante una Emergencia Colectiva (EC) en el ámbito de nuestra región.

2. OBJETO

Los objetivos de este procedimiento son:

1. Recoger la **ESTRUCTURA organizativa y funcional del Grupo Sanitario Extrahospitalario** ante una EC garantizando la integración con el resto de instituciones según se establece en el PTEAnd y en el Plan Sectorial Sanitario de Andalucía (PLAN).
2. **Desarrollar la OPERATIVIDAD ó actuaciones a realizar por el CCUE** ante una EC recogidas en el PTEAnd y en el PLAN.
3. **Desarrollar las MEDIDAS DE ACTUACIÓN del Grupo Sanitario Extrahospitalario en el lugar del incidente** recogidas en el PTEAnd y en el PLAN.

3. ALCANCE

El procedimiento se limita a la **zona sanitaria de Andalucía en su ámbito extrahospitalario**:

- Personal sanitario extrahospitalario de Andalucía.
- Gestores telefónicos de emergencia (GT), supervisores, técnicos de sistemas y personal de mantenimiento de EPES.
- Direcciones de los Servicios Provinciales Coordinadores Asistenciales, Coordinadores de Cuidados y Servicios de EPES.

4. ESTRUCTURA DEL PLAN

La estructura del Plan Sectorial Sanitario de Andalucía (PLAN) tendrá como base:

- Garantizar la dirección y coordinación de las actuaciones sanitarias por la autoridad correspondiente según el alcance de la emergencia,
- Organizar los servicios y recursos extrahospitalarios propios y ajenos del SSPA y los asignados por otras entidades privadas.
- Establecer un marco organizativo general, permitiendo la integración del grupo sanitario con el resto de grupos operativos de un ámbito inferior en la de ámbito superior:
 - En el ámbito local: dentro de los Servicios Operativos Sanitarios del municipio afectado incluido en el Área Hospitalaria.
 - En el ámbito provincial: dentro del Grupo de Acción Sanitaria de la provincia afectada según establece la estructura provincial del PTEAnd. **Figura 1**
 - En el ámbito regional: integrados en la estructura regional del PTEAnd en varios Grupos de Acción Sanitaria provinciales.

La Dirección del PLAN corresponderá al titular de la Delegación Provincial de Salud en el ámbito provincial y al titular de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en su ámbito regional.

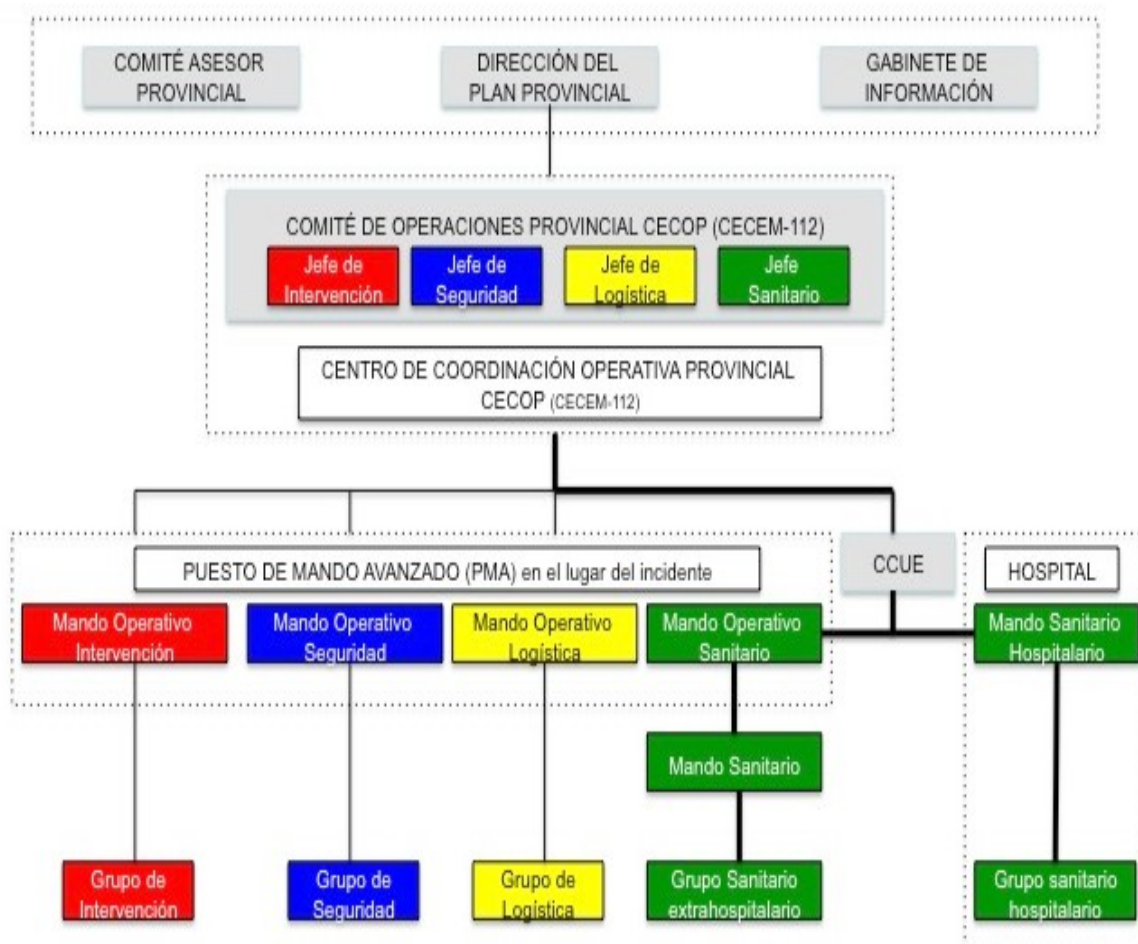
4.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL PLAN

El grupo sanitario tiene como servicios operativos integrantes:

- El Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Cruz Roja y otras Organizaciones No Gubernamentales.
- Centros hospitalarios Concertados ó Privados.
- Empresas de transportes sanitarios Concertadas ó Privadas.

La composición y las funciones de los distintos órganos que componen la estructura del PLAN aparecen recogidos en el Plan Territorial de Emergencias de Andalucía (PTEAnd) elaborado por la Junta de Andalucía y plan de referencia para dar respuesta a las emergencias en Andalucía.

Figura 1. Integración del grupo sanitario en la estructura provincial según el PTEAnd.



4.2. FUNCIONES DEL GRUPO SANITARIO EXTRAHOSPITALARIO

La asistencia sanitaria inmediata se integra dentro del esquema organizativo del Grupo Sanitario actuando en conjunción con los demás grupos operativos (Intervención, Seguridad y Logística), en coordinación desde el Puesto de Mando Avanzado.

El médico del primer equipo sanitario (1º EE) que llega al incidente será el Mando Sanitario salvo que el Coordinador de la EC estime que deba ser otro profesional. Podemos encontrar varias situaciones:

- El primer equipo sanitario es un EE061 de la misma provincia (terrestre o aéreo): el Mando Sanitario recae en el médico del EE061 ó del profesional designado por el Coordinador de la EC.
- El primer equipo sanitario es un EE061 de otra provincia (terrestre o aéreo): haciéndose cargo del Mando Sanitario el médico del mismo, o quien designe el Coordinador de la EC, hasta que se presente el primer EE061 (terrestre o aéreo) de la provincia.

- El primer equipo sanitario NO es un EE061: el Coordinador de la EC dará instrucciones al médico del equipo antes de la llegada al lugar y asumirá el Mando Sanitario hasta que se presente el primer EE061.

En un NIVEL 1 DE EMERGENCIA SANITARIA, que supone una EC con menos de 10 víctimas potenciales, **el 1º equipo de emergencias (EE) se encargará de la organización sanitaria en el lugar del incidente**, siendo su actuación de manera esquemática la siguiente:

Primer equipo de emergencias:

Mando Sanitario (Médico del primer EE):

- Es el máximo responsable de la asistencia sanitaria en el lugar del suceso.
- Contacta con los mandos de los grupos operativos de seguridad y rescate para recabar información sobre el suceso: peligros, número potenciales de víctimas y accesos.
- Es el enlace con el CCUE informando a la llegada de todo lo referente al incidente: características y riesgos del incidente, número de víctimas, accesos y recursos necesarios.
- Determina la sectorización sanitaria.
- Asigna las siguientes responsabilidades entre los componentes de su equipo:
 - Responsable de Triage (DUE del primer EE).
 - Responsable de Evacuación (TES del primer EE).
- Distribuye los apoyos sanitarios que van llegando entre los responsables sanitarios en función de las necesidades del momento.
- Organiza la asistencia sanitaria en el área asistencial realizando triage avanzado de estabilización (ATLS) y de evacuación (R-TRS).
- Dirige la dispersión hospitalaria informando al CCUE de los pacientes críticos.

Responsable de Triage (DUE del primer EE):

- Organiza el 1º triage básico de los heridos en el área de rescate.
- Despliega el material en el área asistencial.
- Organiza la agrupación de víctimas hacia el área asistencial.
- Mantiene informado al Mando Sanitario.
- Aquellas que le sean encomendadas por el Mando Sanitario.

Responsable de la Evacuación (TES del primer EE):

- Implanta medidas de seguridad si aún no están las Fuerzas de Seguridad.
- Informa al Mando Sanitario de los equipos sanitarios que llegan al lugar como apoyos sanitarios para su distribución entre los responsables sanitarios.
- Determina y organiza el Parking de Ambulancias (SVA y SVB) y Punto de Carga.
- Regula la evacuación según las órdenes del Mando Sanitario.
- Mantiene informado al Mando Sanitario.
- Aquellas que le sean encomendadas por el Mando Sanitario.

A partir de un NIVEL 2 DE EMERGENCIAS SANITARIA, equivalente a una EC con más de 10 víctimas potenciales o en incidentes NBQ (Biológicos, Químicos o Radiológicos), para garantizar la organización sanitaria en el lugar **se requiere además la activación inicial de:**

- Vehículo de mando 061: el Director del SP 061 realizando las funciones de **Mando Operativo Sanitario** como máximo responsable del grupo sanitario en el lugar.
- Vehículo de apoyo logístico 061 (VAL): el TES del VAL realizará las funciones de **Responsable de Logística** para establecer la malla 1° sanitaria entre los responsables y para suministrar material y/o equipo específico asistencial (NBQ) si se requiriese. Ver [Anexo 8.1 Activación del VAL](#).
- 2° Equipo de Emergencias: según las necesidades el Mando Sanitario podrá asignar entre los componentes del 2° EE funciones de **Responsable de Tratamiento, Triage en la Unidad de Descontaminación, Atención a Verdes, Parking de Ambulancias ó Comunicaciones**.



Vehículo de mando 061:

Mando Operativo Sanitario
(Dirección del Servicio Provincial
061)

- Es la máxima autoridad del Grupo o Servicio Sanitario en el PMA y enlace entre el CCUE y el PMA.
- Está en contacto con el Mando Sanitario, el CCUE, la Dirección Asistencial de EPES y el Jefe del Grupo Sanitario (Delegación ó Consejería de Salud).
- Designa al Mando Sanitario: confirmando la decisión inicial del médico coordinador de la EC ó decidiendo sobre el terreno quién realizará las funciones de Mando Sanitario
- Apoya al Mando Sanitario para la realización de las tareas organizativas en función de las necesidades.

Vehículo de Apoyo Logístico (VAL)

Responsable de Logística (TES del VAL):

- Despliegue del material del VAL en función de las necesidades del Puesto Sanitario y a solicitud del responsable del mismo.
- Despliegue de la malla de comunicaciones asignando los portátiles con indicativo a los distintos responsables sanitarios.

- Organiza la dispensación del material NBQ localizado en el VAL y la supervisión del vestido/desvestido NBQ de los intervinientes de EPES.
- Control de los tiempos de los equipos de intervención (45 minutos máximo) y organización de los relevos por parejas de los intervinientes en incidentes NBQ.
- Mantiene informado al Mando Sanitario.
- Aquellas que le sean encomendadas por el Mando Sanitario.

Segundo Equipo de Emergencias

Responsable de Tratamiento (Médico del segundo EE 061 ó el sanitario que designe el Mando):

- Distribuye los apoyos sanitarios que le van llegando, bajo su responsabilidad.
- Organiza la asistencia sanitaria en el área asistencial realizando triage avanzado de estabilización (valoración primaria según ATLS) y de evacuación (R-TRS). Informa de ello al mando sanitario.
- Controla la documentación clínica del paciente en el PSA.
- Aquellas que le sean encomendadas por el Mando Sanitario.

Responsable de Comunicaciones (TES del 2º EE 061 ó el sanitario que designe el Mando)

- Realiza las funciones de operador de radio del Mando Sanitario en el PMA.
- Es el administrador de tráfico de las comunicaciones.
- Mantiene informado al Mando Sanitario.
- Aquellas que le sean encomendadas por el Mando Sanitario.

Responsable de Triage en la Unidad de Descontaminación (DUE del 2º EE 061 ó el sanitario que designe el Mando):

- Disponer de la concentración de víctimas.
- Organizar el circuito de válidos y no válidos.
- Realización del triage y de maniobras salvadoras.
- Supervisar y participar en las labores de descontaminación efectiva.
- Controlar las víctimas contaminadas que precisan asistencia médica.
- Controlar el material contaminado.
- Tendrá a su disposición de apoyo para realizar dichas funciones a un sanitario de EPES: TES del 2º EE 061, DUE del VAL ó quien disponga el Mando Sanitario.

Atención a Verdes (DUE del 2º EE 061 ó quien decida el Mando Sanitario):

- Agrupa a los pacientes leves, ambulantes, evitando la evacuación incontrolada.
- Presta atención inicial, vigilando y alertando ante cambios en el estado de los pacientes.
- Facilita la filiación de los heridos.
- Apoya al Responsable de Tratamiento, manteniéndolo informado de cualquier cambio en el estado de los pacientes agrupados como verdes inicialmente.

Parking Ambulancias (TES del 2º EE 061 ó quien decida el Mando Sanitario):

- Apoya al Responsable de Evacuación en la clasificación de las ambulancias según posibilidades asistenciales (unidades de SVA y SVB).
- Envía las ambulancias al punto de carga por indicación del Responsable de Evacuación, para traslados de pacientes a centros de destino.

- Envía las ambulancias para apoyo al rescate, por indicación del Responsable de Evacuación.
- Mantiene informado al Responsable de Evacuación.

5. OPERATIVIDAD DEL PLAN

La Operatividad del Plan Sectorial Sanitario de Andalucía (PLAN) establecerá las actuaciones que deben ejecutar los distintos órganos sanitarios integrados en su estructura para la activación del PLAN y la alerta y la movilización de los medios y recursos sanitarios en función de la gravedad de la situación.

Distinguimos las siguientes fases de la Operatividad:

- **Fase de PREEMERGENCIA:** en la que se procede a la alerta de los servicios y grupos operativos ante un riesgo previsible que podría desencadenar una situación de EC.
- **Fase de EMERGENCIA:** esta fase tiene su inicio con la ocurrencia de un fenómeno o accidente CONFIRMADO. Se distinguen las siguientes situaciones:
 - Emergencia local: Normalmente se podrán resolver con recursos ordinarios del distrito sanitario de la provincia.
 - Emergencia provincial: Requerirá la activación de recursos extraordinarios de ámbito provincial.
 - Emergencia regional: Puede requerir incluso la activación de recursos hospitalarios y/ o extrahospitalarios de otras provincias.
 - Emergencia nacional: la magnitud de la emergencia requiere la activación de recursos de comunidades autónomas externas. La activación se realizará a través de la Presidencia de la Comunidad Autónoma.

La evolución de la emergencia puede producir un cambio en la fase de emergencia:

- **De emergencia local a provincial:** el director del PLAN será el Delegado Provincial de Salud y se integra el grupo sanitario en la estructura provincial del PTEAnd.
- **De emergencia provincial a regional:** supondrá una transferencia de la dirección del PLAN a iniciativa del Delegado Provincial de Salud o a demanda del Consejero de Sanidad. El grupo sanitario se integrará en la estructura regional del PTEAnd.

Para establecer el **Escalón de Intervención** necesario para dar respuesta a la EC, es necesario determinar el **Nivel de Emergencia Sanitaria** acorde a la situación:

- **Nivel 1.** Emergencias que por su evolución y/o naturaleza han producido daños poco significativos sobre personas, bienes y/o entorno. A nivel sanitario se estima en un número inferior a 10 víctimas potenciales.
- **Nivel 2.** Los daños producidos son considerables. En ocasiones requerirá la activación de recursos extraordinarios de ámbito comarcal o provincial. A nivel sanitario supone la afectación de entre 10 y 60 víctimas potenciales
- **Nivel 3.** Nivel de daños grave. Puede requerir incluso la activación de recursos de otros servicios provinciales. Supone a nivel sanitario la afectación potencial de mas de 60 víctimas.

5.1. ACTIVACIÓN DEL PLAN

Toda demanda codificada por un gestor telefónico como C “Colectiva” requiere la intervención inmediata del médico coordinador de la provincia donde ocurra el incidente.

Siempre se enviará Escucha Selectiva o Requerimiento al médico coordinador dependiendo de que entre la llamada por voz o como pedido sin voz. El médico coordinador mantendrá o modificará el TD “Tipo de Demanda” en función de las siguientes consideraciones:

- ❖ Demanda codificada como tipo C “Colectiva” desde 112: desde el CCUE se recabará toda la información disponible:
 - **Se codificará la demanda como Tipo I “Informativa”:** si se DESCARTA una EC y no se requiere asistencia sanitaria.
 - **Se codificará la demanda como Tipo A “Asistencial”:** si se DESCARTA una EC pero se requiere asistencia sanitaria para alguna persona.
- ❖ Demanda recibida por cualquier línea por SOSPECHA de EC,: **el médico coordinador codificará la demanda como Tipo C y activará el PLAN en FASE de PREEMERGENCIA.** Se enviará un primer recurso sanitario para valorar la situación in situ:
 - **Se codificará la demanda como tipo C con código de resolución del grupo 10 asociado al recurso activado:** si el recurso sanitario NO LLEGA AL LUGAR del suceso porque es interrumpido tras nueva información obtenida por el CCUE.
 - **Se codificará la demanda como tipo C con código de resolución del grupo 20 asociado al recurso activado:** si el recurso sanitario DESCARTA EC y no se requiere asistencia sanitaria.
 - **Se codificará la demanda como tipo C con código de resolución del grupo 30 asociado al recurso activado:** si el recurso sanitario DESCARTA EC pero asiste a algún paciente.
 - **Se codificará la demanda como tipo C y se pasará a FASE DE EMERGENCIA:** si el recurso sanitario CONFIRMA LA EC.
- ❖ Demanda recibida por cualquier línea sobre una EC CONFIRMADA: **el médico coordinador codificará la demanda como tipo C y activará el PLAN en FASE DE EMERGENCIA. Un coordinador y 3 operadores podrán salir del desborde dedicándose de manera exclusiva a la gestión de la EC.**
- ❖ Demanda recibida por cualquier línea sobre alguna de las SITUACIONES DE RIESGO DE EC: **el médico coordinador codificará la demanda como Tipo C y activará el PLAN en FASE DE EMERGENCIA.**

Se entenderá activado el Plan Sectorial Sanitario en el momento en que concurra alguna de estas circunstancias:

- En **Fase de PREEMERGENCIA:** ante la SOSPECHA de una EC.
- En **Fase de EMERGENCIA:** por una EC CONFIRMADA ó por alguna de las situaciones de Riesgo de EC.

El alcance de la activación del Plan supone:

- **Activación parcial del Plan:** en fase de emergencia local y provincial.
- **Activación total del Plan:** en fase de emergencia regional.

Tras la confirmación de la Emergencia Colectiva se gestionará la demanda en el Sistema de atención de llamada según las especificaciones del [PG 52](#) Procedimiento de Trabajo de Centros en Red utilizando la aplicación Interfaz de Coordinación y Supervisión.

Tabla 1

Situaciones de Riesgo de EC: activación al menos Nivel 1

- Accidentes aéreos que sólo implique a la tripulación (p.ej. avionetas fumigación, helicópteros,... en zonas despobladas)
- Accidentes marítimos de pequeñas embarcaciones (pateras u otras embarcaciones a la deriva, naufragios ...)
- Accidente de tráfico en túnel.
- Accidentes de transporte con mercancías peligrosas
- Cualquier situación de riesgo químico y/o tecnológicos que afecte a población (p.ej. sospechas de nube tóxica...)
- Incidentes que impliquen desalojos de centros, sin incendio asociado (p.ej. amenaza de bomba en colegios, hospitales, administración pública, peligro de derrumbe...)
- Amenaza de bomba.
- Derrumbamiento de edificio o casas.

Situaciones de Riesgo de EC: activación al menos Nivel 2

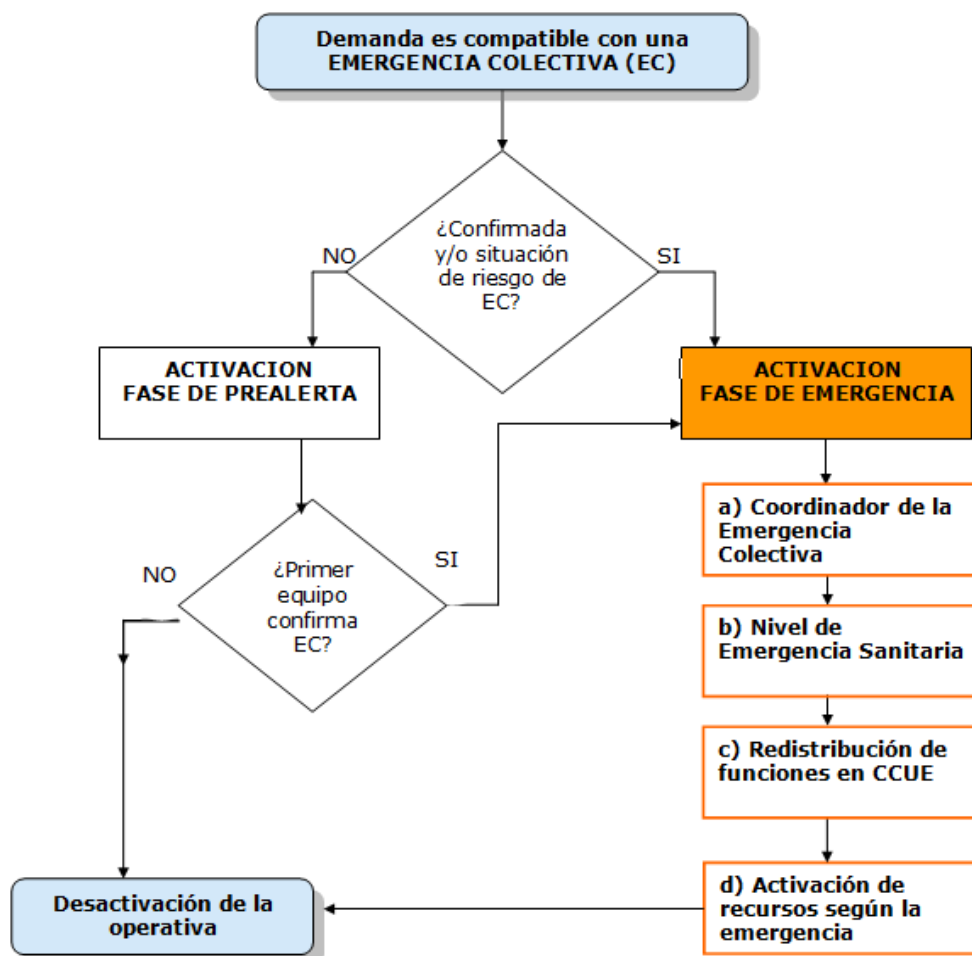
- Accidentes aéreos que impliquen múltiples víctimas (p.ej. avión comercial, aeronaves en zonas de población, ...)
- Accidentes marítimos de embarcaciones mayores (p.ej. choques barcos, ferrys, ...)
- Accidentes ferroviarios, incluso sin descarrilamiento (p.ej. tren de pasajeros, mercancías desconocidas...)
- Accidentes de autobús con pasajeros en vías rápidas (autovías, autopistas...) o vías interurbanas.
- Avalanchas humanas en concentraciones.
- Incendios en edificios de varias plantas.
- Incendios que impliquen desalojos de centros: colegios, centros de mayores, hospitales, centros de salud.
- Explosiones (incluidos atentados)
- Activación de otros Planes de Emergencias (especiales, sectoriales...) por parte de Emergencias 112.

5.2. OPERATIVA EXTRAHOSPITALARIA DEL PLAN

El procedimiento ECHO CHARLIE desarrolla la OPERATIVA EXTRAHOSPITALARIA DEL PLAN recogiendo las acciones a realizar desde el CCUE para la alerta y la movilización de los medios y recursos sanitarios en función de la magnitud de la emergencia colectiva.

Estas actuaciones variarán según la fase de Operatividad en la que se encuentre la emergencia:

- Fase de **PREEMERGENCIA**.
- Fase de **EMERGENCIA**.



En Fase de PREEMERGENCIA:

Las acciones a realizar en fase de PREEMERGENCIA son las siguientes:

Acordar el acceso y el punto de encuentro:

El Centro Coordinador de Emergencias 112 (CECEM-112) debe transmitir al CCUE el punto de encuentro en una zona segura de los operativos y los accesos.

Envío de un primer equipo para confirmar la EC:

En el caso de que se confirme la EC, el mando sanitario informará al CCUE para que se realicen las acciones que se describen en la fase de emergencia.

Desactivación del PLAN en fase de PREEMERGENCIA:

Sólo en el caso de que el primer equipo descarte una EC. La decisión de desactivar el PLAN le corresponde al **Mando Sanitario**.

En Fase de EMERGENCIA:

Ante una llamada al CCUE con la información suficiente sobre un incidente para catalogarlo como una EC CONFIRMADA ó ante situaciones citadas de RIESGO DE EC se activará el PLAN en Fase de EMERGENCIA realizándose las siguientes acciones:

Determinar el coordinador de la EC:

Le corresponderá dicha función al médico coordinador que realice funciones de **jefe de sala del Centro Preferente**. Sólo el CCUE del Centro Preferente coordinará la EC. Los CCUE del resto de los Servicios Provinciales del 061 pueden atender las demandas ordinarias mediante la Colaboración en Red.

Clasificación del nivel de emergencia sanitaria:

El **coordinador de la EC** clasificará la emergencia sanitaria según la magnitud del suceso y el número potencial de víctimas:

- **Nivel 1.** Emergencias que suponen **menos de 10 víctimas potenciales** y pueden ser resueltos por los recursos del distrito sanitario en un **tiempo inferior a 3 horas**. También cuando concurren alguna de las Situaciones de Riesgo de EC descritas en la [Tabla 1](#) (Ejemplo: desalojo preventivos de colegios).
- **Nivel 2.** Emergencias que suponen **entre 10 y 60 víctimas potenciales** y pueden ser resueltos por los recursos sanitarios de la provincia en un **tiempo inferior a 6 horas**. **Supondrá siempre la activación del VAL**. Una activación de cualquier plan de emergencias de Protección Civil en Situación 1 (emergencia provincial) supondrá igualmente la activación inmediata de nuestro Nivel 2 de emergencia sanitaria [Tabla 1](#) (ej: plan de riesgos químicos nivel II, plan de inundaciones nivel III, plan de incendios forestales nivel 1).
- **Nivel 3.** Emergencias que suponen **más de 60 víctimas potenciales** y que requieren la activación de recursos sanitarios de otras provincias para su resolución en un **tiempo de hasta 72 horas**.

Redistribución de las funciones en el CCUE:

Con el enfoque de entorno colaborativo, se seguirán las siguientes directrices para la atención a las Emergencias Colectivas:

- **Sólo un médico coordinador gestiona la EC:** dirigirá la reorganización de la sala de forma continua y dinámica según las necesidades y evolución del incidente.
- **Sólo la sala del Centro Preferente coordina la emergencia:** es la sala del SP de la provincia del incidente quien asume la coordinación de la misma aunque la primera llamada entrase en otra provincia (en este caso se derivaría rápidamente al Centro Preferente).

- Prioridad: gestión de la emergencia.
- Redistribución dinámica de las funciones de los gestores telefónicos.
- Colaboración en Red: otros SSPP pueden atender demandas ordinarias.

El coordinador de la EC realizará una redistribución dinámica de las funciones a realizar en el Centro Preferente para la alerta y movilización de los recursos sanitarios. Será el encargado preferente de transmitir al mando sanitario información relacionada sobre los recursos/servicios implicados cuando sea posible. Asigna las siguientes funciones:

- **Operador de Activaciones:** no recibe llamadas. Encargado de activar los recursos sanitarios operativos en ese momento según el nivel de emergencia (EE061. SUAP, RTU,...).
- **Operador de Alertas:** no recibe llamadas. Encargado de alertar al 112 y servicios no sanitarios si fuera preciso (bomberos, FCSE,...) y servicios sanitarios potencialmente implicados (hospitales, centros de salud,...).
- **Operador Auxiliar:** recogida de información del suceso en un primer momento (recibe llamadas) y comunicación de recursos en el lugar del suceso si lo determinara el coordinador de la EC.

El Gestor de recursos (con perfil GR2) estará fuera de desborde y se encargará de recibir las comunicaciones que los recursos de la provincia (sobretudo los activados en la EC) establezcan con la sala.



En el [Anexo 8.2 "Tareas de coordinación en emergencias colectivas"](#) se detalla la lista de las tareas para cada nivel de emergencia sanitaria de cada uno de los operadores asignados y el

coordinador de la EC. Este documento estará disponible en formato papel en la sala y en el despacho de Centros en Red.

A partir de un nivel 2 de emergencia sanitaria **el coordinador de la EC puede considerar:**

- Posponer los descansos del personal de la sala (descansos por PVD o para comidas).
- Interrumpir toda llamada atendida que no sea para demandar asistencia urgente o emergente para ser solucionada con posterioridad.

La reorganización de la sala será distinta en función del número de GT en el momento de la EC:

- **Salas con dos operadores en el momento de la EC:**
 1. **Operador de Activaciones y de Alertas:** un operador asumirá ambos roles.
 2. **Gestor de Recursos (GR2):** el otro operador tomará este perfil.
 3. **Operador Auxiliar:** se reclutará un operador de la sala de Málaga (en Andalucía Oriental) ó de Sevilla (en Andalucía Occidental) logándose en el Centro Preferente para cumplir con este rol.
- **Salas con tres ó mas operadores en el momento de la EC:**
 1. **Operador de Activaciones y de Alertas:** un operador asumirá ambos roles.
 2. **Gestor de Recursos (GR2):** un operador tomará este perfil.
 3. **Operador Auxiliar:** un tercer operador del Centro Preferente realizará este rol.

En las Emergencias Colectivas (EC) el coordinador dispone de herramientas en el sistema de atención de llamadas que le ayudarán a gestionar estas situaciones de forma más estructurada y eficiente. Las herramientas que ayudan a la gestión de la EC son:

- **Interfaz de Coordinación y Supervisión:** permite la reorganización de la sala.
- **Plan Operativo:** permite la gestión individualizada de las tareas a los operadores que intervendrán en la EC.

En la pantalla de **Interfaz de Coordinación y Supervisión (ICS)** accesible en el monitor derecho del puesto se podrá realizar la tarea de reorganización de la sala de coordinación seleccionando a los operadores que participarán en la gestión de la EC.

Cuando los roles se asignen desde la **herramienta de coordinación y supervisión** será el propio sistema el que de manera automática bloqueará a los operadores hasta la finalización de las tareas de su rol. [PG 52 Procedimiento de trabajo de Centros en Red](#)

Funciones del Coordinador de la Emergencia Colectiva: se “bloqueará” en su puesto y saldrá de la colaboración del sistema en Red para dirigir la reorganización de la sala de forma continua y dinámica según las necesidades y la evolución del incidente.

- **Acordar accesos y puntos de encuentro mediante llamada al 112 con los demás intervinientes en una zona segura:** será el coordinador de la EC ó el gestor de emergencia asignado por éste quien realice esta función.
- **Determinar el nivel de emergencia sanitaria** según el tipo de suceso y el número potenciales de víctimas.
- **Informar al primer equipo interviniente:** sobre el incidente y el punto de encuentro.
- **Redistribución de las funciones en el CCUE** utilizando las herramientas del sistema de CENTROS EN RED de “Interfaz de Coordinación y Supervisión” y el “Plan Operativo (PODUE)”.
- **Alertar al Director del SP 061.**
- **Alertar al Coordinador Asistencial y al Coordinador de Cuidados del SP 061:** a partir del nivel 2 de emergencia sanitaria.
- **Sacar del desborde a los operadores de Alerta, Activaciones y Auxiliar.**
- **Informar a los coordinadores de los SSPP en red.**
- **Información sanitaria periódica del suceso:** el coordinador de la EC informará periódicamente al Director del SP 061, a los hospitales implicados y al 112.
- **Listado de pacientes asistidos tras finalizar la demanda:** el coordinador de la EC ó el profesional que éste asigne recogerá los datos de filiación de pacientes asistidos y trasladados con centros de destino utilizando la **herramienta en intranet sobre IMV** para ser enviado al director del SP.

Funciones del operador de Activaciones: se bloqueará momentáneamente para realizar las siguientes funciones. Posteriormente continuará su labor con perfil de Gestor de Recursos (GR2).

- **Activación de recursos sanitarios de la zona:** en emergencias sanitarias nivel 1.
- **Activación de recursos sanitarios de la zona y de localidades próximas según el Plan Operativo (PODUE):** a partir de un nivel 2 de emergencia sanitaria.
- **Activación del HELI:** según la hora por requerimiento del coordinador de la EC

- **Activación del TSC:** por requerimiento del coordinador de la EC.
- **Activación de recursos sanitarios según PODUE y de otras localidades no recogidas en el Plan Operativo:** a partir de un nivel 3 de emergencia sanitaria.

Funciones del operador de Alertas: se bloqueará para realizar las siguientes funciones:

- **Alertar al Centro Coordinador de Emergencias 112** mediante “pedido sin voz” para la activación del resto de los grupos operativos (bomberos, CFSE,...) y recogerá toda la información del 112 sobre el incidente que se vaya recibiendo.
- **Alertar a los hospitales y centros sanitarios implicados:** a partir de un nivel 2 de emergencia sanitaria se alertará a todos los centros sanitarios recogidos en la tabla de “Dispersión hospitalaria” de la zona correspondiente. Ver [Anexo 8.4 Dispersión hospitalaria en EC](#).
- **Activación de los profesionales localizados del SP 061:** a partir de un nivel 2 de emergencia sanitaria.
- **Activar el Vehículo de Apoyo Logístico (VAL):** a partir del nivel 2 de emergencia sanitaria.
- **Alertar al Técnico de Sistemas de guardia:** a partir del nivel 2 de emergencia sanitaria.
- **Alertar a los responsables de Teleoperación:** a partir de un nivel 2 de emergencia sanitaria. Se considerará con el responsable de Teleoperación la activación preventiva del operador de guardia localizada ó un refuerzo en el número de operadores (en aquellas salas en las que no exista personal localizado).
- **Realizar una ronda de llamadas a los profesionales del SP 061 que no estén en turno:** a partir de un nivel 3 de emergencia sanitaria para planificar los relevos tras las 6 primeras horas de intervención.

Funciones del GT Auxiliar de la EC: se quedará fuera del desborde pero no bloqueado para realizar las siguientes funciones:

- **Apoyo en la gestión de llamadas según las necesidades.**
- **Realización de las tareas delegadas del coordinador de la EC.**

Activación de recursos según la emergencia:

La activación de recursos se realizará en función del nivel de emergencia sanitaria establecido, del lugar del suceso y de los recursos disponibles. [Anexo 8.2 “Tareas de Coordinación en Emergencias Colectivas”](#).

Desactivación del PLAN en Fase de EMERGENCIA:

Se producirá tras la comunicación del Mando Sanitario al CCUE de la resolución del incidente:

- **En emergencias locales ó provinciales:** la desactivación del Plan Sectorial Sanitario (PLAN) le corresponde al **Delegado Provincial de Salud**.
- **En emergencias regionales:** supone la activación total del PLAN y su desactivación es competencia del **Consejero de Sanidad**.

5.3. INFORMACIÓN OFICIAL

El **Gabinete de Información** es el órgano a través del cual se canalizará y difundirá la información de carácter oficial a la población y a los medios de comunicación en caso de la activación parcial ó total del Plan Sectorial Sanitario de Andalucía (PLAN).

La Dirección del Servicio Provincial del 061 es la única autorizada para proporcionar información de pacientes asistidos a la responsable de **Comunicación de EPES**, para centralizar la información que se transmita al **Gabinete de Prensa de la Delegación de Salud**.

La elaboración del listado de pacientes asistidos definitivo se hará bajo indicación y supervisión directa de la Dirección del Servicio Provincial por el Coordinador de la Emergencia Colectiva. Una vez finalizada la demanda, el coordinador de la EC, utilizando la herramienta que disponemos en la intranet sobre IMV, recogerá los datos de filiación de pacientes asistidos y los centros de destino donde han sido trasladados.

El portavoz de Salud será establecido por decisión de la Consejería o Presidencia de la Junta (Delegación de Gobierno, Delegación de Salud, Dirección General de Atención Sanitaria, etc...).

El Área de Comunicación de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias colaborará con el gabinete de prensa que se establezca y allí se dirigirán todas las solicitudes de información que se reciban en los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias (tanto de familiares como de medios de comunicación).

Ninguna persona del operativo está autorizada a facilitar información respecto al incidente ó de los afectados sin autorización expresa de la Dirección del Servicio Provincial 061.

6. MEDIDAS DE ACTUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Recoge las medidas sanitarias a realizar en el lugar del incidente por los componentes del grupo sanitario ante una emergencia colectiva:

- **Control y sectorización.**

- **Clasificación de las personas heridas o triaje.**
- **Descontaminación en incidentes NBQ.**
- **Estabilización y tratamiento sanitario.**
- **Movilización y traslado a los centros sanitarios de las personas heridas.**
- **Reactivación de los equipos de emergencias.**

6.1. CONTROL Y SECTORIZACIÓN

En cualquier incidente el equipo de emergencias (EE) deberá dirigirse por una ruta segura hacia el **punto de encuentro y el acceso acordado por el CECEM-112.**

En los casos de incidentes NBQ, para la **identificación de la sustancia** el CCUE contactará con el **CECEM-112** para recoger toda la información adicional sobre la sustancia transmitida por el mando de bomberos ó el responsable técnico de la industria afectada.

En el lugar del incidente es competencia del 1º EE delimitar sus espacios de trabajo en las áreas designadas en el incidente con los mandos operativos en el lugar.

Área de intervención:

Conocida también como área de salvamento ó rescate. Es la zona en la que los servicios de rescate y/ó de seguridad se encargarán de neutralizar peligros, retirar a las víctimas de daños potenciales y rescatar a los atrapados

El grupo sanitario sólo accederá para agrupación de víctimas y soporte vital a atrapados tras autorización del Mando del Grupo de Intervención.

En incidentes NBQ dentro del área de intervención se distinguen dos zonas:

- **Zona caliente:** En ella el tóxico se encuentra en concentración suficiente para producir daños a la salud y al medio. Suele ser delimitada por bomberos, Protección Civil, fuerzas del orden o técnicos de seguridad (industrias) y puede requerir un nivel de protección máximo. Esta zona puede ser dinámica.
- **Zona templada:** En ella la contaminación ambiental es mínima. Los servicios sanitarios con un nivel de protección adecuado realizarán funciones de triaje, descontaminación y tratamiento de emergencia.

En incidentes con múltiples víctimas intencionadas (IMVI) distinguimos dentro del área de intervención dos zonas que pueden ser muy dinámicas:

- **Zona de amenaza directa:** el objetivo principal es eliminar la amenaza. Actúan en esta zona sólo profesionales de los CFSE y el ejército con formación sanitaria integrados en el equipo táctico de rescate (ETR). Se darán instrucciones mínimas a las víctimas de: ponerse a cubierto, autocolocación de torniquete y protección de vía aérea (PLS/Sentado).
- **Zona de amenaza indirecta:** formados por sanitarios civiles escoltados por CFSE ó integrados en el denominado equipo médico táctico avanzado (EMTA). Se realizará una rápida evacuación (por arrastre o acarreo) agrupando a las víctimas en el nido de heridos. Se realizará un triaje básico START con maniobras salvadoras sobre hemorragias masivas (torniquete, hemostáticos), obstrucción de vía aérea (cánula orofaríngea ó PLS) y neumotórax a tensión (punción 14G de 8 cm/ oclusión heridas soplantes).

Área de socorro:

Es la zona segura en la que los servicios sanitarios realizarán las labores de triaje básico en un lugar próximo al nido de heridos y labores de triaje avanzado y asistencia sanitaria convencional CABCDE previas al traslado precoz en el Puesto Sanitario Avanzado.

Los Responsables Sanitarios organizarán a los sanitarios por binomios intentando no mezclar sanitarios de distintos equipos de emergencias para una mayor operatividad. No obstante, **el responsable correspondiente puede asignar tareas distintas a cada profesional de un mismo equipo.**

En incidentes NBQ el área de socorro se encuentra en **zona fría** donde no se requiere protección NBQ.

En IMVI el área de socorro corresponde al **área de evacuación.**

Área base:

También conocida como Área de Apoyo en la que se organizan los apoyos sanitarios disponibles en espera de realizar labores de triaje, descontaminación, asistencia o evacuación. Es una zona segura en la que se agrupan todos los recursos de los distintos operativos en espera de intervenir en el incidente.

En el límite con el Área de Socorro se establece el Punto de Carga, donde los pacientes son recogidos por la unidad asignada para iniciar el traslado al centro de destino.

En el Área Base estarán los TES junto a sus unidades móviles bajo el mando del Responsable de Evacuación. Sólo de manera puntual los TES ayudarán al resto de su equipo por petición expresa del Mando Sanitario al Responsable de Evacuación. En este caso, la unidad móvil con su llave de contacto quedará custodiada por el Responsable de Evacuación hasta el regreso del TES de dicha unidad.

6.2. TRIAJE

En emergencias colectivas es necesario clasificar los pacientes en virtud de su gravedad para marcar la prioridad en el rescate, la descontaminación en incidentes NBQ, la asistencia y la evacuación de las víctimas. Ver [Anexo 8.3. Funciones del 1º Equipo y Triaje](#).

El triaje es un proceso repetitivo y dinámico por lo que cada paciente deberá ser valorado en diversas ocasiones.

El objetivo es identificar a aquellos pacientes que requieren una intervención inmediata para sobrevivir y estar atento a posibles cambios en los que en un principio no lo parezcan.

A cada paciente se le asigna una prioridad y se marca con un color:

- Rojo.....T1.....prioridad inmediata.
- Amarillo.....T2.....prioridad urgente (demorable 2-4 horas)
- Verde.....T3.....prioridad demorable más de 4 horas de forma segura.
- Negro.....T4.....Fallecido

Las lesiones y tratamientos serán anotados en la tarjeta de triaje, que será colgada del cuello o miembros superiores del paciente, nunca unidas a la ropa.

Triaje en el área de intervención:

Consiste en un triaje básico para marcar la prioridad de rescate y camilleo hacia el área de socorro y permite realizar maniobras salvadoras de permeabilización de la vía aérea y control de hemorragias.

Triage básico:

Se utilizará el **método START** consistente en la valoración de las funciones vitales básicas:

- Marcha: todo paciente que anda tiene prioridad verde T3.
- Respiración: si no respira tras apertura de la vía aérea está fallecido.
- Pulso radial: presencia de palpación de pulso radial.
- Estado mental: respuesta a órdenes sencillas.

La alteración en alguno de los pasos del algoritmo START (Frecuencia Respiratoria >30 rpm, ausencia de pulso radial ó alteración del estado mental) supondrá una prioridad inmediata rojo T1.

En incidentes NBQ, se utilizará en la zona templada el **método de Cone y Koenig** que además permite priorizar el orden de descontaminación y priorizar la evacuación al hospital desde esta zona a los pacientes que no se les ha podido realizar una descontaminación completa. Supone una modificación del método START valorando en cada paso del algoritmo la presencia de síndrome tóxico elevando su prioridad un grado en caso afirmativo.

Triage en el área de socorro:

Consistirá en un triaje avanzado en la entrada y salida del área asistencial para marcar la prioridad de la estabilización y el orden de evacuación respectivamente.

Triage avanzado de estabilización:

Se utilizará como triaje avanzado en la entrada del paciente en el área asistencial la **Valoración primaria XABCDE** del paciente con trauma grave desarrollada por el Advanced Trauma Life Support (ATLS) para marcar un orden de prioridad asistencial.

Se considerarán pacientes rojos aquellos que según ATLS presentan un problema crítico. Se atenderán por este orden los pacientes que presentan:

- Problema crítico en A: obstrucción de la vía aérea.
- Problema crítico en B: alteración de la ventilación.
- Problema crítico en C: alteración cardiovascular, shock.
- Problema crítico en D: alteración del nivel de conciencia.

Las hemorragias no controladas potencialmente exanguinantes tienen prioridad absoluta debiendo ser evacuado el paciente de manera inmediata dada la gravedad y la opción quirúrgica como única solución.

En el área de socorro se utilizarán las tarjetas de triaje para la clasificación de las víctimas. Las lesiones y tratamientos serán anotados en las tarjetas de triaje que serán colgadas del cuello ó de los miembros superiores, nunca unidas a la ropa.

Triage avanzado de evacuación:

Tras ser asistidos los pacientes en el área asistencial se realizará un triaje para marcar el orden de evacuación de los pacientes asistidos.

Se utilizará como triaje la versión de **Triage-Revised Trauma Score (T-RTS)**.

Es un triaje de uso internacional, a nivel prehospitalario y hospitalario, consistente en una escala fisiológica que valora tres parámetros: Frecuencia respiratoria, Presión arterial sistólica y Escala de Coma de Glasgow.

Los pacientes con puntuación global de T-RTS < 12 serán considerados Prioridad 1 ó roja (por problema crítico en el ABC según ATLS) salvo el paciente con TCE moderado (GCS entre 9 y 12) que se considerará Prioridad 2 ó amarilla a pesar de presentar un T-RTS=11.

Los pacientes con puntuación global de T-RTS=12 serán considerados Prioridad 2 ó amarilla salvo aquellos pacientes con patología banal que se considerarán prioridad 3 o verdes.

Prioridad	T-RTS
T1	1-11
T2	11-12
T3	12
Fallecido	0

6.3. DESCONTAMINACIÓN EN INCIDENTES NBQ.

Son las técnicas que se utilizan en incidentes NBQ para eliminar el tóxico de la superficie de cosas, animales, medio ambiente y personas contaminadas (ropa, piel, cuero cabelludo, ojos, nariz, boca).

Los **objetivos de la descontaminación** son:

- Evitar la dispersión del tóxico fuera de la zona contaminada.
- Disminuir la absorción del tóxico y daños producidos por éste.
- Evitar la contaminación secundaria (personal y de instalaciones sanitarias).

Según el incidente NBQ, nos encontramos con las siguientes particularidades generales relacionadas con la descontaminación:

- Incidente químico por gas: no suele requerir descontaminación ni producen contaminación secundaria siendo suficiente con la aireación, retirada de ropa y aireado del cabello.
- Incidente químico por un sólido ó un líquido: la descontaminación debe ser rápida.
- En incidentes radiológicos: lo primero es atender al paciente y luego descontaminar.
- En incidentes biológicos: lo habitual es que no sea necesario descontaminar excepto en determinados casos como por ejemplo en exposición a esporas de ántrax.

Podemos distinguir las siguientes **fases en la descontaminación**:

- Retirada del entorno contaminado.
- Desvestido: priorizar el corte y guardar la ropa y los efectos personales en doble bolsa o en contenedores específicos. Reduce entre el 80-90% la contaminación
- Cepillado, lavado y/o neutralizado: enjuague de boca, lavado de nariz, ojos y retirada de lentillas. En caso de material particulado se retirará con cepillado suave sin generar dispersión violenta al aire para evitar el riesgo de contaminación secundaria por material suspendido.
- Aclarado.
- Secado y vestido.

Se considerará **descontaminación básica de emergencia**, pudiéndolo realizar el propio paciente si es válido en espera de la descontaminación completa, las siguientes acciones:

- Retirada de ropa.
- Enjuague de boca, lavado de nariz, ojos y retirada de lentillas.

Descontaminación en el lugar del incidente:

Se realizará una **descontaminación de emergencia** por parte del personal de bomberos, protección civil y/o personal específico de la industria.

Los equipos de emergencias sanitarias participarán de la descontaminación medicalizándola, en especial en la estación de pacientes no ambulantes, donde cuidarán de los aspectos médicos de la atención: apertura de vía aérea, manipulación de fracturas, cuidado de heridas,..

Debe evitarse que los afectados abandonen el área sin haber sido adecuadamente descontaminados. Los pacientes no deben ser evaluados y estabilizados hasta que no hayan sido adecuadamente descontaminados.

Los centros sanitarios cercanos deben ser alertados ante la posibilidad de que reciban pacientes que hayan podido evitar el paso por la zona de reducción de la contaminación.

Método estándar de descontaminación:

Se realizará usando agua templada y jabón líquido, efectuando una limpieza exhaustiva de pliegues, genitales, pies, cabello... Si se trata de sustancias que reaccionan con agua se realizará un cepillado o aspirado y después se utilizará agua abundante.

Lo ideal sería que el proceso de descontaminación durara unos 15 minutos. Si se trata de múltiples víctimas restringiremos el tiempo a 3 minutos, con el fin de reducir la espera en los demás afectados.

Los productos de desecho se recogen en depósitos que se tratarán como material contaminado.

6.4. ESTABILIZACIÓN Y TRATAMIENTO.

Como norma general, salvo las medidas básicas y salvadoras (apertura de la vía aérea y cohibir hemorragias), no se efectuarán otras medidas de tratamiento en el área de intervención hasta que el paciente haya sido trasladado a zona segura a excepción de:

- Pacientes críticos atrapados: se asistirán in situ según metodología XABCDE de la Valoración Primaria ATLS extremando las medidas de seguridad.
- Pacientes críticos de IMVI: en la zona de amenaza indirecta se usarán cánulas orofaríngeas, torniquetes en raíz de miembros, agentes hemostáticos y se valorará el drenaje torácico y el sello torácico.

El tratamiento en el Puesto Sanitario Avanzado se realizará sobre los pacientes rojos y amarillos. Consistirá en una estabilización primaria mediante un Soporte Vital Avanzado siguiendo la metodología XABCDE de la valoración primaria ATLS.

Medidas generales de tratamiento en incidentes NBQ:

- Reconocimiento y tratamiento de la amenaza vital: mantener la vía aérea permeable y control de hemorragias.
- Administración de antídotos: con acceso intramuscular, intraóseo y en menor medida intravenoso para administrar fármacos y fluidos.
- Tratamiento de los síndromes tóxicos ó toxíndromes:
 - Síndrome por gases irritantes.
 - Síndrome por sustancias asfixiantes.
 - Síndrome colinérgico.
 - Síndrome por sustancias corrosivas.
 - Síndrome por hidrocarburos.

6.5. TRASLADO A CENTRO ÚTIL

El Mando Sanitario dirige la dispersión hospitalaria informando al CCUE de los pacientes críticos.

En incidentes de más de 10 víctimas el Mando Sanitario utilizará la hoja de dispersión hospitalaria correspondiente a la zona del incidente. Ver [Anexo 8.4 Dispersión hospitalaria en EC](#).

Previo a la evacuación de un paciente crítico (rojo T1), el Mando Sanitario informará al coordinador de la EC para que sea informado el hospital de destino. Se dará información sobre la patología y si el paciente es adulto/niño/embarazada.

Los pacientes críticos deben ser trasladados en ambulancias medicalizadas. El resto de pacientes se trasladarán en función de sus necesidades durante el traslado.

En incidentes NBQ si el paciente no ha sido totalmente descontaminado en el lugar, el inicio del traslado debe ser indicado por el CCUE que nos confirmará el despliegue de la unidad de descontaminación hospitalaria y la vía ó ruta de acceso para las ambulancias que realicen el traslado. Las ambulancias utilizadas para la evacuación de pacientes parcialmente descontaminados sólo se destinarán para la evacuación de este tipo de pacientes. Se requerirá la escolta de las Fuerzas del Orden Público para el desplazamientos de las unidades.

6.6. REACTIVACIÓN DE LOS EQUIPOS

Cada Servicio Provincial tendrá previsto tanto la reposición de material y unidades como la sustitución del personal interviniente si la emergencia lo requiere.

En incidentes NBQ el personal que haya colaborado en las tareas de descontaminación ó haya manipulado a los afectados antes de su descontaminación deben ser descontaminados en el lugar del incidente. **Los sanitarios intervinientes en el traslado de pacientes que no han podido ser adecuadamente descontaminados se descontaminarán en el recinto hospitalario de destino.**

7. COMUNICACIONES DEL GRUPO SANITARIO EN EC

Las comunicaciones se realizarán según establece el [PG 61 Comunicación Radiotelefónica](#), concretamente en el apartado [4.3 Operativa de radiocomunicaciones en situaciones especiales, Emergencias Colectivas](#).

8. ANEXOS

8.1. ACTIVACIÓN DEL VEHÍCULO DE APOYO LOGÍSTICO

La activación del Vehículo de Apoyo Logístico (VAL) consiste en la asignación de un equipo asistencial de EPES para que haga llegar este vehículo hasta el lugar donde se ha producido la Emergencia Colectiva.

La elección de la unidad asistencial idónea para activar el VAL dependerá de cada Servicio Provincial en función de los recursos de que dispone. En general, el orden de prioridad para asumir las funciones de VAL dependerá del tiempo de llegada hasta el lugar donde se ubica éste:

- El equipo de **SopORTE Vital Básico (SVB)**, cuando esté disponible
- El **Equipo de Coordinación Avanzada (ECA)** más cercano, cuando esté disponible.
- El **Equipo de Emergencias Terrestre (EET)** más cercano, cuando esté disponible
- El Equipo de **Transporte de Pacientes Críticos (TSC)** más cercano, cuando esté disponible
- El Equipo de **Transporte Enfermero de Pacientes Críticos (TSE)** más cercano, cuando esté disponible
- El Equipo de **Guardia Localizada (GL)** más cercano, cuando esté disponible

El equipo móvil activado se dirigirá con máxima prioridad a recoger al VAL, dejando su unidad operativa en el lugar (llaves del vehículo, Tablet, teléfono, Tetrapol...)

Simultáneamente se habrá activado al personal de GL de la zona, necesario para asumir las funciones del equipo que ha recogido el VAL, volviendo entonces a la zona de cobertura original para continuar el turno ó para cubrir otras necesidades que determine el Mando Operativo Sanitario.

Cualquiera de los profesionales de GL que llegase al VAL antes que el equipo móvil activado asumirá su función como integrante del VAL.

La activación del VAL no implica necesariamente el despliegue de todo su material.

Cuando finalice su uso, **el equipo móvil que se hizo cargo del VAL es el responsable de dejar el vehículo en perfecto estado de operatividad** (en el caso de que hubiera sido TSC o TSE, el equipo de GL se haría cargo de esta tarea):

1. **Repondrán todo el material** fungible y medicación que se haya usado, retirado o echado en falta, conforme al formato [Fo0939](#) "Estocaje de material en el Vehículo de Apoyo Logístico".
2. **Realizarán una revisión** del VAL, comprobando que está presente todo el material utilizado (electromédico, inmovilización, oxigenoterapia, etc...).

8.2. FUNCIONES EN SALA DE COORDINACIÓN EN EMERGENCIAS COLECTIVAS

Nivel de la Emergencia Sanitaria	Tareas a realizar	Responsable de la tarea
Nivel 1 - < 10 víctimas potenciales. - EC de riesgo.	Alerta al CECEM 112 por pedido sin voz. Alerta al hospital y centros sanitarios de la zona.	Operador de Alertas
	Activación de recursos sanitarios: <ul style="list-style-type: none"> · Un EE 061 y/ó un SUAP de la zona como 1º equipo. · Una RTU de la zona. · Otros recursos de la zona por PODUE según las necesidades. 	Operador de Activaciones
	Información al primer equipo del suceso y del acceso por 112. Alerta al director del SP 061. Saca del desborde al GT Alerta, Activaciones y un GT Auxiliar (de apoyo según las necesidades por coordinador de la EC). Informa a los coordinadores de los SSPP en red. Información sanitaria periódica a dirección 061, hospitales y 112.	Coordinador de la EC
Nivel 2 - Entre 10 y 60 víctimas potenciales. - EC de riesgo.	Alerta al CECEM 112 por pedido sin voz. Alerta al hospital y centros sanitarios de la zona. Activación del VAL. Activación de los profesionales de GL. Alerta al técnico de sistemas de guardia. Alerta al responsable de teleoperación.	Operador de Alertas
	Activación de recursos sanitarios: <ul style="list-style-type: none"> · Al menos un EE 061 y un SUAP (en zona de no cobertura terrestre 061) para organizar en el lugar. · Los recursos de la zona por PODUE y otros recursos de localidades próximas según necesidades. 	Operador de Activaciones
	Información al 1º equipo del suceso y del acceso según 112. Alerta al director, coordinador asistencial y de cuidados SP 061. Saca del desborde a los GT Alerta, Activaciones y un GT Auxiliar (de apoyo según necesidades por coordinador EC). Informa a los coordinadores de los SSPP en red. Información sanitaria periódica a dirección 061, hospitales y 112.	Coordinador de la EC
Nivel 3 - > 60 víctimas potenciales.	Las tareas del Nivel 2. Activación del personal libre del SP 061 para relevos a partir de las 6 horas.	Operador de Alertas
	Las tareas del Nivel 2. Activación de recursos sanitarios del resto de la provincia según necesidades.	Operador de Activaciones
	Las tareas del Nivel 2.	Coordinador de la EC
	Activación de un 2º VAL y de EE 061 de otras provincias según necesidades.	Director del SP 061
	Activación de recursos sanitarios de otras CCAA y estatales según necesidades.	Dirección Gerencia

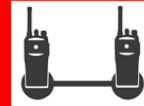
8.3. FUNCIONES DEL PRIMER EQUIPO EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y TRIAGE



FUNCIONES DEL PRIMER EQUIPO EN EMERGENCIAS COLECTIVAS



MANDO MÉDICO (Médic@)



- **CONTACTA CON LOS MANDOS** de bomberos (seguridad) y F.O.P. (acceso): PMA
- **COMUNICA A CCUE** tipo de incidente, víctimas y acceso (por TETRA en abierto)
- **ASIGNA FUNCIONES** a los sanitarios del resto de los equipos según necesidades
- Organiza la **ASISTENCIA** (triage avanzado asistencial por ATLS y de evacuación por RTRS)
- Dirige la **DISPERSIÓN HOSPITALARIA** (Hoja de Dispersión si nivel 2 de emergencia)

RESPONSABLE DE TRIAGE (Enfermer@)



- Organiza el **TRIAJE** inicial (triage básico START)
- Se encarga del despliegue o **AGRUPACIÓN DE MATERIAL**
- **AGRUPACIÓN DE VÍCTIMAS** (PSA, redil y morgue) organizando la noria de rescate

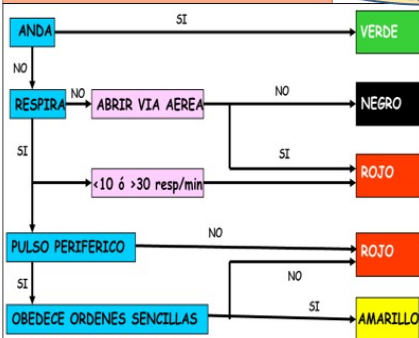
RESPONSABLE DE EVACUACIÓN (TES)



- **SEGURIDAD Y BALIZAMIENTO**
- **AGRUPACIÓN DE AMBULANCIAS** (Parking de ambulancias y Punto de Carga)
- Se encarga de la **FILIACIÓN DE LOS PACIENTES** (Listado de Evacuación)

TRIAJE BÁSICO

Área de rescate/nido de heridos



MANIOBRAS SALVADORAS
 Control hemorragias exanguinantes
 Apertura vía aérea

TRIAJE



TRIAJE ESTABILIZACIÓN

PSA

VALORACIÓN PRIMARIA **ABCDE**
 PARA PRIORIDAD DE TRATAMIENTO

SIGNOS DE SHOCK POR
 HEMORRAGIA NO CONTROLABLE

EVACUACIÓN INMEDIATA



TRIAJE EVACUACIÓN

PSA

FR	PAS	ECG	Puntos
10-29	>89	13-15	4
>29	76-89	9-12	3
6-9	50-75	6-8	2
1-5	1-49	4-5	1
0	0	3	0

Valor TS	Prioridad de evacuación
1-11	T1
11 TCE moderado	T2
12	T2
12	T3
0	Fallecido

8.4. DISPERSIÓN HOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS

Plantilla de dispersión de centros sanitarios ante emergencias colectivas por zonas

PATOLOGÍA	HOSPITAL NIVEL I	HOSPITAL NIVEL III	HOSPITAL INFANTIL	CENTRO SALUD
Paciente crítico por trauma grave CON TCE, CON Trauma Torácico ó CON Quemaduras Graves	1-2-3	4-5	<30 Kg	
		Gestante >24 sem		
Paciente crítico por trauma grave SIN TCE, SIN Trauma Torácico y SIN Quemaduras Graves	1-3-5	2-4	<30 Kg	
		Gestante >24 sem		
Paciente crítico por PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA	1-3-5	2-4	<30 Kg	
		Gestante >24 sem		
Paciente no crítico CON TCE (GCS>8)	4-5	1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	
Paciente no crítico CON Traumatismo Facial	4-5	1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	
Paciente no crítico CON Traumatismo Medular	4-5	1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	
Paciente no crítico CON Traumatismo Torácico	4-5	1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	
Paciente no crítico CON Traumatismo Abdominal	4-5	1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	
Paciente no crítico CON Trauma Extremidades	4-5	1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	
Paciente no crítico CON Quemaduras (<30% en zona no vital)		1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	4-5
Paciente no crítico CON inhalación humos/gases		1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	4-5
Paciente no crítico por PATOLOGÍA NO TRAUMÁTICA		1-2-3	<30 Kg Gestante > 24 semanas	4-5
PATOLOGÍA BANAL				1-2-3-4-5

9. REFERENCIAS

- [Fase II GESTIÓN DE LA DEMANDA](#)
- [PG 52 Procedimiento de trabajo de Centros en Red](#)
- [Fo0939 "Estocaje de material en el Vehículo de Apoyo Logístico"](#)
- [Fo 0958 Funciones del 1º equipo en EC y Triage](#)
- [Fo 0959 Funciones del CCU en EC](#)
- Plan Territorial de Emergencias de Andalucía (PTEAnd). Año 2011.
- "Manual de asistencia sanitaria a múltiples víctimas y catástrofes". Carlos Álvarez Leiva. Año 2012.
- "Manual de triage prehospitalario". AJ Rodríguez Soler, MN Peláez, LR Jiménez Guadarrama. Año 2008.
- "Major Incident Medical Management and Support: The practical approach at the scene" 3rd Edition. Advanced Life Support Group. Año 2011.