MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS

INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

SALUD MADRID

SUMMA 112

Comunidad de Madrid

ISBN: 978-84-695-5344-2
Nº de registro: 201284965

COMITÉ EDITORIAL

COORDINADOR

Dr. Pedro Martínez Tenorio
Director Gerente del SUMMA112

MIEMBROS DEL COMITÉ

Dra. Mª del Carmen Martín Curto
Coordinadora Médico de Equipos - Área de Catástrofes y Servicios Especiales

Dr. Ricardo Robles Orozco
Director Médico de Transporte Sanitario

Dra. Mª José Fernández Campos
Directora Médico Asistencial

Dr. Pedro Huertas
Subdirector Médico Asistencial

Mª José Medrano Martínez
Grupo de Gestión de la Función Administrativa. Servicio de Informática

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS

INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

AUTORES

Javier Pacheco Aráez
Médico del SUMMA112

Javier Álvarez Bernardos
Enfermero del SUMMA112

Manuel Martín Cabezas
Técnico de Emergencias del SUMMA112

Teresa Maroto Hoyos
Médico del SUMMA112

Francisco Veses Santiago
Enfermero del SUMMA112

Julián Sabroso Ocaña
Técnico de Emergencias del SUMMA112

Carlos Mendoza Aritmendi
Coordinador Médico de Equipos – Servicio Coordinador de Urgencias

Vicente Sánchez-Brunete Ingelmo
Subdirector Médico de Formación y Calidad

SUMMA 112
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

PRESENTACIÓN

La correcta atención a los Incidentes de Múltiples Víctimas (IMV), constituye uno de los retos más importantes de un Servicio de Emergencias (SEM), no solamente en cuanto a la asistencia in situ de los pacientes, sino a la necesidad de coordinación y organización entre los propios recursos asistenciales, el Servicio Coordinador de Urgencias y otras instituciones sanitarias y no sanitarias.

Dependiendo de la magnitud del incidente y número de víctimas afectadas, el IMV se convierte en una catástrofe, teniendo que dar respuesta acorde a la Medicina de Catástrofes, rama de la Medicina, poco conocida tanto a nivel de profesionales como de gestores sanitarios.

Este procedimiento se edita en respuesta a una demanda de los propios profesionales, en base a la experiencia y errores cometidos y con el objetivo de Mejora Continua de todos los procedimientos del SUMMA112. Para la implantación del mismo, ha sido necesario formación específica para todos los profesionales del Servicio, una ampliación de la red de comunicaciones, una dotación de recursos materiales, también específicos, para la atención a los pacientes de un IMV.

Después de un largo camino en la redacción de este documento y en sus correspondientes revisiones tras los cursos de formación y simulacros, está ya en disposición de poderse implantar en nuestro Servicio y hacerlo efectivo en la atención a situaciones en donde el número de afectados sea de 10 o más. Reiterando la necesidad de organización y coordinación en estos casos, junto con el procedimiento, se editan las tarjetas de función para los distintos responsables de la coordinación asistencial a modo de resumen rápido y siempre a disposición y la tarjeta de triaje de pacientes como la de uso específica en el SUMMA112.

Es de esperar que la implantación de esta forma de actuar ante IMV y Catástrofes en el SUMMA112, tan distinta de los procedimientos habituales, se refleje una mejora indiscutible en la atención de nuestros pacientes.

Dr. Pedro Martínez Tenorio
Director Gerente del SUMMA112

ÍNDICE

pag.

1. Introducción ..... 6 - 9
- 1.1. Mando y Coordinación.
- 1.2. Seguridad.
- 1.3. Comunicación.
- 1.4. Valoración.
- 1.5. Triage.
- 1.6. Tratamiento.
- 1.7. Transporte.

2. Marco legal ..... 10 - 16

3. Estructura y recursos del SUMMA ..... 17 - 18
- 3.1. Recursos del SUMMA.
- 3.2. Activación de recursos.

4. Procedimientos de actuación ..... 19 - 29
- 4.1. Procedimiento de actuación en el SCU y de relación con el foco.
  - 4.1.1. Declaración de incidente con múltiples víctimas.
  - 4.1.2. Red de comunicaciones ante la declaración de IMV.
  - 4.1.3. Coordinación de camas hospitalarias y registro de pacientes ante un IMV.
  - 4.1.4. Traslado de pacientes desde el foco a los hospitales.
  - 4.1.5. Necesidad de recursos de cobertura preventiva.
  - 4.1.6. Comunicación de datos relativos al incidente.
  - 4.1.7. Conclusión del incidente de múltiples víctimas.
- 4.2. Procedimiento de actuación en el lugar del suceso.
  - 4.2.1. Actuación del primer equipo interviniente.
  - 4.2.2. Resto de equipos intervinientes.
- 4.3. Procedimiento de actuación a partir del momento en el que el Jefe de Guardia se persona en el lugar del incidente.

5. Tarjetas de función ..... 30 - 31

6. Logística Asistencial ..... 32 - 33

7. Procedimiento en caso de múltiples focos o riesgo NBQ ..... 34 - 35

8. Anexos ..... 36 - 58

9. Glosario ..... 59 - 61

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS

INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

1- INTRODUCCIÓN

Elaboración: Comisión de Catástrofes SUMMA 112

Este procedimiento se constituye como modelo general para la actuación de los equipos del SUMMA112 en las intervenciones con múltiples víctimas.

> ***Se considerará Incidente de Múltiples Víctimas (IMV) a aquel suceso en que por el elevado número de pacientes y la naturaleza de sus lesiones, haga que esté comprometida la capacidad de manejo inicial de los heridos; o bien el número de recursos y personal de los Servicios de Urgencias que puede desplazarse en tiempo apropiado al lugar del suceso sea insuficiente para manejar a todos los heridos según los criterios habituales.***

Es un documento basado en los conocimientos de la medicina de catástrofes para la correcta atención a los afectados en un suceso con gran número de víctimas, y adaptado a la estructura operativa del SUMMA112. Por ello, no es un documento cerrado sino que se irá adaptando a las posibles modificaciones y cambios que se produzcan en la estructura y recursos operativos del SUMMA 112.

Este procedimiento no es estricto e invariable y podrá ser modificado por revisiones periódicas. Además, la actuación médica/sanitaria en una situación de desastre está sujeta a múltiples variables que condicionan la forma de actuar de los equipos y, por tanto, podrá ser adaptada por el Jefe de Guardia según requieran las circunstancias que puedan presentarse en un siniestro concreto. Pero, en todo caso, nuestra actuación siempre se debe basar en los principios esenciales de la medicina de catástrofe.

La estructura para responder a cualquier tipo de incidente clasificado como grave, tiene que ser adoptada por el responsable al mando o cualquier miembro de nuestro servicio implicado en la respuesta[1], y se basa en los siguientes 7 puntos clave:

- Mando y coordinación.
- Seguridad.
- Comunicaciones.
- Valoración.
- Triage.
- Asistencia.
- Transporte.

Structured approach to major incidents. Major Incident Medical Management and Support , 2º ed., BMJ.

1.1. Mando y Coordinación.

Debe establecerse una coordinación "horizontal" entre los diversos servicios participantes, con uno que toma el mando global y un mando "vertical" dentro de cada servicio. El mando global lo asume, como norma general, el máximo responsable del Servicio de extinción de incendios y salvamento (SEIS), es decir, el Mando del Cuerpo de Bomberos de la CM, que será quien dirija el grupo de intervención. **El mando sanitario lo asumirá el Jefe del Dispositivo Sanitario que será el Médico del primer recurso avanzado que llegue al incidente hasta ser relevado por el Jefe de Guardia.**

1.2. Seguridad.

Es la seguridad de Equipo, Escena y Supervivientes. Es prioritario asegurar la seguridad de los intervinientes mediante el apropiado equipo personal, ajustado al riesgo. Si éste no garantizase la seguridad del personal, éste debe "salir, permanecer fuera y comunicar la situación".

La seguridad de la escena se logra mediante el control efectivo de los cordones para evitar que no implicados o afectados inicialmente lleguen a ser parte del incidente.

Igualmente es prioritario garantizar la seguridad de los supervivientes, en especial de aquellos que están heridos.

1.3. Comunicación.

Se establecerá rápidamente una comunicación efectiva entre los diversos mandos y se realizarán las medidas oportunas para lograr un enlace eficaz.

De igual forma, es esencial la calidad de la primera información transmitida desde el lugar del incidente sobre lo que está sucediendo, para determinar la rapidez y adecuar la respuesta posterior, de tal manera que la información mínima necesaria consistirá en:

- Probabilidad de materialización o declaración de incidente de múltiples víctimas.
- Localización exacta (multiplicidad de focos…).
- Tipo de incidente (tránsito, ferrocarril, químico, terrorismo...).
- Riesgos presentes o potenciales.
- Aproximación, acceso y área de seguridad.
- Número de heridos, gravedad y tipo esperado.
- Servicios de emergencia presentes o necesarios.

1.4. Valoración.

Es necesario realizar una valoración de la escena para calcular el número y gravedad de los heridos. No es preciso que sea completamente exacta pero sí, que dé una aproximación de la importancia del suceso, ya que según la evolución del mismo se irá adecuando la respuesta.

La valoración incluye la evaluación de los riesgos y de la respuesta, de forma que se pueda conocer si el personal y los medios son los adecuados al tipo de incidente.

1.5. Triage.

Se plantea un triage bipolar en el área de rescate por rescatadores o técnicos de emergencia sanitaria (TES), un triage START por enfermeros en la zona de concentración de heridos y un triage TTRS (TRIAGE TRAUMA SCORE revisado) complementado con lesiones anatómicas realizado por médicos en el área asistencial.

1.6. Tratamiento.

Se resume en la frase “obtener el mayor beneficio para la mayoría”. La aplicación de las diversas técnicas y habilidades médicas vendrá limitada por la naturaleza del incidente y número de heridos.

1.7. Transporte.

El criterio se resume en “el paciente correcto, al lugar adecuado, en el tiempo oportuno”.

Es responsabilidad de los mandos que los pacientes sean trasladados en los recursos apropiados y con cuidados médicos adecuados a su patología.

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS
INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS
EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

2- MARCO LEGAL

La Ley 2/85 de Protección Civil (PC) señala que las necesidades que generan las emergencias en recursos humanos y materiales que han de ser movilizados para hacerles frente producen, esencialmente, un problema de organización.

Dicha organización corresponde a la Administración Civil del Estado y, en los términos establecidos en la mencionada Ley, a las restantes Administraciones Públicas; pero sin concretar en ésta los ámbitos en los que se ejercen las responsabilidades y competencias de las diferentes Administraciones.

Sí indica, sin embargo, que sería equivocado que la organización de la protección civil pretendiese crear ex novo unos servicios específicos, suplantar o ejercer directamente los servicios públicos que con ella puedan tener relación o, incluso, disponer directamente de los medios a tal fin necesarios.

La Norma Básica de PC contiene las directrices esenciales para la elaboración de los Planes de PC, y es la referencia para establecer las responsabilidades y competencias de las diferentes administraciones implicadas en la respuesta ante situaciones de grave riesgo colectivo, calamidad pública o catástrofe, en la que la seguridad y la vida de las personas está en peligro.

En todo caso, se requiere el establecimiento de una estructura operativa, con mando único a diseñar en los diferentes planes, sin perjuicio de las decisiones que al Gobierno competen como órgano superior de dirección y coordinación de la Protección Civil.

La propia norma distingue entre planes territoriales para riesgos genéricos y planes especiales para riesgos específicos.

Los Planes Territoriales se elaborarán para hacer frente a las emergencias generales que se puedan presentar en cada ámbito territorial de Comunidad Autónoma y de ámbito inferior y establecerán la organización de los servicios y recursos que procedan:

a) De la propia Administración que efectúa el Plan.

b) De otras Administraciones Públicas según la asignación que éstas efectúen en función de sus disponibilidades y de las necesidades de cada Plan Territorial.

c) De otras Entidades públicas o privadas.

El **Plan Territorial de la Comunidad de Madrid (PLATERCAM)** fue aprobado mediante decreto el 17 de noviembre de 1992 con carácter de Plan Director. Establece el marco organizativo general en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid y permite la integración de los Planes Territoriales de ámbito inferior. (Anexo 1: Esquema estructural y organizativo del Plan Territorial de la Comunidad de Madrid).

Los objetivos del PLATERCAM son:

- Dar respuesta a todas las emergencias que puedan producirse en la Comunidad de Madrid.
- Coordinar todos los servicios, medios y recursos existentes en la Comunidad.
- Permitir la integración de los Planes Territoriales de ámbito inferior y garantizar el enlace con los de ámbito superior.
- Asegurar la primera respuesta (especialmente acciones de socorro) ante cualquier situación de emergencia que pueda presentarse.
- Desde el punto de vista sanitario establecer la organización del **Grupo Sanitario** de intervención para lograr una eficaz asistencia a las víctimas del desastre.

Composición del Grupo Sanitario:

- Los Recursos Asistenciales y de Transporte Sanitario de la Consejería de Sanidad.
- Los Recursos de Transporte Sanitario dependientes de Organizaciones No Gubernamentales (Cruz Roja, etc) y Protecciones Civiles de las Administraciones Locales.
- En definitiva, recursos sanitarios asistenciales y de transporte sanitario que, sea cual fuere su titularidad (incluida la privada), sean necesarios para la resolución del incidente.

Funciones del Grupo Sanitario:

Son funciones del grupo sanitario adoptar y ejecutar todas las medidas necesarias de protección a la población referentes a la asistencia sanitaria in situ, clasificación de víctimas, evacuación y tratamiento definitivo en el centro asistencial adecuado. Para ello se realizarán las siguientes actuaciones:

1. Colaborar con el Grupo de Intervención realizando la asistencia sanitaria in situ de aquellas víctimas que, encontrándose en el área de intervención, su rescate se pueda prolongar en el tiempo.

2. Determinar las áreas de socorro y base en colaboración con el grupo logístico.

3. Determinar la infraestructura asistencial del área de socorro.

4. Realizar la asistencia in situ y estabilización de las víctimas, si procede.

5. Establecer la clasificación de las víctimas, organizar y realizar la evacuación de las mismas.

6. Determinar los centros asistenciales receptores de las víctimas que van a ser evacuadas.

7. Asistencia médica en los centros asignados.

8. Identificación de cadáveres en colaboración con las instituciones judiciales correspondientes.

9. Control y valoración de las condiciones sanitarias de la zona afectada así como del impacto sanitario.

10. Vigilancia sobre riesgos latentes que puedan afectar a la salud de la población una vez controlada la emergencia.

11. Inspección sanitaria de la población.

12. Evaluar y proponer a la Dirección del Plan medidas sanitarias preventivas y, en su caso, ejecutarlas.

13. Colaborar con el resto de los Grupos en la adopción de otras medidas de protección a la población.

14. Emitir informes a la Dirección del Plan sobre las víctimas atendidas, centros a los que han sido evacuadas y estado de las mismas.

Por otro lado, las competencias de la administración autonómica en materia sanitaria se establecen en la Ley de Ordenación Sanitaria de la CM (LOSCAM).

Así, la Ley 12 de 21 de diciembre de 2001, de Ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid, señala en el **Capítulo II**, **Artículo 9**:

> ***Corresponderá a la Consejería de Sanidad, en relación con la ordenación sanitaria establecida en la presente Ley, las siguientes competencias:***
>
> . ***i) La dirección de los servicios propios, la elaboración de los planes de emergencia sanitaria y la coordinación operativa de los dispositivos de asistencia sanitaria a las emergencias, catástrofes y urgencias en la Comunidad de Madrid, sea cual fuera su titularidad, así como la coordinación con los similares de la Administración Central del Estado y del resto de Comunidades autónomas, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 25/1997, de 26 de diciembre, de regulación del Servicio de Atención de Urgencias 1-1-2.***

Y en el Capítulo IV, **Sección segunda**: Artículo 16. Asistencia Sanitaria.

> ***La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su sistema sanitario, desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:***
>
> **c)** ***La asistencia sanitaria a las emergencias, catástrofes y urgencias en la Comunidad de Madrid.***

Por tanto, según la **LOSCAM**, la **Jefatura y Coordinación del Grupo Sanitario** recae en la Consejería de Sanidad a través del Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) ya que:

- Es el órgano de la administración responsable de la urgencia y emergencia extrahospitalaria y coordinación sanitaria en catástrofes.
- Está encargado del transporte sanitario programado, urgente y asistido avanzado tanto por tierra como por aire en la C.M., con sus implicaciones hospitalarias de ingresos en urgencias y camas de UCI disponibles.
- Cuenta con una central receptora de la demanda sanitaria de urgencia/emergencia, encargada de la coordinación y gestión de la demanda y de los traslados a los Centros sanitarios, según disponibilidad de camas y patología de los pacientes.

La operatividad del Grupo Sanitario se basará en dar una respuesta integral y coordinada con los recursos existentes en nuestra Comunidad, basándose en:

1. Establecimiento de un mapa de la Comunidad en el que vengan reflejados los recursos existentes, su ubicación y dependencia, su operatividad y vías de activación.

2. Desarrollo de un sistema de comunicaciones de emergencia sanitaria dependiente de la Consejería de Sanidad y Gestionado por el SUMMA 112 que permita:
   - Mantener a todos los recursos en contacto con el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias Sanitarias.
   - Que sea independiente de las Redes Públicas garantizando así su disponibilidad en situaciones de crisis o siniestros de gran magnitud.
   - Que asegure la privacidad y la confidencialidad de las comunicaciones.
   - Que permita la utilización de terminales de radio portátiles.
   - Que de la máxima cobertura posible a todo el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

El Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias de la Consejería de Sanidad así como los Centros Asistenciales dependientes de la Red Sanitaria de utilización pública, estarán integrados en este Sistema Operativo de Comunicaciones y centralizados en el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias Sanitarias.

3. Realización de ejercicios prácticos.

4. Establecimiento de protocolos (activación, movilización de recursos, organización del área de intervención sanitaria, establecimiento de norias de evacuación de pacientes, etc.).

RESUMEN DE FUNDAMENTOS LEGALES

Protección civil

- Ley de P.C. 2/1985, de 21 de enero.
- Norma básica de P.C: Real Decreto 407 /1992, de 24 de abril.

Comunidad de Madrid

- Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid. (BOE 01-03-1983). Modificada por:. Ley 30/2002, de 1 de julio.

Sanidad

- Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 12 /2.001 LOSCAM.
- Ley 4/2000 regula las escalas y funciones del personal de emergencias sanitarias de la CAM.
- Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de medidas en materia sanitaria.

Madrid 112

- Ley 25/1997, de 26 de diciembre, de regulación del servicio de Atención de Urgencias 112.

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS
INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS
EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

3- ESTRUCTURA Y RECURSOS
SUMMA 112

Por la organización territorial del estado y la asunción de competencias de las administraciones autonómicas, corresponde al SUMMA112 la responsabilidad de la respuesta a situaciones de urgencia, emergencias y catástrofes en la Comunidad de Madrid.

3.1. Recursos del SUMMA 112.

El SUMMA 112 dispone de recursos móviles y fijos con un centro coordinador, personal sanitario cualificado para atender urgencias y emergencias y servicios externos concertados. (Anexo 2: Recursos ordinarios del SUMMA 112).

3.2. Activación de recursos.

Se definen tres grados o niveles de activación de los recursos para afrontar situaciones de múltiples víctimas. (Anexo 3: Niveles de activación).

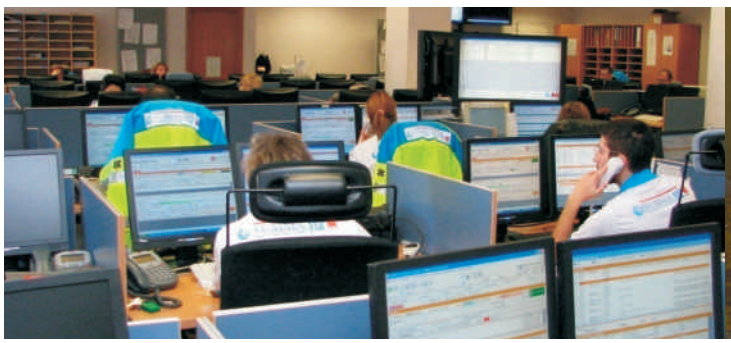
En el cuadro adjunto se hace una estimación de los recursos iniciales necesarios en base al número de víctimas, si bien será el Jefe Guardia el que active más o menos recursos en función de su valoración a posteriori en el lugar del incidente.

NIVEL	VÍCTIMAS TOTALES ESTIMADAS	VÍCTIMAS SVA	RESPUESTA INICIAL (alerta a Jefe de Guardia)
0	10	2-3	1 SVA (UVI, VIR o HS) + 2 SVB + VEC
1	10 – 100	15 %	2 SVA + 4 SVB + VEC + MIR
2	100 – 500	15 %	4 SVA + 8 SVB + VEC + MIR
3	>500	15 %	6 SVA + 12 SVB + VEC +MIR

En caso de más de un foco, o de riesgo NBQ, el nivel inicial se establecerá como un nivel 2.

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS
INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS
EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

4- PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN



4.1. Procedimiento de actuación en el SCU y de relación con el foco.

4.1.1. Declaración de incidente con múltiples víctimas (IMV).

(NIVEL DE ALERTA 1 Ó MÁS)

Al recibir información en el SCU sobre un posible IMV se desencadenan una serie de acciones: (Anexo 4: Esquema de actuación del SUMMA 112 ante IMV).

ALERTA EN EL SCU

- Comunicación al Jefe de Guardia ----Alerta a Dirección (Gerente y Subdirector del SCU) **Será el Jefe de Guardia el que declare Incidente de Múltiples Víctimas** en base a situaciones de emergencia como:
  - Derrumbes, explosiones o incendios sobre todo en residencias y viviendas.
  - Atentados terroristas especialmente si afectan a medios de transporte.
  - Accidentes de tránsito: tren, metro, avión, autobús o implicación de varios vehículos…
  - Solicitud de los actuantes en una emergencia por las características del siniestro.
  - Existencia de víctimas confirmadas.
  - Situaciones en las que, por la información recibida, se tiene noticia de la existencia potencial o real de diez personas afectadas o más, siendo al menos dos de ellas pacientes potencialmente graves o siendo desconocido el pronóstico de todos ellos.
- Se alerta a todo el personal de la Sala del SCU que no esté en sus puestos para que acuda a los mismos; en caso de coincidencia con los relevos de guardia se inactivan los relevos en todo el Servicio.
- Se constituye el Equipo Gestor del Incidente (EGI) en el SCU.
- Se dispone de los mapas zonales de recursos, vías de acceso y comunicación

RESPUESTA INICIAL (RECURSOS PRIMERA INTERVENCIÓN)

- La correspondiente según nivel

RESPUESTA SEGÚN VALORACIÓN (RECURSOS SEGÚN VALORACIÓN)

Si la información es fiable o está contrastada por un recurso propio u otros servicios tendremos conocimiento exacto del lugar, del tipo de accidente y del número estimado de heridos:

- Modificación o no del nivel inicial.
- Desplazamiento del Jefe de Guardia al lugar con vehículo de coordinación móvil.
- Desplazamiento del Delegado de Prensa.
- Activación de recursos suplementarios precisos para la cantidad de heridos estimada.
- Comunicación a Hospitales de Zona y otros recursos fijos que puedan colaborar si se precisa.

MODO DE ACTUACIÓN EN EL SCU ANTE DECLARACIÓN DE IMV

1. El primer receptor de la llamada de alerta codifica “alerta IMV” y el nivel inicial de respuesta, con alerta automática y verbal de inmediato al Jefe de guardia, quien a su vez informará personalmente al Director Gerente y al Subdirector Responsable del SCU, y en su ausencia, al que haga sus funciones.

2. El locutor moviliza los recursos de respuesta inicial, les alerta de posible Incidente de Múltiples Victimas, y notifica a los recursos de SVA el cambio de red a SUMMACOOR (Anexo 5: Comunicaciones).

3. Los recursos acuden al lugar establecido por el SCU en situación de escucha permanente pendiente de posibles cambios (canales de comunicación, de ubicación…,) manteniéndose el envío de todos los estatus de la forma habitual.

4. Confirmación de la situación de Incidente de Múltiples Víctimas a través de 112, de otras agencias intervinientes, o del primer recurso interviniente. Se confirma a Director Gerente y Subdirector del SCU la declaración de IMV y se comunica al responsable de prensa.

5. El Jefe de guardia informa a la sala la declaración del Incidente de Múltiples Víctimas, y ordena la constitución del **Equipo Gestor del Incidente** (EGI) en el SCU: Se habilitan los puestos específicos para el manejo del IMV.

    - Grupo de salto: todas las llamadas relativas al incidente que entren en el SCU por 061-112 o TASS madrid112 se codifican como “IMV” y pasan a una cola específica para ser recepcionadas por el operador perteneciente al equipo gestor, quien las asociará al incidente. El médico del equipo gestor tendrá a su disposición escucha activa (Anexo 5).

- El locutor del Equipo Gestor "filtra por incidente" los recursos intervinientes en el incidente y notifica a los recursos de SVA de respuesta posterior el cambio de red a SUMMACOOR (Anexo 5).

E.G.I: el Jefe de Guardia designará en la sala:

- Un médico: Supervisa la totalidad de llamadas entrantes referidas al IMV a través de escucha activa de llamada, tanto de alertantes como de instituciones. Propone (propuesta de recursos) los recursos adicionales según las informaciones que se vayan recibiendo, redistribuye los recursos de otras zonas y está en permanente comunicación con el Jefe de guardia.

- Un enfermero: Pulsa el botón de Gestión de Crisis en el programa de control de camas de hospital. Inicia la búsqueda de camas y alerta a otros centros fijos. Informa al Jefe de Guardia de la distribución de camas. Recoge filiación, datos clínicos del paciente, cama asignada y recurso de traslado desde el foco, a través del técnico locutor que acompaña al Jefe de guardia, a medida que se inicie la evacuación al Hospital. Alerta al hospital del traslado correspondiente.

- Dos técnicos locutores: Movilizan todos los recursos asistenciales y logísticos del incidente, informan del número de radio trunking a la flota de ambulancias y recogen los estatus habituales de todos los recursos. Con el estatus de finalización, se volverá a asignar el recurso al incidente para su vuelta al foco (noria de ambulancias). Con los recursos de SVB de otras instituciones (Cruz Roja, Protección Civil…), se hará igual que en el modo de funcionamiento habitual.

- Un técnico locutor que acompaña al Jefe de Guardia fuera del centro: Se encargará de todas las comunicaciones del Jefe de Guardia.

- Un operador: Atiende la cola específica de IMV y cumplimenta todos los campos de la aplicación informática. Efectúa las comunicaciones auxiliares que le son encomendadas por el resto del Equipo Gestor del Incidente.

Este equipo de trabajo será designado por el Jefe de Guardia al inicio de cada turno de trabajo y cada uno de ellos comprobará el buen estado de los equipos de los puestos en los que vayan a desarrollar su función.

Este equipo se comportará como los concentradores de cada incidente especial y mantendrá comunicación directa con el Jefe de Guardia y viceversa.

El número de personas por categoría profesional aquí definidas para la constitución del EGI es el mínimo necesario, y el Jefe de Guardia lo ajustará en función del tipo de Incidente. En cualquier caso, los integrantes del EGI quedarán relevados de su actividad habitual, trabajando en exclusiva para el IMV.

6. El Jefe de Guardia, tras informar a la sala de la declaración del Incidente de Múltiples Víctimas, y en caso necesario, ordena el refuerzo de personal del SUMMA 112, para permitir el seguimiento de la situación sin menoscabo de la atención de las situaciones de urgencia habituales. Para ello, se podrán interrumpir los relevos en todo el Servicio, la actividad programada y cualquier otra actividad que no sea la directamente asistencial o de apoyo a la misma, dependiendo de la envergadura del incidente. Se evacuará el SCU de personal ajeno a la operación y se suspenderán los mantenimientos o limpiezas no críticos. Se alertará al personal de seguridad para que extreme la vigilancia sobre el edificio y las instalaciones.

7. El Responsable del SCU informará al Director Médico, quien a su vez informará al resto de la dirección dependiendo de la situación.

8. El Jefe de Guardia se trasladará al lugar del suceso constituyéndose en Jefe de Dispositivo Sanitario y se incorporará al Puesto de Mando Avanzado. Llegado al lugar, designa de forma definitiva al Jefe de Puesto Sanitarioo Avanzado.

9. Aquellos recursos que no participen directamente en esta situación, serán recolocados por orden del médico del Equipo Gestor del Incidente a través de los técnicos locutores no intervinientes en el incidente. La redistribución de recursos se hará de manera estratégica garantizando la atención al resto de urgencias o emergencias habituales y siempre bajo la supervisión del médico del Equipo Gestor del incidente.

10. Para la atención a los medios de comunicación que se interesen por el suceso se procederá según el procedimiento POCGER04.

4.1.2. Red de comunicaciones ante la declaración de IMV.

En los puestos del SCU designados para el Equipo Gestor del Incidente, se encuentran dos puestos exclusivos de técnico-locutor con dos terminales de radio con sus correspondientes números identificativos (SUMMACOOR, 893 para la flota del SUMMA, 389 para SVB de la CM) para regular y controlar las comunicaciones.

Se notificará a todas las unidades intervinientes que pasen a SUMMACOOR y, una vez en el foco, se mantendrá el operativo a través de la comunicación con el (los) terminal (es) del Jefe del dispositivo sanitario en el lugar de intervención.

Los técnicos locutores del EGI regularán los canales de operatividad y ordenarán al equipo que ejerce de Jefe del dispositivo sanitario (1er médico de SVA que llega al lugar) que establezca una red local de comunicaciones con el resto de los recursos intervinientes, siendo éste el único interlocutor autorizado desde el incidente para la comunicación con SCU hasta la llegada del Jefe de Guardia.

Una vez que los dispositivos asistenciales lleguen al foco, pondrán sus comunicaciones portátiles en modo SIMPLEX. Las comunicaciones entre responsables de cada área funcional con el Jefe de Guardia se harán por SUMMACOOR.

Con la finalidad de garantizar la comunicación entre el Jefe del Dispositivo Sanitario y el SCU, se contempla que el Jefe de Guardia, en base a las características del incidente, movilice el vehículo de comunicaciones. Este vehículo, que cuenta con dos puestos de operador de comunicaciones, permite establecer en el lugar del incidente una red local. Las características técnicas de este vehículo se describen en el anexo 5 bis.

En caso de disfunción de la red trunking fija o portátil, desde el SCU se indicará un número específico de telefonía móvil para la comunicación con el EGI.

En resumen:

- Unidades asistenciales en ruta hacia o desde el foco: SUMMACOOR en la radio del vehículo con comunicación de estatus desde cada recurso al EGI.
- Unidades asistenciales en el foco: SIMPLEX en el portátil.
- Responsables de área funcional: SUMMACOOR y SIMPLEX uno en cada portátil.
- JEFE DE GUARDIA: SUMMACOOR, SIMPLEX y red SUMMA para llamada individual

4.1.3. Coordinación de camas hospitalarias y registro de pacientes ante un IMV.

El enfermero del EGI, iniciará la búsqueda de camas hospitalarias comunicando esta disponibilidad al Jefe del Dispositivo Sanitario (Jefe de Guardia) (PMA).

En el PMA, se realizará un registro de pacientes con los datos mínimos de nombre y patología fundamental, se organizará la distribución de pacientes según disponibilidad de camas acorde a la patología y se comunicará al enfermero del EGI por cada recurso de traslado: el tipo de recurso, indicativo del recurso, nombre de paciente, resumen de patología y hospital de traslado, quien lo registrará en la ficha informática y alertará al hospital de derivación los datos de filiación y clínicos básicos.

En caso de no requerirse traslado, se comunicará nombre y patología con el alta del paciente del foco y finalización: resuelto in situ.

4.1.4. Traslado de pacientes desde el foco a los hospitales.

Todo recurso de traslado que sale del foco con un paciente comunicará a través de SUMMACOOR en caso de recursos de SVA, o por trunking específico en caso de recursos de SVB (389 para ambulancias CM, y telefonía móvil para resto de ambulancias u otras instituciones) la salida del lugar, confirmando hospital destino y registrando: estatus de salida del lugar, llegada al Hospital, recuperación de operatividad, nueva asignación del recurso para acudir al foco (noria de ambulancias) y nueva hora de intervención (llegada nuevamente al foco).

En caso de necesidad de relevos en el foco, el Jefe de Guardia lo comunicará al médico del EGI, quien los organizará, comunicando la decisión a los técnicos locutores del EGI, que procederán a dar finalización a los salientes del incidente y asignación a los nuevos entrantes al incidente.

En los recursos de SVA, durante el traslado se realizará informe clínico del paciente de la manera habitual.

4.1.5. Necesidad de recursos de cobertura preventiva.

El Jefe de Guardia comunicará esta necesidad al médico del EGI, quien organizará junto con el apoyo del departamento de RRHH y de Gestión, los vehículos y personal necesario para dicha cobertura tanto si los recursos son del operativo de la guardia, como los extraordinarios.

4.1.6. Comunicación de datos relavitos al incidente.

El Jefe de Guardia o la persona en quien delegue será el único que informe sobre el incidente a la Organización, en caso de requerirse datos relativos al incidente desde Autoridades Sanitarias, otras Instituciones, Medios de comunicación…, el Jefe de Guardia comunicará el hecho de forma inmediata al Gerente del SUMMA112.

Según los procedimientos habituales del SUMMA112 ni desde el SCU, ni desde ningún recurso asistencial, y en ningún caso, se dará información del incidente a personas o Instituciones ajenas a la Organización.

4.1.7. Conclusión del incidente de múltiples víctimas.

El incidente se declara concluido por el Jefe de Guardia cuando todos los pacientes hayan sido atendidos o evacuados y cuando las labores de identificación, gestión de camas hospitalarias, información y registro hayan acabado.

El Jefe de Guardia notifica la circunstancia a todos los participantes en el incidente.

El Jefe de Guardia elaborará un informe sobre el incidente para el Gerente y el responsable del SCU que incluirá al menos el número de ficha correspondiente al incidente, el listado de pacientes y las incidencias que se hayan dado durante el incidente.

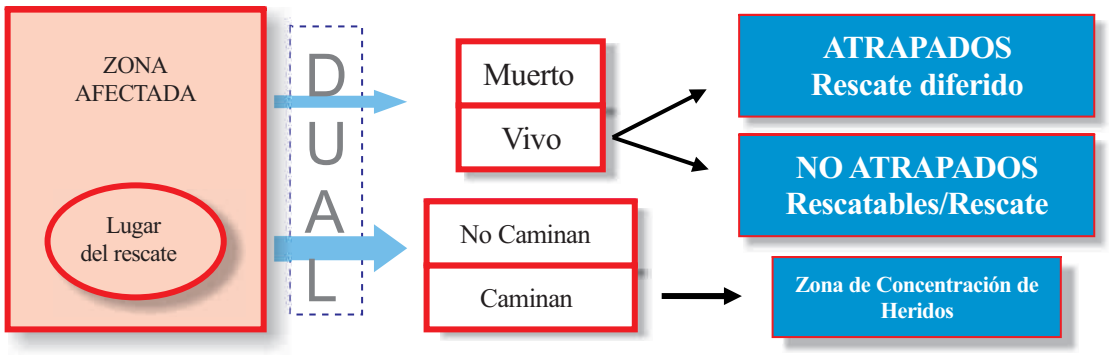
4.2. Procedimiento de actuación en el lugar del suceso.

Cuando se produce un incidente en el que puede haber múltiples víctimas, se procede a activar a los servicios de emergencia: SUMMA 112, Bomberos, y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que se desplazan al lugar del incidente, al que accede cada uno según circunstancias y distancia a que se hallen.

Se establece la llegada simultánea a fin de describir las funciones de cada Servicio:

Bomberos: estabilizan el lugar y establecen zonas de seguridad. En caso de que la zona no sea segura realizan triage dual (con o sin ayuda de un TES):

- **Andan**: ya sea por sus medios o acompañados, los dirigen a la "Zona de concentración de heridos".
- **No andan**: extricación y camilleo a punto de triage.



(Anexo 6: Situaciones de colaboración con el Servicio de Extinción de Incendios y Salvamento)

Cuerpos y fuerzas de seguridad: Son Autoridad Judicial. Ostentan el mando de la intervención en el caso de que se trate de incidente de seguridad ciudadana. Controlan el tráfico de vehículos y personas en los perímetros establecidos en el lugar y despejan la vía de acceso a aquellos servicios que tengan que acceder al mismo. Establecen vías alternativas para el tráfico habitual y protegen los bienes de los accidentados.

SUMMA 112:

Existen mochilas de atención a múltiples víctimas que contienen el material necesario para llevar a cabo el triage y una primera actuación de soporte. Estas mochilas serán el único material a llevar en el foco de actuación y, según se indica en el anexo 7, constan a su vez de 2 mochilas unidas por una cremallera: mochila de triage y mochila asistencial.

La mochila de triage se encuentra en todas las unidades de SVA mientras que las mochilas completas (triage y asistencial) se localizan en el MIR01, el VEC y en bases determinadas, de forma que, ante un IMV el SCU solicitará al recurso de esa base que traslade las mochilas al foco de actuación. (Anexo 7: Contenido de las mochilas de múltiples víctimas y ubicación de las mismas).

A disposición de cada unidad de SVA hay 3 chalecos identificativos que utilizará **ÚNICAMENTE** el primer recurso que llegue al lugar del incidente, y hasta la llegada del jefe de Guardia.

Las leyendas de estos chalecos son:

- ***"Jefe del Dispositivo Sanitario"*:** para ser utilizada por el médico.
- ***"Mando de Triage"*:** para ser utilizada por el DUE.
- ***"Responsable de Recursos"*:** para ser utilizada por un TES.

4.2.1. Actuación del 1er equipo interviniente.

Habitualmente, el primer recurso SUMMA 112 encontrará en el lugar efectivos del Servicio de extinción de incendios y salvamento (SEIS) y de FFSS, garantizando la seguridad de la zona.

El primer equipo interviniente **No es Asistencial**.

Nadie accede a la Zona Roja, zona de impacto o zona de intervención sin autorización del Mando del Grupo de Intervención (Máximo responsable del Servicio de extinción de incendios y salvamento). Si se desconoce el riesgo y no se puede hacer consulta al responsable de estos grupos, no se accederá a la zona de impacto.

(Anexos 8, 8bis y 9: Esquema jerárquico de mando y delegación de funciones en el lugar del suceso y Esquemas de organización de mandos y niveles en función del nivel de activación).

Cada integrante de este primer equipo tendrá unas funciones específicas recogidas en las tarjetas de función (Anexo 10: Tarjetas de función).

4.2.2. Resto de equipos intervinientes.

A medida que se incorporen otros recursos asistenciales al lugar de incidente, los integrantes de los mismos localizarán y se pondrán a disposición del Jefe del Dispositivo Sanitario quien irá asignando funciones en base a las necesidades y la información que obre en su poder: triage, estabilización, asistencia, evacuación de los heridos, logística y gestión de recursos, debiendo decidir, por tanto, la ubicación del Puesto Sanitario Avanzado (PSA).

El Puesto Sanitario Avanzado contará en su dotación con chalecos identificativos cuyas leyendas Son:

- ***"Mando Médico del Área Asistencial"***, identificándose con él, el medico designado por el Jefe del dispositivo sanitario. Sus funciones están definidas en la tarjeta de función correspondiente (Anexo 10).

- ***"Responsable de Evacuación"***, que lo llevará el DUE designado para registrar y coordinar las evacuaciones a centros hospitalarios. Sus funciones, igualmente, están definidas en la tarjeta de función (Anexo 10).

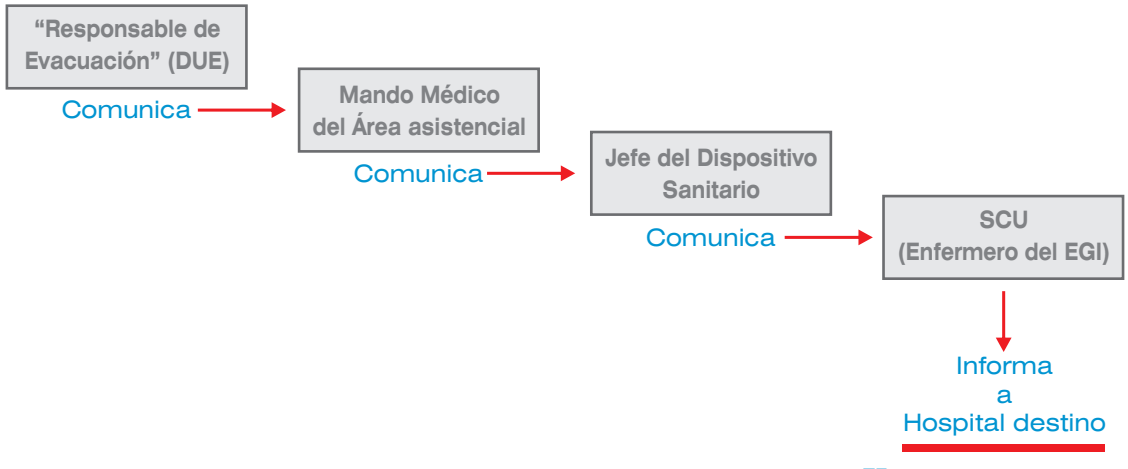
- ***"Registro y Filiación"***, que lo llevará un TES del MIR quien se encargará del registro y filiación de los heridos. El otro TES del MIR se encargará de las comunicaciones y recursos del PSA.

En resumen:

Entrada de pacientes en PSA: Registro y filiación de pacientes: "Responsable de Registro y filiación" (TES del MIR).

Pacientes en el PSA: Estabilización de heridos y 2º triage de heridos para traslado.

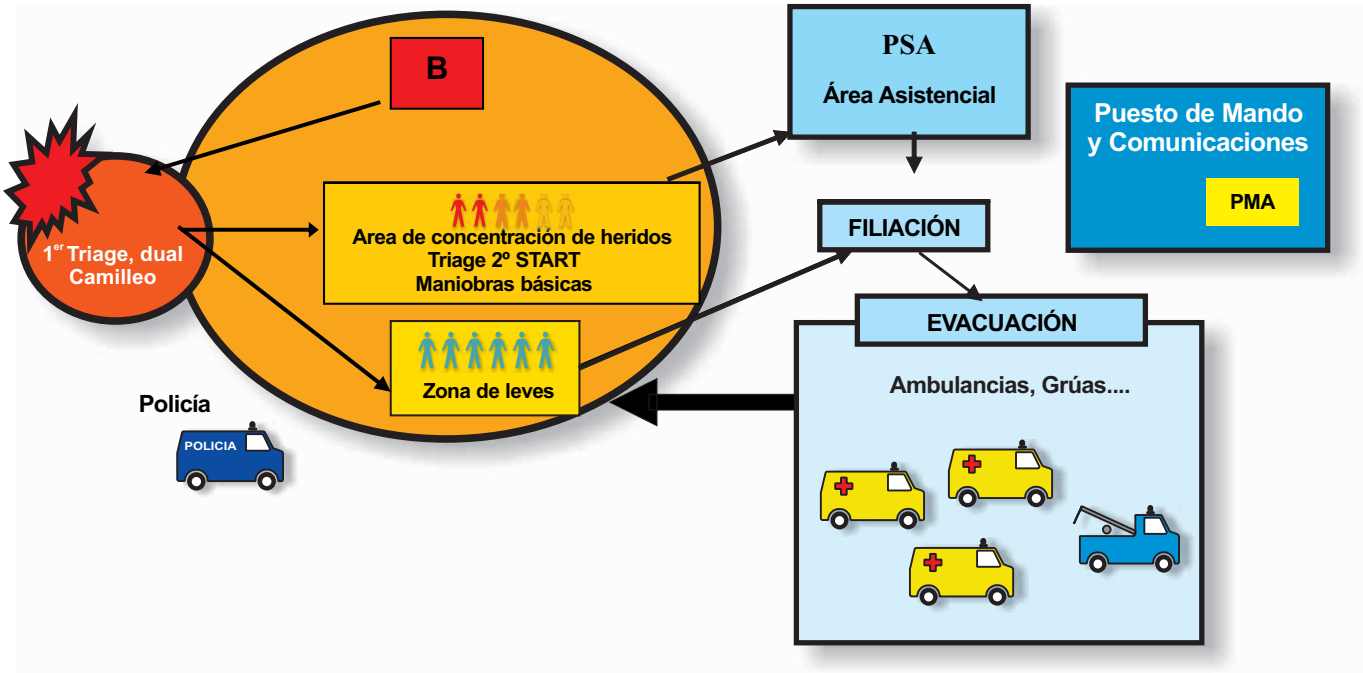
Salida de pacientes del PSA: comprueba registro filiación, datos clínicos, recurso de traslado y hospital destino:



Aquellas unidades que no sean necesarias para la función asistencial y que vayan a llevar a cabo la evacuación de los heridos, quedarán en el Área de Ambulancias, con el conductor dentro del vehículo a la escucha de la radio, con las llaves del vehículo puestas, las puertas y ventanas cerradas y los rotativos apagados –excepto por motivos de seguridad - . La camilla permanecerá dentro de la ambulancia, sin desplazarse, a la espera de que se les camillee el herido asignado.

Cuando así se lo indique el Responsable de Recursos, acudirán a la zona de evacuación para recoger al herido y proceder a su traslado.

Los demás Servicios que acudan al lugar (Grúas, Mantenimiento...), aparcarán en la zona habilitada para ellos a la espera de autorización para intervenir, bajo supervisión de las FFSS. (Anexo 11 y 11bis: Esquema de la zona asistencial).



4.3. Procedimiento de actuación a partir del momento en el que el Jefe de Guardia se persona en el lugar del incidente.

Asume la Jefatura del dispositivo sanitario designando función al primer médico interviniente. A partir de ese momento, gestiona los recursos del SUMMA de forma que garantice la asistencia óptima a las víctimas.

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS
INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS
EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

5- TARJETAS DE FUNCIÓN

Describen de manera explícita la función de los integrantes de la primera unidad de SVA que llega al lugar del incidente, del Jefe de Guardia, del personal del SCU que gestiona el incidente desde el mismo, así como del Mando Médico del Área Asistencial, y el Responsable de Evacuación. (Anexo 10)

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS
INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS
EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

6- LOGÍSTICA ASISTENCIAL

Si las circunstancias lo requieren (prolongación en el tiempo de la asistencia, climatología desfavorable –por frío, o por calor-, motivos especiales...), se dispone de un vehículo de suministros con un T.E.S. asignado al parque de automóviles del SUMMA, que se personará en el lugar a fin de proveer las demandas del Jefe del Dispositivo Sanitario para asegurar una correcta asistencia a los afectados (mantas, bombonas de oxígeno, mascarillas, sueros, otro material sanitario, material electromédico básico, hielo como antiinflamatorio…) El material previsto para estas situaciones, se encontrará preparado en arcones de los almacenes centrales del SUMMA112 para su carga en el vehículo.

De las necesidades logísticas de los intervinientes únicamente se contempla agua embotellada que será también suministrada por el vehículo de soporte que acuda al lugar, los requerimientos de descanso, limpieza, comida…del personal, se cubrirán por relevos.

El vehículo y su conductor, quedarán en la plataforma de ambulancias y su contacto será el Responsable de Recursos.

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS
INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS
EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

7- PROCEDIMIENTO EN CASO DE MÚLTIPLES FOCOS O RIESGO NBQ

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN CASO DE MULTIPLES FOCOS

SCU

Se abrirá incidente por cada foco conocido en el árbol de operador. Tras el cierre de todos los incidentes se procederá a la asociación de los mismos por parte del Servicio de Informática.

Las posteriores llamadas independientemente de cada incidente que se reciban por 061, 112, TASS…, se canalizarán igualmente al operador del EGI, quien las asociará a su correspondiente incidente.

La movilización de recursos y red de comunicaciones no sufre variación, gestionando cada foco de manera independiente y con igual procedimiento, los técnicos locutores se dividirán para filtrar por cada incidente y gestionar los recursos asistenciales de forma independiente.

La movilización del VEC y MIR será decisión del Jefe de Guardia al foco donde deba acudir (por lógica al de mayor afectación de heridos), y asimismo, el Jefe de Guardia acudirá en primera instancia al foco de mayor envergadura, teniendo en cuenta que tratándose de la misma causa el Jefe de Guardia es el Jefe del Dispositivo Sanitario de la totalidad de los focos, delegando su función en el primer recurso interviniente u otro en los focos donde no esté personado.

LUGAR DE INTERVENCIÓN

Los procedimientos no sufren modificación.

En caso de incidente NBQ con múltiples víctimas, se aplicará el procedimiento establecido para el mismo.

MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS

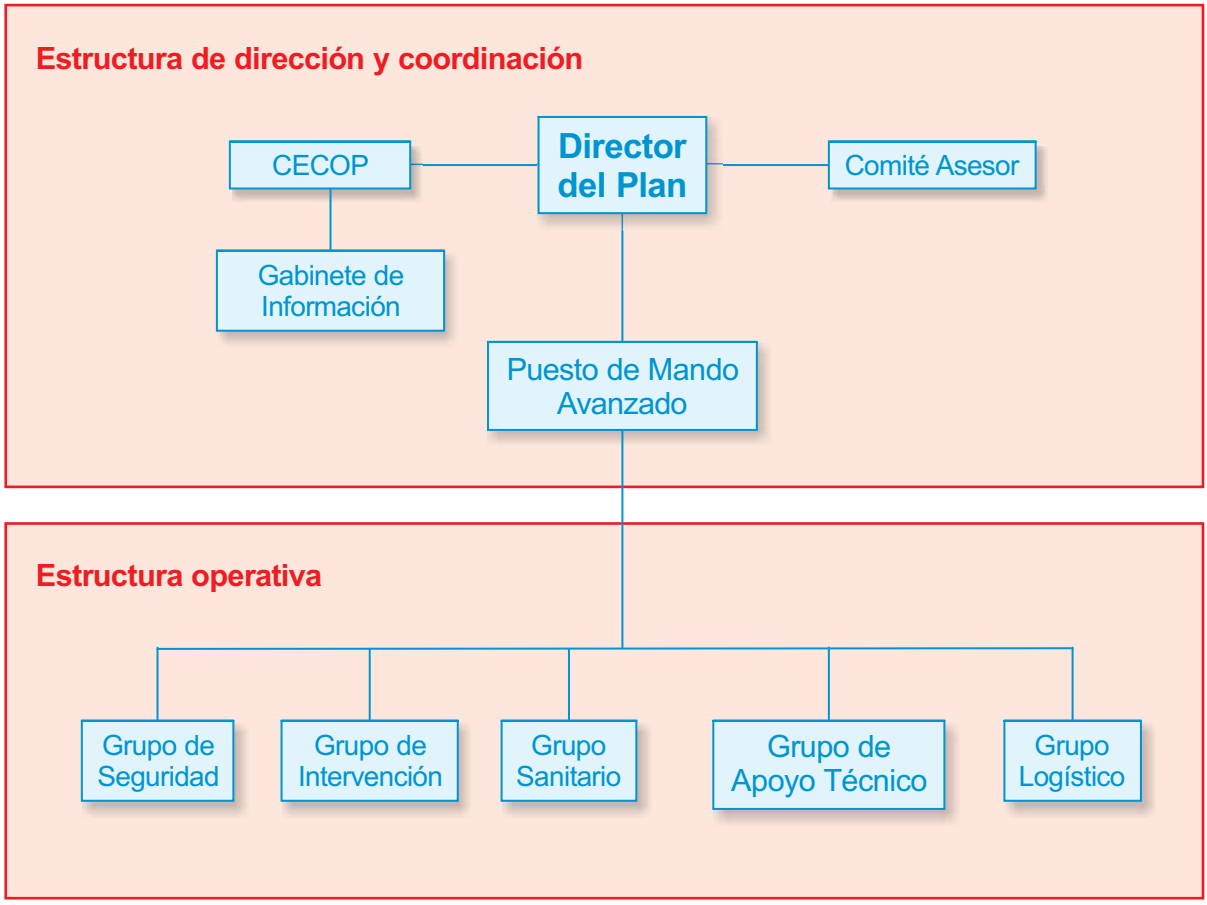
INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

ANEXOS

ANEXO 1

Esquema estructural y organizativo del Plan Territorial de la Comunidad de Madrid (PLATERCAM)



ANEXO 2

RECURSOS ORDINARIOS DEL SERVICIO DEL SUMMA 112

Tipo Recurso	Nº	Personal	Horario	Función	
UVI	26	Méd /due / 2 téc *	24 h.**	Asistencial, SVA traslado	* TEM o celador/conductor
HS	2	Med / Due/ Tec*	De Orto a Ocaso	Asistencial, SVA traslado	*Las Rozas dotación propia con 1 técnico
VIR	16	Méd / Due / Tec	8:30-20:30	Asistencial SVA	Para el traslado necesitan un recurso adicional medicalizable
SVB	42 (24 h)	2 Técnicos en emergencia sanitarias	Distribución horaria según demanda	Asistencial SVB traslado	Incluye recursos de CR y Municipales Máximo 83 recursos
UAD	41	Méd/Conductor	Nocturno*	Asistencial Urgencia domiciliaria	+ refuerzos
GEOS	8	Due/ Conductor	Nocturno*	Asistencial Curas, inyectables	
SUAP	37	Méd / Due / Celadores	Nocturno	Asistencial	Hay 3 tipos, el B corresponde a las UAD
MIR/VEC	1/1	2 téc	24 h	Establecer áreas asistenciales y de evacuación en situaciones especiales	
LDNRBQ	1			Descontaminación de afectados ante una situación NBQ	
CENTRO DE COORDINACIÓN DE URGENCIAS					
SCU	1		24 h.	Centro coordinador de urgencias. Regulación médica, Coordinación de recursos, coordinación con los hospitales	

ANEXO 3

GRADOS O NIVELES DE ACTIVACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SUMMA PARA AFRONTAR SITUACIONES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

Se establecen los niveles según:

A) Magnitud de víctimas según información recibida.

B) Tipo de siniestro y, por tanto, gravedad esperable.

C) Tiempo estimado de acceso al incidente.

D) El nivel de activación del plan territorial si fuera aplicable.

NIVEL	ACTIVIDAD DEL SERVICIO	RECURSOS	DENOMINACIÓN	ACTUACIONES	OBSERVACIONES
0	**ORDINARIA** Las unidades resuelven la emergencia sin necesidad de mayor respuesta organizativa	**ORDINARIOS DEL DISPOSITIVO**	**EMERGENCIA**	• Estabilización, tratamiento y traslado según procedimiento de atención al paciente politraumatizado	• No se delimitan ni señalizan áreas concretas o se hace de forma empírica. • Suceso controlado por unidades avanzadas (con o sin apoyo de SVB). Máximo 3 recursos totales • Si es necesario la primera SVA se establece como mando sanitario • Esperable un número de víctimas menor a 10
1	**EXTRAORDINARIA NIVEL 1** • Activación del Jefe de Guardia (1) • Informar al Gerente y Resp. SCU • Triage en el escenario • Alerta hospitales. Búsqueda de camas de críticos El área asistencial se puede controlar con una mínima organización.	**ORDINARIOSCON ACTIVACIÓN DE MEDIOS ESPECIALES HABITUALES DE GUARDIA** • Presencia de mando específico en el lugar • Posibilidad de recursos de otras instituciones y organismos para traslado asistido (o) básico	**IMV NIVEL 1**	• Creación del equipo gestor del incidente en el SCU (EGI) • Se desarrollan las actuaciones mediante el establecimiento y delimitación de unas áreas mínimas de intervención: salvamento con su primera noria y área asistencial, con triage y puesto médico. • Control de la llegada de recursos • Se designan equipos para tareas concretas en las áreas de trabajo (triage, asistencia PSA, atención de atrapados, traslado) • Algunos equipos médicos pueden ser requeridos para actuar en la zona de salvamento para atención a personas atrapadas • Prioridad de estabilización en el área asistencial	• Activación del Jefe de Guardia y Dirección informada de la situación • El vehículo del Jefe de Guardia se establece como referente del puesto de mando sanitario. Será el vehículo encargado de las comunicaciones. Va dotado de material para señalizar y delimitar zonas y permitir la identificación de mandos y sus funciones. Aportará, además, material específico para situaciones especiales • Suceso en que es probable la necesidad de coordinación de recursos de diversas instituciones
2	**EXTRAORDINARIA NIVEL 2** • Jefe de Guardia en el PMA (2) • Directivo activado PMP/PMA • Constitución del PMA y PSA (CME) como áreas claramente definidas y delimitadas • Activación Hospitales (Plan de emergencia exterior) • Posibilidad de sobresaturación y sobrecarga asistencial en urgencias y quirófanos de hospital. • Posibilidad de Gabinete de Crisis	**ORDINARIOS CON GRAN REPERCUSIÓN EN LA ACTIVIDAD HABITUAL.** • Necesidad de demorar actividad no urgente • Adscripción al incidente de: - recursos de traslado no asistenciales (3) - recursos asistenciales de otras instituciones (4) - incorporación de SVB de solape - apoyo de unidades psicosociales • Se activa el sistema de alerta de recursos humanos y materiales extraordinarios	**IMV NIVEL 2 INCIDENTE EN MÚLTIPLES FOCOS DE INTERVENCIÓN INCIDENTES NBQ**	• **Se desarrollan las actuaciones mediante el establecimiento y delimitación de áreas de intervención.** • Salvamento con su primera noria y área asistencial, con triage y puesto médico. • Puede ser necesario establecer CME independiente y noria de evacuación (1ª y 2ª) para lograr un buen control de la situación. • Regulación de recursos (tipo y número), zona de espera y noria de evacuación • El área asistencial exige un férreo control organizativo. • Es prioritario un buen triage para seleccionar pacientes graves y un conocimiento exacto de los recursos disponibles fundamental-mente de SVA. • Los vehículos siempre en la zona base en espera de traslado	• Jefe de Guardia en el PMA (2) • Directivo activado PMP/PMA Suceso en que es segura la necesidad de coordinación de recursos de diversas instituciones. • Se activa el sistema de alerta a recursos humanos y materiales extraordinarios • Se establecen norias de vehículos para la evacuación
3	**EXCEPCIONAL** • Constitución del gabinete de crisis • PLATERCAM nivel III	**RECURSOS ADICIONALES EXTRAORDINARIOS FUERA DE LOS HABITUALES DE GUARDIA PARA CONTROLAR LA SITUACIÓN**	**VÍCTIMAS EN MASA**	• Constitución del gabinete de Crisis • PLATERCAM nivel III	• Más de 500 heridos

(1) El jefe de guardia asume todas las funciones de mando, sustituye al personal médico de la unidad de SVA que tomó la dirección del suceso, al que asigna otras funciones.

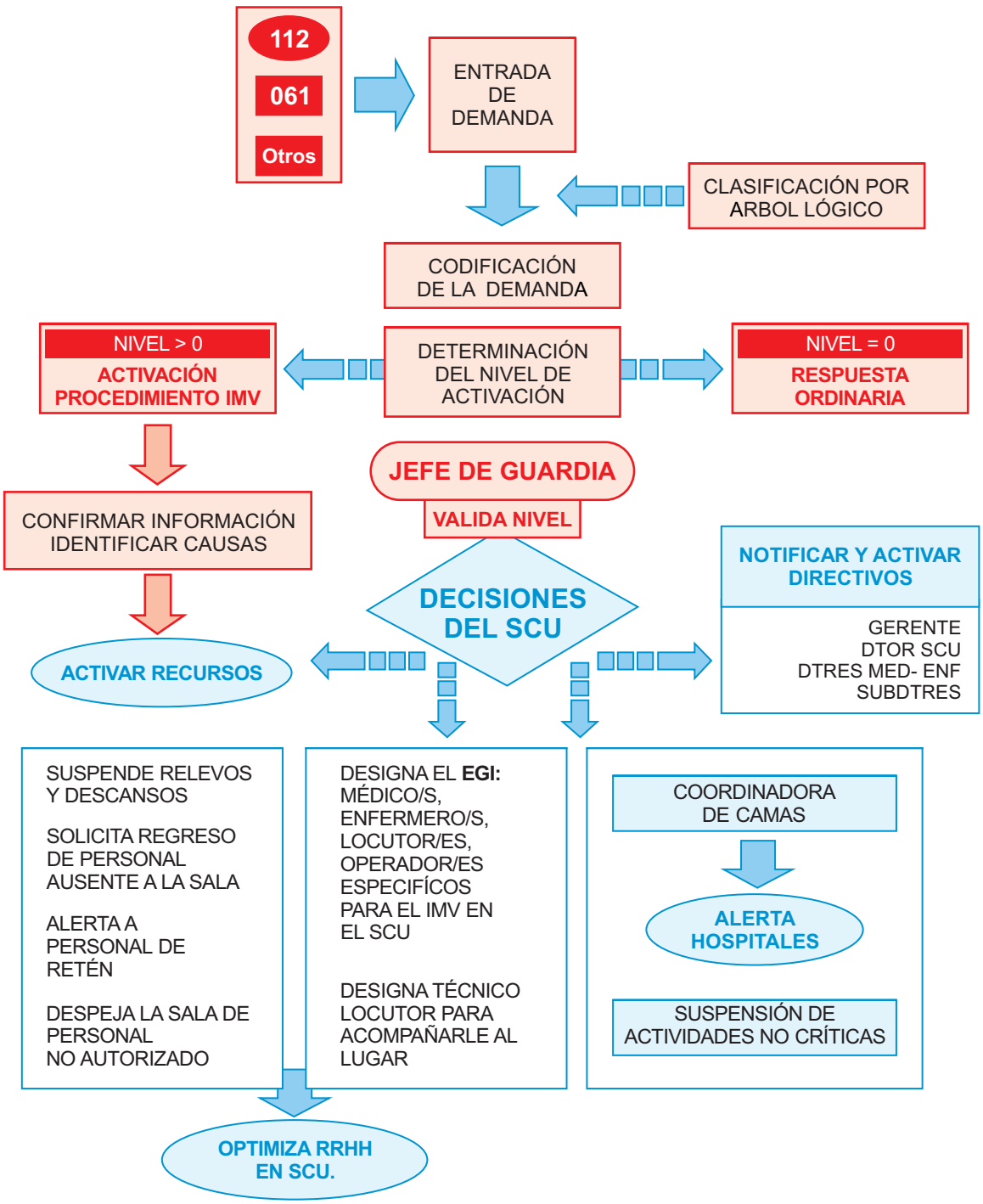
(2) El jefe de guardia realiza funciones de coordinación y organización, según la información recibida en el lugar por los diversos mandos.

(3) Ambulancias de Transporte no asistido (TSNU).

(4) Municipales, Protecciones Civiles, Transporte privado, Otras comunidades…

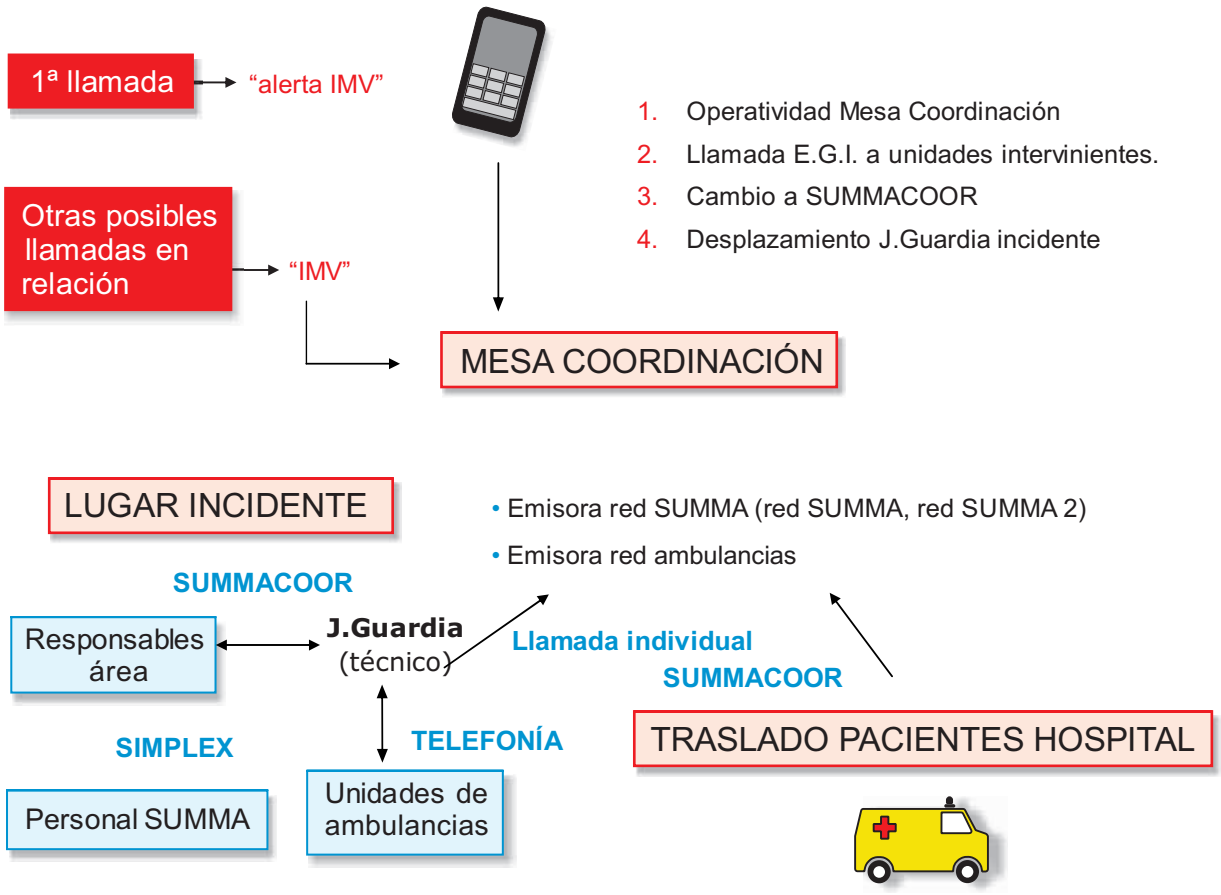
ANEXO 4

ESQUEMA DE ACTUACIÓN DEL SUMMA 112 ANTE IMV



ANEXO 5

COMUNICACIONES



ANEXO 5-BIS

EQUIPAMIENTO DEL VEHÍCULO DE COMUNICACIONES

- Dos puestos de operador de comunicaciones: cada uno de los puestos cuenta con :
  - Radio PMR.
  - Radio trunking.
  - Telefonía móvil.
  - Radio de banda aérea.
  - Ordenador con monitor y comunicaciones (fax, telefonía IP, Internet y banda ancha).
- Telefonía satélite integrada con antena.
- Red wifi.
- Sintonizador digital/analógico de TV con antena exterior.
- Radio comercial.
- Megafonía exterior.
- Impresora en red.

ANEXO 6

SITUACIONES DE COLABORACION CON SEIS
(Servicio de Extinción de Incendios y Salvamento)

COMUNICACIONES **Demanda más probable**	**Lugar de intervención**	**Riesgo(s) principal(es)**
Inconsciencia (Suicidios*)	Espacios confinados. Túneles, depósitos de GLP (gasolineras p.ej.), pozos negros, galerías de servicio, pisos cerrados*, silos, galerías	Atmósferas explosivas o tóxicas
Escapes industriales	Polígonos industriales, laboratorios de investigación o farmacéuticos	Nubes o atmósferas tóxicas
Electrocutados	**Estaciones, subestaciones eléctricas** Manipulación cuadros eléctricos en vivienda, empresas, industrias Operarios de empresas el éctricas y reparación electrodomésticos Alumbrado e instalaciones públicas (cable de cobre)	Electrocución
Arrollamientos Trauma	Vías y estaciones de ferrocarril o metro	Atropello. Lesión traumática Electrocución - tensión catenaria
Tráfico Lesión Traumática	Vías públicas. Vías rápidas, autovías y autopistas.	Atropello. Trauma
Explosiones Quemados Trauma	Atentados terroristas Instalaciones de gas Instalaciones con depósitos de combustible Silos Viviendas	Exposición a onda expansiva Quemaduras Derrumbes y desplomes

ANEXO 7

CONTENIDO DE LAS MOCHILAS DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

Permanecerá precintada hasta su utilización debiendo constatarse en cada cambio de guardia su estado de precinto. Tras su utilización será re-precintada por el servicio de Farmacia, quien será responsable de su mantenimiento.

Consta de dos mochilas unidas mediante una cremallera. Se especifica, por tanto, el contenido de cada una de ellas.

MOCHILA DE TRIAGE (PEQUEÑA).

Contenido:

- 3 compresores de silicona.
- 1 paquete compresas .
- 10 mantas térmicas.
- 6 pares de guantes de nitrilo
- 3 Guedell nº 1,2, 3, 5.
- 5 Guedell nº 4.
- 4 endocatéteres abocath nº 14
- 2 endocatéteres abocath nº 14 largo
- 3 vendas de crepé.
- 4 sueros de irrigación.
- 1 esparadrapo transpore.
- 1 tijera corta ropa.
- 1 tijera de punta roma.
- 2 bolígrafos indelebles.
- 1 talonario de tarjetas de triage.
- Cintas de sujeción/bridas para tarjetas de triage.
- 3 chalecos identificativos con las leyendas : “Jefe del Dispositivo Sanitario”, “Mando Triage” y “Responsable Recursos”
- 1 venda hemostática (Celox)

MOCHILA ASISTENCIAL (GRANDE).

Bolsillo parte superior:

- 5 sistemas de perfusión endovenosa de macrogoteo.
- 5 apósitos para vías periféricas.
- 12 endocatéteres tipo abocath nº 14, 16, 18, 20, 22 y 24 (dos de cada).
- 1 apósito quirúrgico 10 x 25.
- 3 agujas nº: 25*6 (1), 25*9 (3), 40*8 (6).
- 2 jeringas 10 ml.
- 1 esparadrapo seda.
- 2 compresores de silicona.
- 3 llaves de 3 pasos.

Bolsillos laterales:

- 1 válvula Hemlich p/Pleurecath
- 1 trócar torácico nº 24.
- 1 Minitrach.
- 2 fiadores (mediano y grande)
- Tubos endotraqueales nº del 6,5 al 9 (1 de cada).

Interior de la mochila:

- 4 parches torácicos.
- 2 agujas intraóseas (15 Ga y 18 Ga).
- 1 ambú con 1 mascarilla adulto y 1 mascarilla pediátrica.
- 2 apósitos quirúrgicos 10x25.
- 2 suero fisiológico 500 ml.
- 2 Voluven 6% 500 ml.
- 1 ringer lactato 500ml
- 1 inyector intraóseo

Bolsa azul interior:

- 6 tubos Guedell nº 3, 4 y 5 (dos de cada)
- 4 tubos de Guedell nº 00,0, 1 y 2 (uno de cada).
- Tubos endotraqueales (1 de cada número).
- 2 laringoscopio con palas desechables
- 2 mascarillas laríngeas desechables.
- 2 sueros fisiológicos de 10 ml.
- 1 lubricante urológico unidosis.
- 1 venda de malla 5*5.

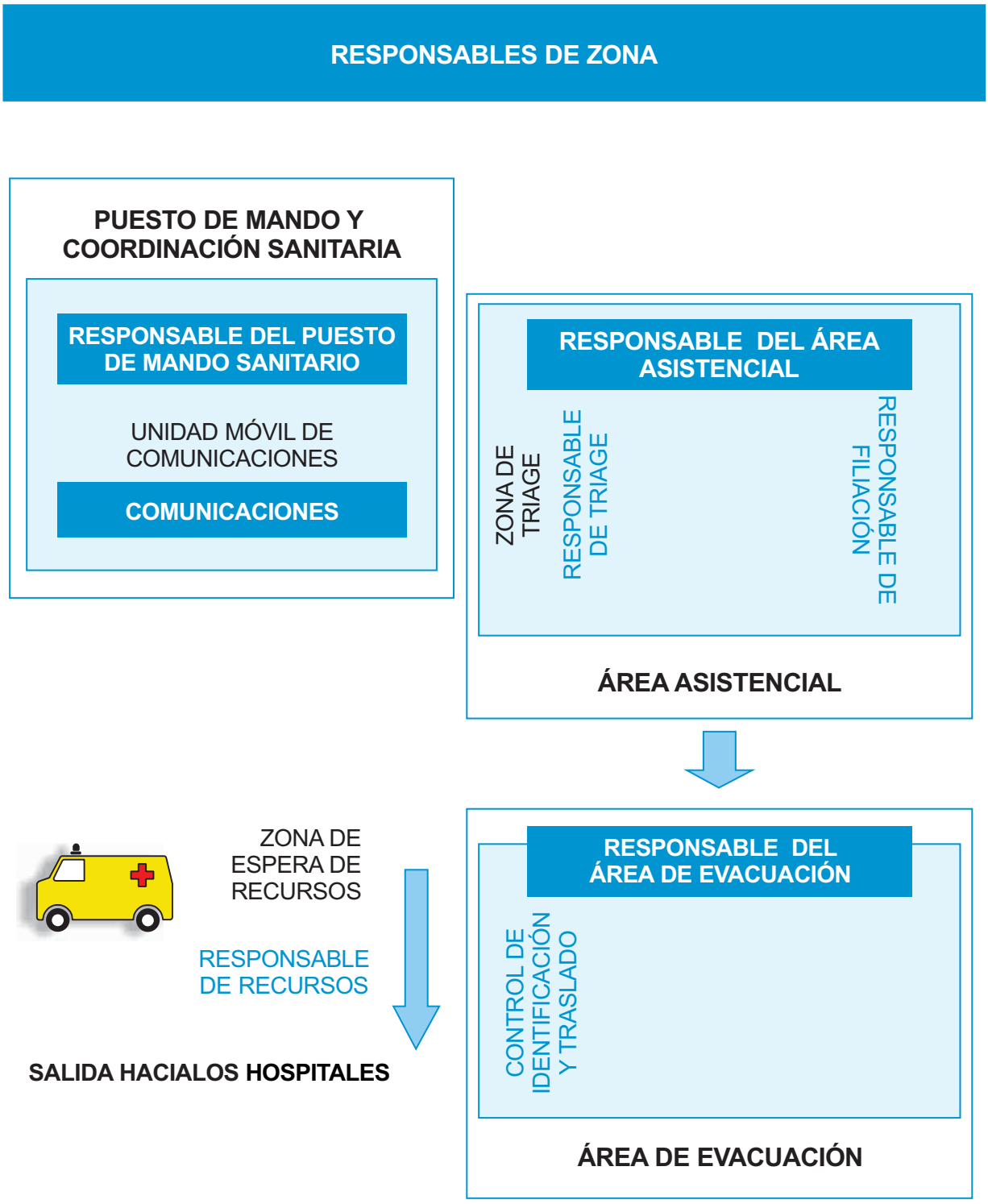
Bolsa amarilla y roja interior:

- Guantes estériles talla 6 ½, 7 ½ y 8 ½ (1 par de cada).
- Solución para perfusión intravenosa: 5 de 100 ml y 2 de 50 ml.
- Agujas 25x6, 25x9 y 40x8 (3 de cada).
- Jeringas 20 ml (1), 10 ml (3), 5 ml (3), 2 ml (2) y 1 ml (2).
- 1 salbutamol inh.
- Viales:
  - 10 adrenalina.
  - 10 atropina.
  - 2 diazepam.
  - 5 fenitoína.
  - 2 fenobarbital.
  - 2 etomidato.
  - 5 metamizol.
  - 3 midazolam 15 mg.
  - 5 tramadol.
  - 3 vecuronio.
  - 2 hidrocortisona.
  - 2 diclofenaco.
  - 1 metilprednisolona 1 grm.
  - 1 ketamina.
  - 6 salbutamol
  - 5 fentanilo

Las mochilas completas (triage y asistencial) se encuentran en las siguientes bases:

UBICACIÓN	RECURSO	Nº MOCHILAS
San Sebastián de los Reyes	UVI 12	4
El Molar	CUE	4
Torrejón	UVI 25	4
Arganda	UVI 13	4
Getafe	MIR 01	18
	VEC	4
Alcorcón	UVI 10	4
San Martín de Valdeiglesias	UVI 20	4
Las Rozas	UVI 17 /HS 01	4

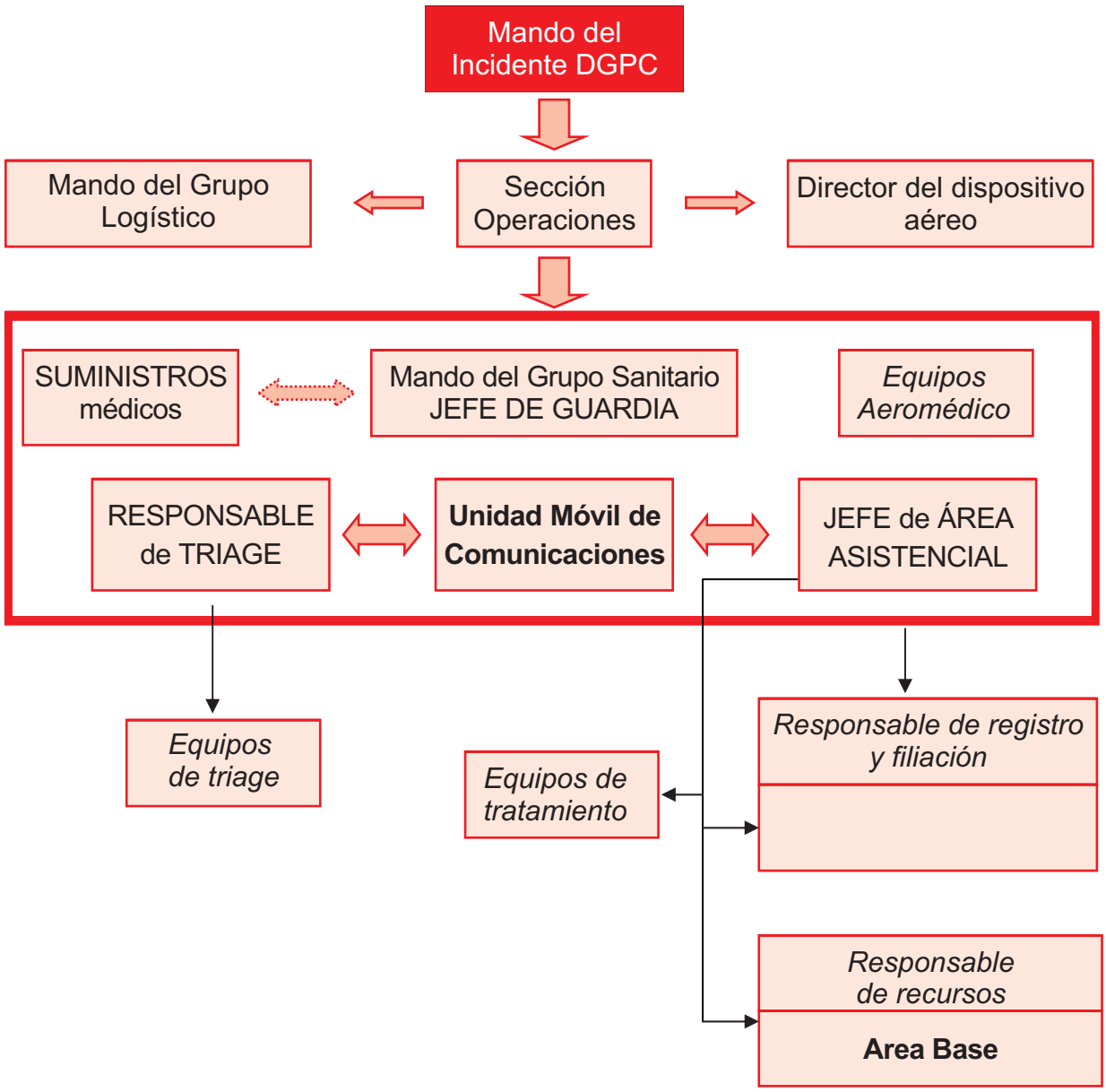
ANEXO 8-BIS


RESPONSABLES DE ZONA
PUESTO DE MANDO Y COORDINACIÓN SANITARIA
RESPONSABLE DEL PUESTO DE MANDO SANITARIO
UNIDAD MÓVIL DE COMUNICACIONES
COMUNICACIONES
RESPONSABLE DEL ÁREA ASISTENCIAL
ZONA DE TRIAGE
RESPONSABLE DE TRIAGE
RESPONSABLE DE FILIACIÓN
ÁREA ASISTENCIAL
ZONA DE ESPERA DE RECURSOS
RESPONSABLE DE RECURSOS
SALIDA HACIALOS HOSPITALES
RESPONSABLE DEL ÁREA DE EVACUACIÓN
CONTROL DE IDENTIFICACIÓN Y TRASLADO
ÁREA DE EVACUACIÓN

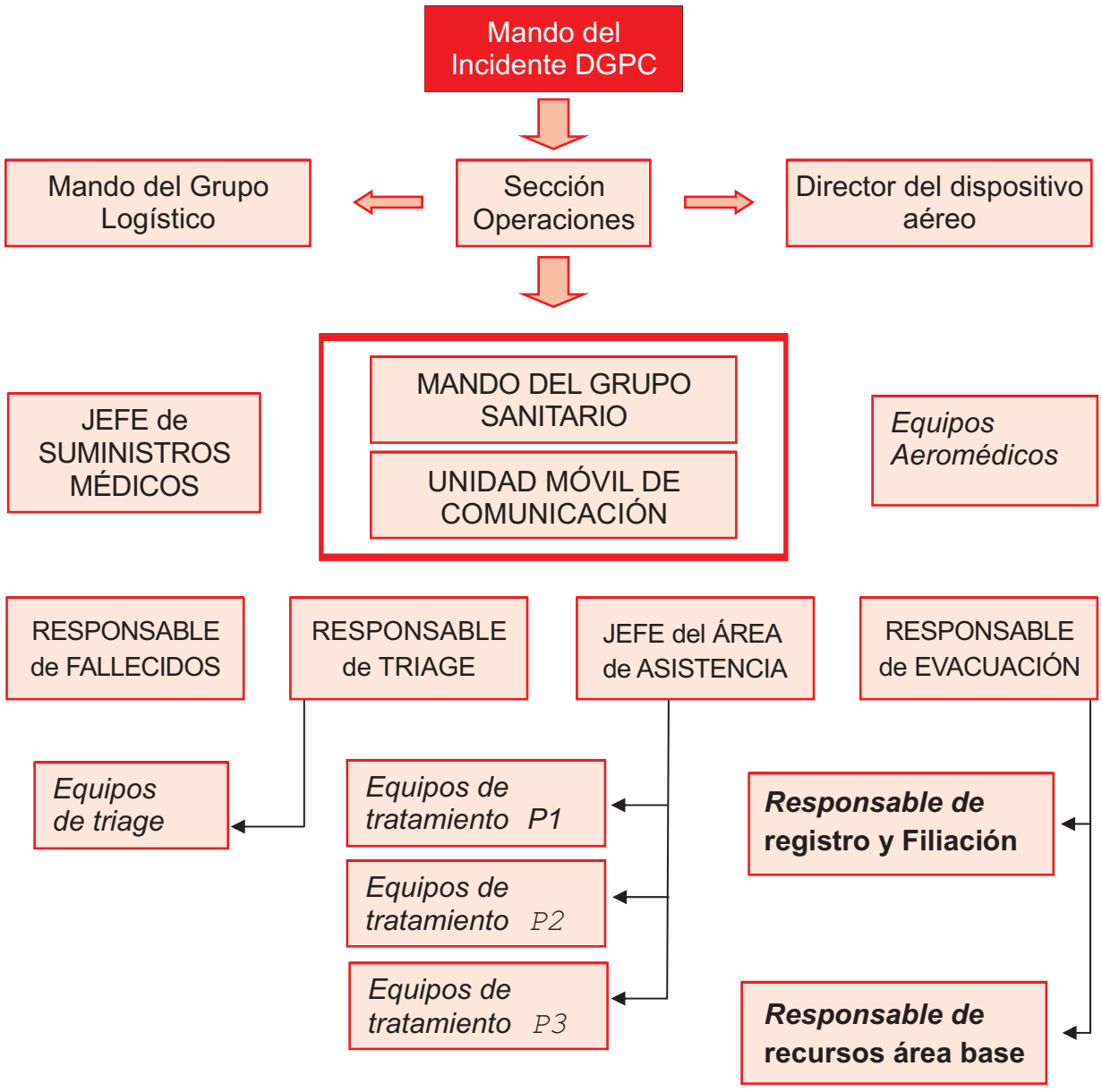
ANEXO 9

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DE MANDOS Y RESPONSABILIDADES EN EL NIVEL DE BAJA COMPLEJIDAD EN UN INCIDENTE. **NIVEL I**

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DE MANDOS Y RESPONSABILIDADES EN EL NIVEL DE BAJA COMPLEJIDAD EN UN INCIDENTE. **NIVEL II**



ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DE MANDOS Y RESPONSABILIDADES EN EL NIVEL DE BAJA COMPLEJIDAD EN UN INCIDENTE. **NIVEL III**



ANEXO 10

TARJETAS DE FUNCIÓN

TARJETA DE FUNCIÓN. PRIMER MÉDICO INTERVINIENTE

- Se identifica con el chaleco de **"Jefe del Dispositivo Sanitario"**.
- Establece contacto continuo con el Mando del Grupo de Intervención y con SCU.
- Transmite la información al Centro Coordinador recabando datos del resto del personal de su equipo sobre::
    - Tipo de incidente y situación precisa del mismo.
    - Tiempo de evolución.
    - Número de víctimas y personas afectadas.
    - Riesgos posibles o existentes.
    - Recursos precisos para la estabilización y traslado de pacientes.
    - Características topográficas más importantes o significativas, p.ej. zona adecuada para la toma del HS, instalación del PSA.
    - Áreas y perímetros estimados. Límites de seguridad (según Grupo de Rescate).
    - Vías y caminos de acceso (Según CFSE).
    - Recursos e instalaciones locales de relevancia.
- Será relevado por el Jefe de Guardia, al que informará de las medidas adoptadas. El Jefe de Guardia le asignará nuevas funciones.

TARJETA DE FUNCIÓN. PRIMER DUE INTERVINIENTE.

- Se identifica con el chaleco de **"Mando de Triage"**.
- Realiza una estimación del número de víctimas y personas afectadas así como de los riesgos existentes o posibles en el lugar del incidente, para informar de todo ello al Jefe del Dispositivo Sanitario.
- Realiza el triage (utilizando el método START) en la zona en la que se concentre mayor número de víctimas, elige y establece un área de concentración de heridos, si no lo hubiera ya. Si el personal sanitario pudiera acceder a la zona de impacto, con autorización del Mando del Grupo de Intervención, se valorarán dos opciones.
    - Que entren a realizar el triage en la zona de impacto el DUE y un TES, si todos los heridos se concentran en dicha zona.
    - Que entre sólo el TES colaborando en el triage (DUAL) con bomberos, mientras que el DUE inicia el triage en el área de concentración de heridos.

Será el Jefe del Dispositivo Sanitario el que, en función de las características del incidente, tome la decisión. En cualquier caso, el triage se acompañará únicamente de gestos salvadores.

- Cuando las labores de triage se lo permitan, supervisará la recepción de víctimas en el área de concentración de heridos así como la noria de evacuación hacia el PSA.
- Cuando hayan concluido sus funciones, se incorporará al Puesto Sanitario Avanzado (PSA).

TARJETA DE FUNCIÓN. PRIMEROS TEMs INTERVINIENTES

T1:

- Es el TES que transmite al Jefe del Dispositivo Sanitario la información recabada tanto de la zona de impacto como del área de concentración de heridos.
- Lleva a cabo labores de triage como se especifica en la tarjeta de función del primer DUE interviniente.

T2:

- Se identifica con el chaleco **"Responsable de Recursos"**.
- Inicialmente, apoya al Jefe del Dispositivo Sanitario en las comunicaciones con el SCU.
- Recaba información y evalúa la situación para determinar accesos, lugares de estacionamiento para los recursos y posible zona de ubicación del Puesto Sanitario Avanzado.
- A medida que van llegando recursos, les da las instrucciones para el estacionamiento y una vez instalado el PSA, les da orden de entrada a petición del responsable de evacuación.

En aquellos casos en los que la primera unidad interviniente sólo cuente con un TES, éste llevará a cabo las misiones de T2, pudiendo delegar las mismas a un TES de la siguiente unidad interviniente. En este caso, una vez delegada su misión, acompañará al DUE de su equipo pasando a cumplir las misiones de T1.

TARJETA DE FUNCIÓN. RESPONSABLE DE EVACUACIÓN

- Se identifica como **"Responsable de Evacuación"**.
- Vigila y mantiene en observación a las víctimas hasta que se produce el traslado.
- Lleva a cabo un registro, anotando filiación de la víctima así como recurso y hospital de traslado.
- Coordina las labores de traslado.
- Informa al Mando Médico del área asistencial de la situación de las víctimas así del momento en el que pueden ser trasladadas.

TARJETA DE FUNCIÓN. MANDO MÉDICO DEL ÁREA ASISTENCIAL

- Establece la organización interna del Puesto Sanitario Avanzado.
- Se identifica como **"Mando Médico del Área Asistencial"**.
- Dirige al personal asignado a la zona asistencial.
- Supervisa el triage, la asistencia y estabilización de las víctimas en la zona asistencial.
- Asegura la disponibilidad de equipos y los suministros pertinentes en el área de tratamiento.
- Asegura el flujo y distribución adecuada de heridos.
- Organiza la salida para el traslado de las víctimas.
  - Recurso necesario.
  - Orden de traslado.
  - Destino hospitalario.
- Comunica al Jefe de Guardia la situación en el Puesto Sanitario Avanzado y cada traslado a realizar.

TARJETA DE FUNCIÓN. JEFE DE GUARDIA

En la sala del SCU

- Asigna médico, enfermero, locutor y operador para la gestión del incidente.
- Designa a un locutor para que le acompañe al lugar de la intervención..
- Dará las órdenes pertinentes para.
  - Redistribuir el personal y asegurar la respuesta ante la demanda ordinaria.
  - Solicitar que se incorpore al SCU el personal de guardia en período de descanso.
  - Alertar personal SCU de guardia localizada para su incorporación al mismo.
  - Alertar a personal SCU fuera de servicio para su incorporación al mismo.
- Informa al Director Gerente / Directivo correspondiente.
- Se asegura de que se mantiene comunicación con instituciones y organismos implicados en la resolución del incidente (grupo de intervención, grupo de seguridad, hospitales….).
- Se asegura de que la respuesta es acorde a los planes de autoprotección y emergencia exterior y procedimiento interno ante múltiples víctimas.
- Se asegura de que se mantiene la comunicación con el Puesto de Mando (PMA) mediante canales específicos.

Tras la activación de accidente de múltiples victimas

- Se desplaza al lugar en vehículo de mando con sistema de comunicaciones haciéndose cargo de las mismas el técnico locutor asignado para acompañarle.
- Asume las funciones de Coordinación y Mando “in situ” en el P.M.A.
- Asigna nueva función al primer Médico interviniente.
- Supervisa la implementación de las diversas medidas adoptadas y el desarrollo del proceso.
- Dará las órdenes oportunas para establecer el correspondiente dispositivo sanitario de respuesta ante el incidente.
- Adopta todas aquellas medidas que crea oportunas para la correcta atención a las víctimas según el transcurso de los acontecimientos.
- Ordenará al SCU la alerta y activación de los Hospitales.
- Establece las redes de comunicaciones.
- Establece los canales de Mando.

En el Puesto de Mando

- Se debe identificar como mando del dispositivo del SUMMA mediante el chaleco con la leyenda **“Jefe del Dispositivo Sanitario”**.
- Responsable del dispositivo desplegado por SUMMA, incluido recursos asociados o concertados también coordina los recursos sanitarios externos.
- Ordena el despliegue, dirige y controla los equipos y recursos del SUMMA.
- Informa sobre los recursos disponibles al responsable al mando de la intervención.
- Asegura el suministro adecuado de recursos humanos y equipos solicitándolos al SCU.
- Supervisa el correcto desarrollo de las funciones encomendadas al SUMMA.
- Designa, si es necesario, responsables intermedios: triage, asistencial, evacuación, registro y filiación y recursos en la zona de espera.
- Mantiene supervisada la emergencia y trasmite al SCU aquella información relevante para el correcto desarrollo de la intervención.

TARJETA DE FUNCIÓN. MÉDICO SCU

- Es el responsable de la gestión en sala del incidente.
- Mantendrá comunicación con elJjefe de Guardia para implementar el correspondiente dispositivo sanitario de respuesta.
- Supervisa al locutor y al enfermero encargados del incidente a los que dará las oportunas órdenes según el transcurso de los acontecimientos.
- Recepciona todas las llamadas en relación con el incidente.

TARJETA DE FUNCIÓN. OPERADOR SCU

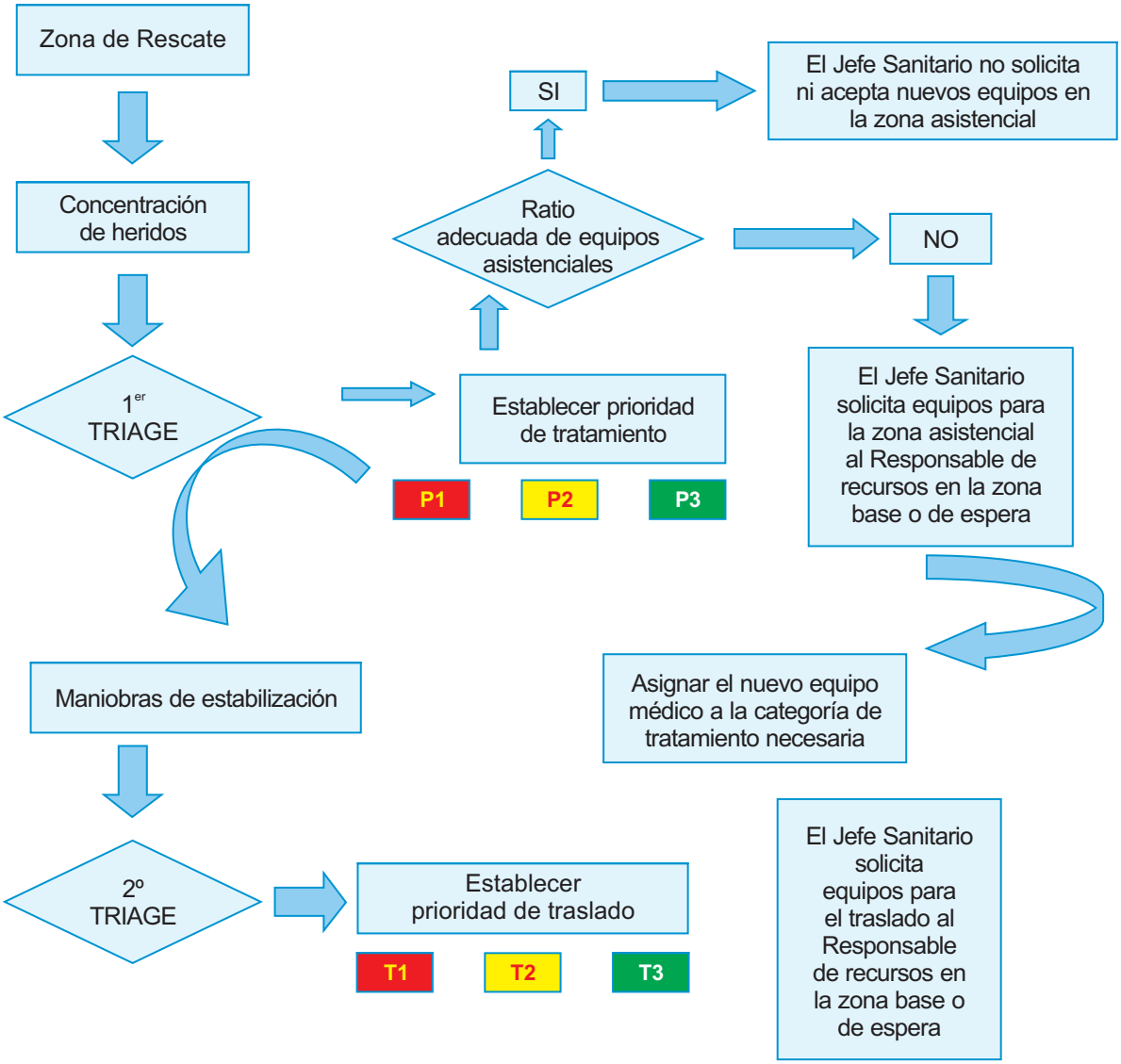
- Tramita la llamada inicial sobre el incidente.
- Comunicará inmediatamente la situación al Jefe de Guardia quien establece el nivel inicial de respuesta.
- Recoge.
  - Datos del informante.
  - Naturaleza del incidente.
  - Ubicación del incidente.
  - Hora del suceso.
  - Número de heridos.

TARJETA DE FUNCIÓN. LOCUTOR SCU

- Moviliza recursos según lo establecido en el procedimiento.
  - Transmite a los mismos la información conocida hasta el momento.
  - Solicita y recoge la información del primer recurso al mando.
  - Despacha los recursos necesarios.
- Comunica a las unidades implicadas el canal y números de radio en los que deben dirigirse.
- Mantendrá la comunicación con el PMA mediante canales específicos.

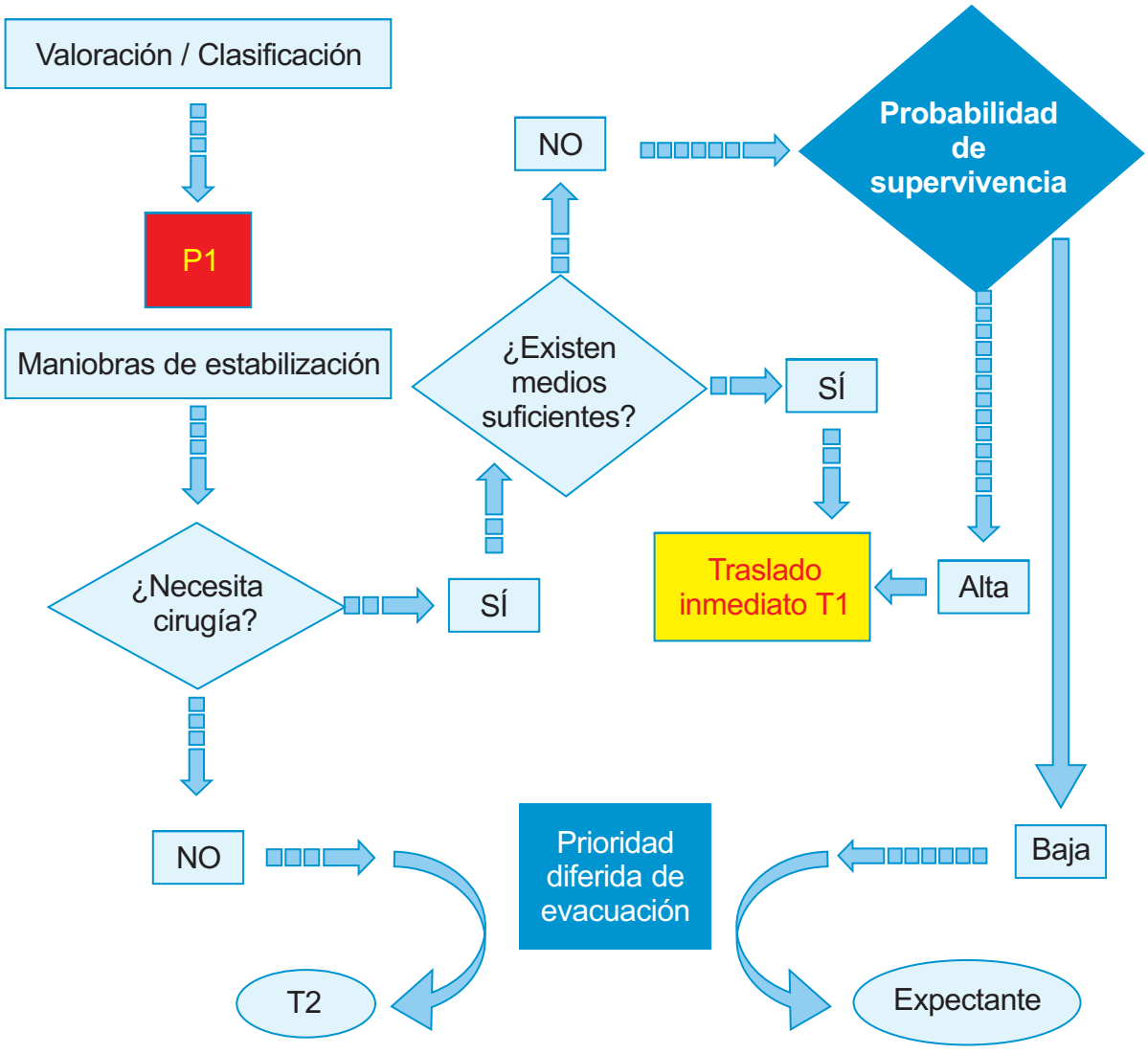
ANEXO 11

DIAGRAMA DEL RESPONSABLE DE ZONA / PUESTO ASISTENCIAL



ANEXO 11-BIS

DIAGRAMA DE PRIORIZACIÓN DE TRASLADO DE PACIENTES EN AMV



MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS

INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

EN LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

GLOSARIO

Servicios de emergencia.- Aquellas organizaciones e instituciones destinados específicamente a responder de manera cotidiana a situaciones de emergencia. Incluye a policía, bomberos, servicio de emergencia médica (SEM), servicio de urgencia hospitalaria (SUH), entre otros.

Servicio de emergencia médica.- Término para denominar los organismos e instituciones, encargados de planificar, proporcionar y supervisar los cuidados en una emergencia médica. En general, se refiere al sistema de cuidados prehospitalarios.

SUMMA 112.- Servicio de Urgencia Médica de Madrid. Responsable en los planes de PC del grupo sanitario en su ámbito de competencia territorial según establece la LOSCAM. (Ley de Ordenación Sanitaria).

Llamadas de emergencia.- Son las llamadas que recibe el centro de coordinación. No todas son emergencias reales y, por tanto, no requieren movilización de recurso. Si hay movilidad se denomina "con respuesta", si el paciente es desplazado para su tratamiento definitivo se define como "respuesta con traslado".

Sistema de atención de víctimas en masa.- Organización, en sectores y unidades que, funcionando conjunta y coordinadamente *mediante procedimientos*, reducen las pérdidas humanas y las discapacidades ocasionadas en siniestros que generan demanda masiva, por el uso eficaz de los recursos existentes.

Se basa en:

- Procedimientos preestablecidos, usados cotidianamente y adaptados para responder a grandes incidentes.
- Aprovechamiento máximo de los recursos disponibles.
- Preparación previa.
- Respuesta multi sectorial.
- Juiciosa y rigurosa coordinación, planificada y ensayada.

Se establece para:

- Optimizar la respuesta aprovechando al máximo los recursos.
- Establecer una eficaz cadena de socorro.
- Lograr un rápido restablecimiento de la actividad ordinaria.

Cadena de socorro.- Concepto que refleja la necesidad de la participación de todos los componentes de un sistema de cuidados médicos para obtener resultados positivos de salud.

Área de intervención.- Coincidente con el lugar donde se ha producido la emergencia y donde tiene lugar, fundamentalmente, las actuaciones del Grupo de Intervención.

Área de Socorro.- Inmediata al área de intervención y a su retaguardia. La distancia al punto del suceso vendrá dada por criterios de seguridad. En ella se organiza y realiza la clasificación de heridos y la asistencia sanitaria de urgencia.

Área Base.- Inmediata al área de socorro y a su retaguardia. En ella se concentran y organizan los medios de apoyo.

Zona de concentración de heridos.- Zona en la que se reúnen los heridos tras su extracción del área de intervención para su clasificación o triage.

Puesto de Mando Avanzado (P.M.A).- Estructura eventual donde su ubican los mandos responsables de cada grupo de acción, para la toma de decisiones y gestión sobre el terreno del suceso.

Jefe del Dispositivo Sanitario.- Máxima autoridad y responsable de la gestión sobre el terreno de la actuación sanitaria. Es el mando del Grupo Sanitario en los planes autonómicos de P.C. Por ley corresponde al SUMMA 112 y recae en la figura del Jefe de Guardia.

Puesto Sanitario Avanzado (P.S.A.).- Zona eventual establecida en el área de socorro, preparada para prestar asistencia médica y soporte vital avanzado. También referido como Zona Asistencial, o Área Asistencial.

Triage o clasificación.- Actuación para asignar a las víctimas prioridad para tratamiento y transporte, basado en el grado de lesión y la probabilidad individual de supervivencia según recursos disponibles.

Sistemas de triage.- Son métodos sistematizados de clasificación de pacientes. Se han elegido el START y el TRTS (*triage* revised trauma score). Prioridad de tratamiento (P1, P2, P3) o de traslado (T1, T2, T3).

Escala del coma de Glasgow (ECG-GCS).-puntuación clínica usada para evaluar el estado neurológico de un paciente. En las lesiones traumáticas tiene valor pronóstico.

UME.- Unidad asistencial medicalizada: UVI, o VIR. Son Unidades de Soporte Vital Avanzado (S.V.A).

VEC.- Vehículo Especial de Catástrofes; aporta recursos y un puesto sanitario para asistencia a I.M.V., con capacidad para 3-4 camillas.

MIR 01.- Módulo de Intervención Rápida; Camión que porta contenedor desplegable que permite establecer un Puesto sanitario con capacidad para 18 puestos asistenciales, dos de ellos de SVA.