

**PLAN ESPECIAL DE
ACTUACIÓN SANITARIA
EXTRAHOSPITALARIA
EN EMERGENCIAS COLECTIVAS
Y CATÁSTROFES**

INDICE

1.	<u>INTRODUCCIÓN</u>	4
		5
2.	<u>MARCO LEGAL Y NORMATIVO</u>	5
		5
3.	<u>DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y AMBITO DEL PLAN ESPECIAL</u>	5
	<u>SANITARIO</u>	5
	3.1.- <u>Definición</u>	6
	3.2.- <u>Objetivos</u>	7
	3.2.1.- <u>Objetivos generales</u>	7
	3.2.2.- <u>Objetivos específicos</u>	7
	3.3.- <u>Ámbito de actuación</u>	8
4.	<u>ANÁLISIS DE RIESGOS POTENCIALES</u>	8
		8
5.	<u>ESTRUCTURA DEL PLAN</u>	9
		10
5.1.	<u>Los centros y equipos de actuación sanitaria extrahospitalaria</u>	10
		10
	5.1.1.- <u>El Puesto Sanitario Avanzado (PSA)</u>	11
	5.1.2.- <u>Equipos médicos de emergencias</u>	11
	5.1.3.- <u>Vehículos de traslado sanitario urgente</u>	11
	5.1.4.- <u>Las ambulancias no asistenciales de transporte sanitario no</u>	11
	<u>urgente del Servicio Aragonés de Salud (Salud)</u>	11

5.1.5.- Vehículo ligero de Asistencias Médica (VAM)	15
5.1.6.- Centros hospitalarios	15
6. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACION	16
6.1.- Activación del Plan	17
6.2.- Niveles de actuación	
6.3.- Procedimientos de actuación en el lugar del siniestro	17
6.3.1.- Delimitación de áreas de trabajo y actuación en las mismas	17
6.3.2.- Organización Jerárquica en el PSA	18
6.3.3.- Funciones del Jefe Médico del PSA	22
6.3.4.- Funciones de los Jefes Adjuntos	28
6.3.5.- Funciones del Jefe de Triage	
6.3.6.- Funciones del Jefe de Evacuación	28
6.3.7.- Funciones del Director de Servicios Médicos (DSM) en la zona del salvamento	28
6.3.8.- Funciones e Intervención de otros sanitarios	29
6.3.9.- Medios y recursos intervinientes	33
6.3.10.- Clasificación de heridos Noto-Larcan-Huguenard	39
6.3.11.- Tarjetas normalizadas de Triage	43
6.3.12.- Procedimiento de actuación en el Puesto Sanitario Avanzado (PSA)	45
7. IMPLANTACIÓN, DIFUSIÓN, MANTENIMIENTO Y SIMULACROS	
ANEXO N° 1. Tarjetas Normalizadas de Triage	
ANEXO N° 2. Puesto Sanitario Avanzado	
ANEXO N° 3. Procedimiento de actuación en el Puesto Sanitario Avanzado (PSA)	
ANEXO N° 4. Equipo de Intervención Psicosocial	

ANEXO N° 5. Almacén de Catástrofes del Hospital Clínico Universitario “Lozano

Blesa”

1. INTRODUCCIÓN

Para una atención sanitaria adecuada al ciudadano, resulta de capital importancia tener planificada y protocolizada la actuación frente a las situaciones de emergencia colectiva y catástrofes, ya que existen riesgos de origen natural, tecnológico o humano que pueden producir desastres que se presentan habitualmente de una manera súbita e inesperada desencadenando la aparición de un gran número de víctimas de gravedad y complejidad variable.

El Servicio contra Incendios, de Salvamento y Protección Civil del Ayuntamiento de Zaragoza, sensible a esta problemática específica, elaboró a través de su Asistencia Médica los siguientes documentos que sirven de base al actual Plan Especial:

- *Plan de Organización y Actuación Sanitaria Extrahospitalaria ante la Emergencia Municipal*, aprobado por el Ayuntamiento Pleno en sesión celebrada el día 27 de octubre de 1993.
- *Plan de Emergencia Municipal de Zaragoza* en el que se incluía la revisión del anterior documento; aprobado inicialmente en sesión de Ayuntamiento Pleno el 26 de junio de 1997. La Comisión de Protección Civil de la Diputación General de Aragón homologó este Plan el 11 de diciembre de 1997 y el Ayuntamiento Pleno de Zaragoza acordó aprobar este Plan, en sesión de 29 de abril de 1998.

Este Plan Especial concebido desde el punto de vista sanitario, contempla su inserción funcional en el ámbito del Plan Municipal de Protección Civil de Zaragoza (en adelante PMPC), ya que una emergencia colectiva y /o catástrofe necesita para su resolución un abordaje multidisciplinar, siendo el aspecto sanitario uno más de todos aquellos que se deben poner en marcha para resolver el hecho emergente.

Por último, este Plan Especial de Actuación Sanitaria Extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes no pretende ser un documento cerrado, sino abierto a su evaluación y

actualización en el tiempo, de acuerdo con los avances científicos, técnicos y organizativos, que se produzcan.

En este sentido se hace especial incidencia en las redes digitales de telecomunicación y la integración de éstas en las diferentes Entidades y Administraciones Públicas.

2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

El marco legal y normativo será el establecido con carácter general en el apartado 1.2 del vigente Plan Municipal de Protección Civil.

3. DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y AMBITO DEL PLAN ESPECIAL SANITARIO

3.1. Definición.

Este Plan establece la actuación sanitaria extrahospitalaria en emergencias colectivas y catástrofes que se puedan producir en la ciudad de Zaragoza, con el resultado de víctimas; determinando la estructura jerárquica y funcional de los grupos de intervención y el sistema de coordinación con los distintos recursos y medios sanitarios participantes, tanto públicos como privados.

La organización y actuación sanitaria extrahospitalaria ante la emergencia sanitaria o catástrofe es solamente una parte integral de la intervención general que se debe llevar a cabo para atender y solucionar aquéllas, por lo que este Plan se atiene a lo dispuesto en el apartado 2.1.2.3.4. del vigente PMPC, sobre el Grupo de Acción Sanitario, en el que se exponen sus funciones, ámbito de actuación, dirección y composición.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivos Generales.

3.2.1.1. Planificar el dispositivo de intervención extrahospitalaria necesario para ofrecer una asistencia sanitaria eficaz en situaciones con múltiples víctimas.

3.2.1.2. Establecer los mecanismos de coordinación adecuados ante las instituciones intervinientes para conseguir una utilización eficiente de los recursos en estas situaciones.

3.2.2. Objetivos específicos.

3.2.2.1. Definir la estructura jerárquica del Plan así como las misiones y procedimientos del Jefe del Puesto Sanitario Avanzado (en adelante PSA) y del Director de Socorros Médicos en la zona del siniestro.

3.2.2.2. Articular la cadena de mando y establecer los mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles de la estructura:

- Del Jefe del PSA con el Jefe del Grupo de Acción Sanitario y con el Director de Socorros Médicos en la zona del siniestro si lo hubiera.
- Del Jefe del PSA con los Jefes adjuntos.

3.2.2.3. Establecer el catálogo de recursos humanos y materiales extrahospitalarios intervinientes.

3.2.2.4. Ordenación de los recursos intervinientes atendiendo a su tiempo de activación e intervención en la catástrofe.

3.2.2.5. Determinar la estructura funcional del Plan:

a. Sectorizar en áreas de intervención la zona de emergencia.

b. Definir las misiones y procedimientos a realizar por los intervinientes sanitarios en las áreas de salvamento y socorro de la catástrofe de tal manera que:

b.1. Se pueda medicalizar el rescate

b.2. Se realice una correcta clasificación de las víctimas y una adecuada atención sanitaria en el PSA.

b.3. Se pueda efectuar el transporte de los lesionados con orden y rapidez de un sector a otro, evitando acumulaciones en uno determinado, mejorando así sus posibilidades de asistencia y supervivencia.

b.4. Se proporcione una asistencia sanitaria correcta y una adecuada estabilización de los heridos, que permita que alcancen el siguiente escalón asistencial en unas mejores condiciones vitales, disminuyendo la morbi-mortalidad de los mismos.

3.2.2.6. Establecer una estrategia de difusión del Plan.

3.2.2.7. Establecer los mecanismos de evaluación, revisión y actualización del Plan.

3.3. Ámbito de actuación:

El ámbito de actuación del presente Plan es el Término Municipal de Zaragoza.

4. ANÁLISIS DE RIESGOS POTENCIALES

Los riesgos potenciales en el Término Municipal de Zaragoza, su identificación, clasificación y mapas de riesgos, así como las medidas preventivas tendentes a evitar o reducir las posibilidades de que se produzcan serán los especificados en el vigente PMPC.

5. ESTRUCTURA DEL PLAN

El Plan Especial de Actuación Sanitaria Extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes establece un marco organizativo específico, que permite la integración de los recursos sanitarios extrahospitalarios, públicos y privados, garantizando, la dirección y coordinación de las actuaciones por el nivel de autoridad correspondiente, teniendo en cuenta y ateniéndose a lo especificado en un marco más general en el apartado 2 del vigente PMPC, así como los mecanismos para la constitución de una cadena de socorros médicos en el lugar del siniestro que asegure la operatividad de las acciones que se lleven a cabo.

5.1. Los centros y equipos de actuación sanitaria extrahospitalaria son:

5.1.1. El Puesto Sanitario Avanzado (PSA)

El PSA será el lugar en el que se llevará a cabo la primera asistencia a las víctimas una vez realizado su rescate y triaje, antes de proceder a su evacuación. Además será el punto desde el que se establezca el enlace entre los distintos grupos sanitarios intervinientes en la zona siniestrada y el Centro de Coordinación Operativa Municipal.

El PSA se constituirá en un lugar seguro y cercano al lugar en el que se haya producido la emergencia. Podrá tener carácter fijo o móvil, en función de las características de la catástrofe.

El responsable del PSA será el Jefe Médico. Esta función será asumida en primera instancia por el primer médico que llegue al lugar del siniestro, hasta la llegada del primer médico del Servicio contra Incendios, de Salvamento y Protección Civil del Ayuntamiento de Zaragoza, que será entonces el responsable de asumir esta función.

Además de coordinar y dirigir la asistencia en el PSA, el Jefe Médico actuará como representante del Grupo de Acción Sanitario en el Puesto de Mando Avanzado (PMA), si lo hubiera, integrándose en éste y ejerciendo funciones de coordinación, hasta que la Dirección del PMA o el Director Técnico por delegación de aquél, designe a alguna otra persona en este lugar, si lo considera pertinente.

En los casos en los que el Jefe Médico esté desempeñando funciones de coordinación en el PMA deberá nombrar a un responsable de la asistencia sanitaria en el PSA.

5.1.2. Equipos médicos de emergencias.

En una situación de emergencia colectiva se requiere la actuación de equipos de asistencia especializados en la atención de este tipo de pacientes y circunstancias.

El Servicio contra Incendios, de Salvamento y Protección Civil del Ayuntamiento de Zaragoza, cuenta con equipos de emergencias integrados por médicos, enfermeros y bomberos especialistas (auxiliares de ambulancia en emergencias médicas AAEE), responsables de la medicalización de las Uvis Móviles del Servicio, especialmente cualificados para la asistencia

de emergencias a nivel extrahospitalario. Serán los responsables de asumir el mando sanitario, una vez que se personen en el lugar de la catástrofe, dirigiendo y realizando la asistencia y la evacuación de los heridos.

Funciones:

- 1º. Valorar la situación e informar al PMA a través del Centro de Coordinación Operativa Municipal.
- 2º. Establecer la situación del PSA.
- 3º. Realizar la sectorización.
- 4º. Apoyar el rescate.
- 5º. Realizar el triaje.
- 6º. Efectuar la asistencia sanitaria a los heridos.
- 7º. Organizar la evacuación.
- 8º. Transportar a los pacientes críticos.
- 9º. Registrar a las víctimas.
- 10º. Comunicar de forma permanente con el PMA a través del Centro de Coordinación Operativa Municipal.

5.1.3. Vehículos de traslado sanitario urgente

Tan importante como la atención “in situ” es el traslado de los pacientes, una vez estabilizados, a los hospitales de referencia donde se completará su asistencia, en unos medios de transporte seguros y especialmente acondicionados y dotados para su traslado en condiciones adecuadas.

Para ello se dispone de distintos tipos de recursos móviles:

- **Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA):** con personal sanitario propio (equipos médicos de emergencias). Se incluyen en este grupo las UMEs (Unidades Móviles de Emergencia) y las Uvis (Unidades Móviles de Vigilancia Intensiva).

- **Unidades de Soporte Vital Básico (USVB):** equipadas para prestar asistencia sanitaria en ruta, no cuentan con personal sanitario propio, pudiéndose medicalizar con personal proveniente de otras unidades o de otros centros asistenciales.
- **Ambulancias convencionales (AC):** vehículos destinados al traslado individual y no asistido de pacientes, con capacidad para transportar una persona en camilla. Disponen de equipamiento técnico y material sanitario básico.
- **Helicópteros medicalizados:** especialmente acondicionados para el traslado aéreo asistido de pacientes críticos.

Estos medios materiales están a la disposición de las acciones encomendadas por el Jefe Médico del PSA o por el Jefe de Evacuación, para trasladar los heridos que se consideren necesarios.

5.1.4. Las ambulancias no asistenciales de transporte sanitario no urgente del Servicio Aragonés de Salud (Salud)

Estas ambulancias están previstas para el caso de transporte sanitario no urgente.

Estos medios materiales están a la disposición de las acciones encomendadas por el Jefe Médico del PSA o por el Jefe de Evacuación, para trasladar los heridos que se consideren necesarios.

5.1.5. Vehículo ligero de Asistencia Médica (VAM)

Vehículo especialmente acondicionado para la estabilización sanitaria “in situ” de los pacientes.

5.1.6. Centros hospitalarios

Los pacientes atendidos inicialmente en el lugar de la catástrofe serán trasladados a los hospitales de referencia o del nivel adecuado para la resolución de su patología, por lo que los distintos servicios hospitalarios y especialmente los servicios de urgencia deberán ser alertados

de la situación, de la llegada y el estado de los pacientes por el Centro de Coordinación Operativa Municipal o el Centro Coordinador de Urgencias, específicamente sanitario, en quien se delegue dicha función si se estima oportuno,.

Funciones:

1º. Informar puntualmente, sobre su capacidad de respuesta, al Centro de Coordinación Operativa Municipal o al Centro Coordinador de Urgencias, específicamente sanitario en quien se delegue dicha función, si se estima oportuno.

2º. Organizar la recepción de pacientes.

3º. Notificar los siguientes datos sobre las víctimas recibidas en el hospital, al Centro de Coordinación Operativa Municipal o al Centro Coordinador de Urgencias, específicamente sanitario en quien se delegue dicha función, si se estima oportuno:

- Hora de llegada.
- Identificación por nombre y/o por número de tarjeta de triaje (ver ANEXO nº 1).
- Edad y sexo.
- Diagnóstico principal.
- Destino final dentro del hospital.

6. PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

6.1.- Activación del Plan:

Se realizará tal como viene establecido en el apartado 2.3. del PMPC.

6.2.- Niveles de actuación:

Se considerarán los niveles de actuación especificado en las diferentes fases en el apartado 2.3 del PMPC..

6.3.- Procedimientos de actuación en el lugar del siniestro:

6.3.1.-Delimitación de áreas de trabajo y actuación en las mismas:

Tres son las áreas en que se debe sectorizar una zona de catástrofe:

- Área de salvamento o intervención.
- Área de socorro
- Área base.

Área de Salvamento o intervención.

Es la zona que está en contacto directo con la catástrofe y, por lo tanto, coincide con la zona siniestrada. En dicha zona tiene lugar el primer contacto, rescate y transporte de lesionados, trabajando en ella personal médico, de enfermería y socorristas, que estarán coordinados por un Director de Socorros Médicos en la zona de salvamento. Desde el punto de vista sanitario, los médicos y enfermeros desarrollarán funciones que estarán limitadas a acciones que limiten el fallecimiento de pacientes viables a causa de acciones accesibles a maniobras simples de reanimación y atención sanitaria de urgencia, que serán fundamentalmente :

- Control de hemorragias externas.
- Maniobras básicas de permeabilidad de la vía aérea.
- Adecuada movilidad de los lesionados.

Cuando los accidentados se encuentren atrapados, los sanitarios deberán:

- Aplicar analgesia al herido facilitando de este modo la desencarcelación.
- Estabilizar las lesiones y permitir una supervivencia suficiente para llevar a cabo la desencarcelación.
- Orientar la actuación de los bomberos respecto a la elección a desencarcelar en función de las posibilidades de tratamiento y supervivencia.

El traslado a la zona siguiente se realizará mediante camilleros y socorristas, estableciéndose la cadena de evacuación primaria de camillas, en la que el personal efectuará recorridos de ida y vuelta desde el lugar del siniestro hasta el PSA. Esta cadena de evacuación puede requerir:

- Señalización desde el lugar del siniestro al PSA.
- Iluminación del mismo.
- Emplear camillas portátiles que permitan una fácil entrega del accidentado, desde éstas a las existentes en el PSA

El personal que interviene en el rescate y salvamento deberá ir debidamente identificado y provisto de la protección suficiente que garantice que no se van a producir nuevos accidentes.

Área de Socorro

Es el área inmediata a la anterior. En ella se va a llevar a cabo la distribución coordinada de la evacuación de siniestrados en un puesto de clasificación o triaje, siendo éste, el acto médico mediante el cual se lleva a cabo una selección y distribución de las víctimas en grupos, asignando a éstas un orden de prioridad para su acceso a los medios asistenciales disponibles.

En el triaje, la clasificación de las víctimas se realizará no solo atendiendo al criterio de gravedad, sino al de posibilidades de sobrevivir. La actuación médica en una catástrofe se debe de enfocar, dirigir y ejercer ante la colectividad, que tiene preferencia ante el interés individual.

Los médicos que realizan el triaje sólo etiquetarán, nunca realizarán tratamiento médico alguno.

En esta área de socorro como hemos indicado anteriormente, deberá existir un PSA que se situará lo más cerca posible del lugar del siniestro, pero en una zona segura y protegido de cualquier riesgo evolutivo de la catástrofe, cercano asimismo a unas buenas o aceptables vías de comunicación. Deberá de estar formado por al menos cuatro módulos: el primero para la recepción de los heridos desde la zona del siniestro, y es donde se llevará a cabo la clasificación de los heridos. Este módulo estará conectado

íntimamente con otros tres: el segundo para la solución y estabilización de urgencias absolutas, el tercero para las urgencias relativas y el cuarto módulo, que se abastecerá de los anteriores y que se denomina de espera, pues en el se realizará el embarque de los heridos para el siguiente sector.

Materialmente el PSA se compondrá de tiendas de campaña o en su defecto se habilitarán zonas delimitadas, provistas de material sanitario y que cumplan los requisitos arriba indicados.

Se adecuarán asimismo otras dos zonas o módulos separados y próximos al PSA, pero que no entorpezcan su labor, empleadas una como depósito de cadáveres y la otra como centro de recogida y asistencia social para personas que han salido indemnes de la catástrofe.

En este PSA se realizará la primera asistencia, estabilización y acondicionamiento de los accidentados para la evacuación al siguiente sector, realizándose fundamentalmente las tareas de:

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Control de las hemorragias con la realización de hemostasia y restauración de la volemia.
- Reanimación pulmonar básica y avanzada.
- Mantenimiento de una buena función respiratoria, mediante aplicación de oxigenoterapia o ventilación artificial.

Desde aquí se llevará a cabo la distribución y transporte de los heridos a los distintos hospitales formándose un circuito menor de evacuación que se realizará fundamentalmente por medio de ambulancias y/o helicópteros, en función del soporte logístico disponible y las distancias a recorrer. Los vehículos y su personal realizarán rotaciones permanentes entre las dos estructuras asistenciales médicas.

Área Base.

Es el área de concentración de las personas y medios que intervienen en el salvamento actuando en las otras dos áreas.

En este área se encuentran los centros hospitalarios. Una vez ingresados los heridos en dichos centros, se puede dar por terminada la cadena de evacuación sanitaria.

6.3.2.-Organización Jerárquica en el PSA

Ya se ha especificado que se establecerá un PSA en el área de socorro.

En el mismo se presentará un responsable jefe de cada institución implicada que deberán ir perfectamente identificados: Asistencia Médica de Bomberos de Zaragoza, 061-Aragón y Cruz Roja.

La jerarquización se establecerá de la siguiente manera:

En primer lugar: Asistencia Médica de Bomberos. (Jefe Médico).

En segundo lugar: 061-Aragón (Jefe Adjunto).

En tercer lugar: Cruz Roja de Zaragoza (Jefe Adjunto).

El mando absoluto se establecerá de esta manera, no solo cuando se instale un Centro de Clasificación o PSA, sino ante una emergencia que por su especificidad no obligue a la creación de dicho centro .

El Jefe Médico del PSA estará auxiliado siempre por dos Jefes Adjuntos representando a cada una de las instituciones: 061-Aragón y Cruz Roja de Zaragoza.

6.3.3.- Funciones del Jefe Médico del PSA: (identificado con chaleco de color rojo)

- Ejercer la jefatura sanitaria y establecer su puesto de mando en el PSA.
- Determinar las áreas de actuación y su sectorización.
- Dimensionar el suceso e identificar los riesgos para los intervinientes.
- Nombrar y designar un Director de Socorros Médicos en la zona de salvamento.

- Realizar las funciones del Director de Socorros Médicos en la zona de salvamento, cuando éste no haya sido designado o estime oportuno que no es necesaria su designación.
- Organizar el circuito de evacuación primario entre el PSA y los hospitales, de acuerdo con el número de camas disponibles tanto en Hospitales Públicos y Privados, información que será facilitada por el Jefe del Grupo de Acción Sanitaria.
- Garantizar y coordinar las evacuaciones sanitarias entre el PSA y los hospitales.
- Informar sobre los problemas locales que se presenten en la zona de siniestro.
- Permanecer en contacto con el Jefe del Grupo de Acción Sanitario sobre el envío de accidentados a los hospitales e información al mismo de la evolución del siniestro.
- Asignar funciones al personal sanitario en el siniestro.
- Nombrar al Jefe de Triage.
- Designar un Jefe de Evacuación.
- Establecer la ubicación del PSA, de la morgue y del lugar para indemnes.
- Prever refuerzos y sustitución de equipos sanitarios.
- Solicitar y garantizar la renovación de materiales y medicamentos.
- Organizar y coordinar a los sanitarios del PSA.
- Cuando se requiera la presencia del Jefe Médico en el PMA para la realización de labores de coordinación, quedará como responsable del PSA el médico que le corresponda de acuerdo con la jerarquización establecida anteriormente.

6.3.4.- Funciones de los Jefes Adjuntos: (identificados con chalecos de color blanco)

- Recibir instrucciones y auxiliar al Jefe Médico del PSA.

6.3.5.- Funciones del Jefe de Triage: (identificado con chaleco de color amarillo)

- Identificar y recibir instrucciones del Jefe Médico.
- Realizar el triaje.

- Etiquetar a cada víctima con la tarjeta de triaje.
- Informar al Jefe Médico de la clasificación de pacientes.
- Prestar asistencia cuando le sea posible, siempre que no menoscabe su función principal.
- Aquellas que les sean encomendadas por el Jefe Médico del PSA.

6.3.6.- Funciones del Jefe de Evacuación: (identificado con chaleco de color azul)

- Identificar y recibir instrucciones del Jefe Médico del PSA.
- Determinar e identificar aparcamientos y puntos de evacuación.
- Identificar rutas de acceso y salida.
- Clasificar los recursos terrestres y aéreos según posibilidades de evacuación.
- Comprobar la tarjeta de triaje de los pacientes.
- Ordenar el embarque de pacientes y dirigirlos a los centros sanitarios en comunicación con el Centro de Coordinación Operativa Municipal.
- Registrar a los pacientes evacuados y centros de destino.
- Informar al Jefe Médico del PSA del estado de la evacuación.
- Aquellas que les sean encomendadas por el Jefe Médico del PSA.

6.3.7.- Funciones del Director de Socorros Médicos en la zona del salvamento:
(identificado con chaleco de color naranja)

- Valorar el número y gravedad de las víctimas.
- Observar los problemas particulares que encuentre en la zona de salvamento como pueden ser: bacterianos, toxicólogos, radiactivos, etc.
 - Solicitar refuerzos humanos y materiales si fuese necesario al Jefe Médico del PSA.
 - Organizar y controlar la medicalización del rescate.
- Organizar y controlar la cadena de evacuación primaria de camillas.

- Establecer enlace de radio con el Jefe Médico del PSA.

6.3.8.- Funciones e Intervención de otros sanitarios:

1º. Médicos:

- Identificar y recibir instrucciones del Jefe Médico, Jefe de Triage o Jefe de Evacuación.
- Desplegar el material.
- Prestar asistencia sanitaria.
- Realizar el transporte asistido de los pacientes.
- Aquellas que les sean encomendadas por el Jefe Médico del PSA.

2º. Enfermeros:

- Identificar y recibir instrucciones del Jefe Médico del PSA, Jefe de Triage o Jefe de Evacuación.
- Desplegar el material.
- Prestar asistencia sanitaria.
- Realizar el transporte asistido de los pacientes.
- Aquellas que les sean encomendadas por el Jefe Médico.

3º. Técnicos de transporte:

- Identificar y recibir instrucciones del Jefe Médico del PSA, Jefe de Triage o Jefe de Evacuación.
- Desplegar el material.
- Prestar apoyo a la asistencia sanitaria.
- Realizar el transporte de los pacientes.
- Realizar el control de materiales.
- Realizar el control de comunicaciones.
- Aquellas que les sean encomendadas por el Jefe Médico.

6.3.9.- Medios y recursos intervinientes

Actuarán en las áreas de salvamento y de socorro según lo establecido en el capítulo correspondiente. Su labor no será la de mero transporte sino de estabilización máxima posible de los heridos antes de su transporte y durante el mismo.

Atendiendo a la rapidez de respuesta, personal sanitario y tipo de recurso asistencial los podemos organizar del siguiente modo:

PRIMER ESCALÓN:

Tiempo de respuesta: Intervalo entre 0-30 minutos. Siempre dependiendo del nivel de ocupación de los vehículos en el momento de producirse el hecho emergente.

Asistencia Médica del Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Zaragoza:

- 1 ó 2 U.V.I. Móviles. (U.S.V.A.)
- 1 Puesto Sanitario Avanzado (P.S.A). Ver ANEXO nº 2

061- Aragón:

- 4 U.V.I. Móviles. (U.S.V.A.)
- 3 Ambulancias Básicas. (U.S.V.B).
- 5 Ambulancias Convencionales. (A.C.)

112 – SOS Aragón.

- 1 Helicóptero Medicalizado. (S.V.A). De orto a ocaso.

Cruz Roja.

- 2 Ambulancias Básicas. (U.S.V.B.).

SEGUNDO ESCALÓN:

Tiempo de respuesta: Intervalo entre 30 y 90 minutos.

Asistencia Médica del Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Zaragoza:

- 1 ó 2 U.V.I. Móviles. (U.S.V.A.). Según se hayan movilizado 1 ó 2 en el primer escalón.
- 1 vehículo ligero de Asistencia Médica (VAM).

061 - Aragón:

- 11 U.V.I. Móviles. (U.S.V.A.).
- 9 Ambulancias Básicas. (U.S.V.B.).
- 9 Ambulancias Convencionales. (A.C.)

112- SOS Aragón:

- 1 Helicóptero Medicalizado. (S.V.A). De orto a ocaso.

Cruz Roja:

- 2 U.V.I. Móviles. (U.S.V.A.). Sin personal facultativo.
- 15 Ambulancias Básicas. (U.S.V.B.).
- 1 Puesto Sanitario Avanzado (P.S.A.).
- Equipo de Intervención psico-social. Ver ANEXO nº 4
- 8 Vehículos de Transporte Colectivo.

Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”

- 1 Almacén con material de catástrofes en el medio extrahospitalario. Ver ANEXO nº 5

Medios totales disponibles en la escena de la catástrofe en 90 minutos.

Según Instituciones y Servicios.

Asistencia Médica del Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Zaragoza :

- 3 U.V.I. Móviles. (U.S.V.A.)
- 1 Puesto Sanitario Avanzado (P.S.A).
- 1 Vehículo ligero de Asistencia Médica (VAM).

061 – Aragón :

- 15 U.V.I. Móviles. (U.S.V.A.).
- 12 Ambulancias Básicas. (U.S.V.B.).
- 14 Ambulancias Convencionales. (A.C.)

112 – SOS Aragón:

- 2 Helicópteros Medicalizados. (S.V.A.). De orto a ocaso.

Cruz Roja :

- 2 U.V.I. Móviles (U.S.V.A.). Sin personal facultativo.
- 17 Ambulancias Básicas (U.S.V.B.).
- 1 Puesto Sanitario Avanzado (P.S.A.).
- Equipo de Intervención psico-social.
- 8 Vehículos de Transporte Colectivo.

Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”

- 1 Almacén con material para catástrofes en el medio extrahospitalario.

Medios totales disponibles en la escena de la catástrofe en 90 minutos.

Según su tipología.

- 20 U.V.I. Móviles (U.S.V.A.).
- 22 Ambulancias básicas (U.S.V.B.).
- 29 Ambulancias Convencionales. (A.C.)
- 2 Puestos Sanitarios Avanzados (PSA).
- 2 Helicópteros Medicalizados (S.V.A.).
- 1 Vehículo ligero de Asistencia Médica (VAM).
- Equipo de Intervención psico-social.
- 8 Vehículos de Transporte Colectivo.
- 1 Almacén con material para catástrofes en el medio extrahospitalario.

Hospitales con Servicios de Urgencia y Unidades de Cuidados Intensivos

<i>Hospitales</i>	<i>Servicio de Urgencias</i>	<i>Unidad de Cuidados Intensivos</i>
Hospital Universitario Miguel Servet	SI	SI
Hospital Infantil	SI	SI
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	SI	SI
Hospital Royo Villanova	SI	SI
Hospital Nuestra Señora de Gracia	SI	SI
Hospital de la Defensa	SI	SI
Hospital MAZ	SI	SI
Clínica Montpellier	SI	SI
Clínica Quirón	SI	SI
Clínica Montecanal	SI	SI

6.3.10.-Clasificación de heridos Noto-Larcan-Huguenard

A) Según atención a las víctimas:

URGENCIAS ABSOLUTAS (U.A.)

Extrema urgencia (E.U.)

- Víctimas cuyo estado exige la hospitalización inmediata para garantizar la vida y permitir su transporte.
- Evacuación sanitaria bajo control sanitario.

Primeras urgencias (U.1)

- Necesidad de cuidados para que no evolucionemos a E.U.
- Necesidad de control sanitario durante el transporte.
- Maniobras vitales y de reanimación para asegurar una ventilación y hemodinámica conveniente.
- Necesidad de tratamiento quirúrgico (lesión traumática). Necesitará reanimación en un plazo de 6 horas.

URGENCIAS RELATIVAS (U.R.)

Segundas urgencias (U.2)

- Necesitan tratamiento quirúrgico o médico que puede diferirse hasta 18 horas.
- Evacuación sin control especial.
- Maniobras sencillas de estabilización.
- Acto quirúrgico sin riesgo respecto al pronóstico vital.

Terceras Urgencias (U.3)

- Necesitan tratamiento quirúrgico o médico que pueden diferirse más de 18 horas.
- Transporte sin acondicionamiento.

URGENCIAS “DEPASSEES” (U.D.)

- Son víctimas con lesiones gravísimas que no pueden tratarse de forma inmediata y poseen escasas posibilidades de sobrevivir.
- Estas “U.D.” sólo deben considerarse en catástrofes importantes.

URGENCIAS POTENCIALES (U.P.)

- Dos actitudes debe de tenerse con estas urgencias: Control de las mismas y acondicionamiento básico.
- Son lesiones susceptibles de agravarse.
- Según el tipo de catástrofe (número de víctimas, posibilidad del transporte sanitario de evacuación, etc), podrán considerarse como UA-U1 o UR-U2.

URGENCIAS FUNCIONALES (U.F.)

Incluye lesiones que se caracterizan:

- Por su topografía (mano, cara, etc.).
- Su naturaleza (herida, quemadura).
- No afectan al pronóstico vital de la víctima.
- Posible repercusión funcional dependerá de las primeras curas, plazo de evacuación y elección del hospital receptor.

INDEMNES

Son víctimas que presentan lesiones muy benignas que no precisan de tratamiento médico.

B) Según su patología:

URGENCIAS ABSOLUTAS (U.A.)

Extrema Urgencia (E.U.)

A. Distrés ventilatorio agudo

A.1. De origen central.

- Intoxicación masiva gases tóxicos (CO, cianhídrico, etc.)
- Hipotermia profunda (Ahogamiento, avalancha).

A.2. De origen periférico:

- Traumatismos con lesión en raquis cervical.
- Volet costal descompensado.

- Neumotórax “a tensión”.
- Quemaduras en vías aéreas por inhalación de gases calientes.
- Blast pulmonar.
- Edema pulmonar por inhalación de gases tóxicos.
- Obstrucción aguda de las vías aéreas en un coma profundo, enterramiento, traumatismo maxilofacial.

B. Distrés cardiocirculatorio: (Estados de colapso y shock).

B.1. Hipovolémico.

- Hemorragia externa no susceptible de controlar por compresión o difícilmente controlable por su localización
- Hemorragia interna importante, abdominal o torácica.
- Quemaduras cutáneas dérmicas o subdérmicas con una extensión entre el 50-85% de superficie corporal quemada.

B.2. Norvonomolémicos.

- Parada cardiorespiratoria.
- Hematomas extradurales.
- Hipotermia profunda.

Primeras urgencias (U.1)

- Politraumatismos.
- Traumatismos torácicos abiertos o cerrados sin trastorno ventilatorio importante.
- Heridas vasculares susceptibles de hemostasia compresiva.
- Heridas abdominales con hemorragias sin signos de shock.
- Fracturas abiertas de grandes huesos.
- Grandes deterioros musculares en las extremidades.
- Heridas importantes en nalgas y perineo.
- Traumatismos craneales con coma profundo.

- Compresiones importantes y prolongadas de las extremidades (más de cuatro horas), con signos de shock.
- Traumatismos del raquis con trastornos neurológicos.
- Quemaduras de cutáneas dérmicas o subdérmicas con una extensión entre el 30-50% de superficie corporal quemada.
- Intoxicaciones por ingestión o inhalación con coma persistente .
- Heridas oculares penetrantes.
- Agotamiento con coma persistente.
- Blast pulmonar con aparición de trastornos ventilatorios.
- Intoxicaciones por inhalación con manifestaciones ventilatorias progresivas.
- Hipotermias entre 28°C y 32°C .

URGENCIAS RELATIVAS (U.R)

Segundas urgencias (U.2)

- Fracturas cerradas diafisarias.
- Fracturas abiertas de huesos pequeños.
- Heridas de partes blandas no hemorrágicas o poco hemorrágicas.
- Heridas en scalp moderadas no hemorrágicas o poco hemorrágicas.
- Traumatismos craneales con coma ligero.
- Quemaduras cutáneas dérmicas o subdermicas con una extensión entre el 10-20% de superficie corporal quemada.
- Luxaciones de grandes articulaciones sin signos de shock.
- Blast ORL.
- Lesiones oftalmológicas.
- Heridas articulares.
- Compresiones moderadas de las extremidades sin signos de shock.
- Intoxicación con manifestaciones cutáneas.

- Intoxicaciones por inhalación con desaparición de la sintomatología nerviosa y ventilatoria.

Terceras urgencias (U.3)

- Traumatismos cerrados de las extremidades.
- Pequeñas heridas contusas.
- Traumatismos craneales con pérdida de conciencia inicial.
- Contusiones moderadas torácicas y abdominales.
- Quemaduras con una extensión de superficie corporal quemada inferior al 10%.

URGENCIAS “DEPASSEES” (U.D.)

- Hundimiento y aplastamiento toracoabdominal y craneal con distrés cardiorespiratorio.
- Quemaduras cutáneas dérmicas o subdérmicas con una extensión superior al 85% de superficie corporal quemada.
- Heridas vasculares de los grandes vasos del cuello en ausencia de posibilidades inmediatas de hemostasia.
- Estados ventilatorios preagónicos que acompañan a lesiones torácicas, abdominales o craneales.

URGENCIAS POTENCIALES (U.P.)

- Traumatismos abdominales y torácicos cerrados.
- Blast pulmonares y abdominales.
- Algunas intoxicaciones por inhalación.
- Lesiones por enterramiento.
- Algunas quemaduras.

URGENCIAS FUNCIONALES (U.F.)

- Lesiones desgarrantes de la mano.

- Algunas lesiones maxilofaciales.
- Algunos blast auriculares.
- Algunas heridas oculares (no perforantes).

INDEMNES

Son víctimas que presentan lesiones muy benignas que no precisan de tratamiento médico.

6.3.11.-Tarjetas normalizadas de Triage: [Ver ANEXO nº 1](#)

6.3.12.- Procedimiento de actuación en el PSA: [Ver ANEXO nº 3](#)

7.- IMPLANTACION, DIFUSION, MANTENIMIENTO Y SIMULACROS

El presente Plan se atenderá a los expuesto en el apartado 2.6 del vigente Plan Municipal de Protección Civil.

Se establece a partir de la aprobación definitiva del presente Plan, el siguiente calendario de implantación:

En el primer mes:

- Notificación a cada entidad o institución municipal o extramunicipal de la aprobación del Plan Especial.
- Reunión de trabajo de los distintos responsables de las Instituciones referenciados en este Plan, convocados por el Jefe del Grupo de Acción Sanitario.

En el segundo mes:

- Reuniones de las distintas Instituciones municipales y extramunicipales, para la realización de listados de recursos y personas responsables, así como su integración en los simulacros de emergencia que se organicen.

En el tercer mes:

- Programación y ejecución de simulacros de emergencias sanitarias extrahospitalarias ante catástrofes, organizados por el Jefe del Grupo de Acción Sanitario.

ANEXO N° 1

TARJETAS NORMALIZADAS DE **TRIAJE**

Hoy en día las tarjetas están normalizadas y la O.M.S. establece cuatro grupos de triaje. El formato de la tarjeta es como el que se expone en las siguientes páginas.

La clasificación de Noto-Larcan-Huguenard se aplicaría de la siguiente manera:

- **Grupo 1** o de tratamiento inmediato (tarjeta roja, símbolo: conejo):
Urgencias Absolutas (U.E. U.1.).
- **Grupo 2** o de tratamiento diferido (tarjeta amarilla, símbolo: tortuga):
Urgencias Relativas (U.2 U.3.).
- **Grupo 3** o de tratamiento expectante: (tarjeta verde, símbolo: ambulancia cruzada por un aspa):
Urgencias funcionales y Urgencias “Dépasseés” (U.D.)
- **Grupo 4** o de fallecidos (tarjeta negra, símbolo: cruz):
Fallecidos.

TARJETA DE IDENTIFICACION DE VICTIMAS

SOBRE EL SIMBOLO MEDICO SE ENCUENTRA UN ORIFICIO CON UN CORDON FIJO AL MISMO

La esquina izquierda está perforada a lo largo de la línea indicada. La porción triangular contiene el número de la tarjeta y la puede retener el chofer de la ambulancia para anotar las víctimas que ha transportado a cada hospital. Si se utiliza más de un hospital, deberían expedirse tarjetas por cada institución utilizada.

La parte central de la tarjeta se fija a la víctima

LINEA NEGRA: Fallecidos

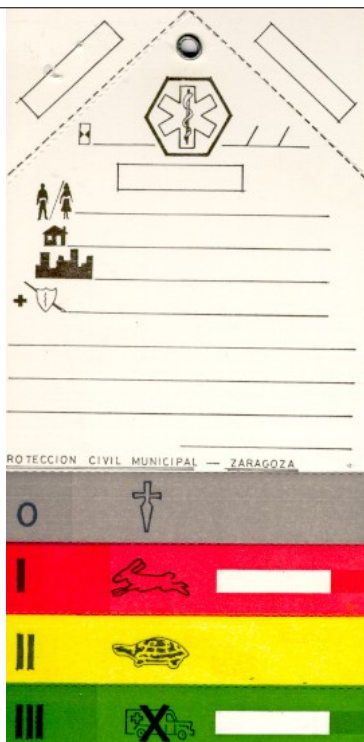
LINEA ROJA: Prioridad I

CONEJO: Cuidados intensivos

LINEA AMARILLA:
Prioridad II

TORTUGA: Pueden permitirse cuidados no inmediatos.

LINEA VERDE: Prioridad III
La ambulancia cruzada con una X indica que sólo se requieren cuidados médicos de menor importancia



La esquina derecha está perforada a lo largo de la línea indicada. La porción triangular tiene un cordón fijo al orificio y el número de la tarjeta. Puede utilizarse para localización o la puede retener el personal de primeros auxilios para anotar las víctimas que han de recibir tratamiento.

NUMERO DE LA TARJETA

ESPACIO para anotar la hora en que la víctima se estabilizó por primera vez

ESPACIO para inscribir el nombre de la víctima (si se conoce)

ESPACIO para inscribir la ciudad y estado de la víctima (si se conoce)

ESPACIO para anotar el nombre o iniciales del personal de primeros auxilios que atendió a la víctima

SEPÁRENSE las tres partes inferiores si la víctima ha fallecido

SEPÁRENSE las dos partes inferiores si la víctima es PRIORIDAD I

SEPÁRENSE la parte inferior perforada si la víctima es PRIORIDAD II

DÉJENSE todas las partes perforadas de la tarjeta si la víctima es PRIORIDAD III

NOTA: Si la víctima cambia a PRIORIDAD II ó I. o muere, cámbiese el símbolo en consecuencia.

Véase el anverso de la tarjeta para las explicaciones

Anótese después de **iv** el tipo de inyecciones intravenosas que se han suministrado a la víctima

El diagrama muestra una tarjeta de primeros auxilios. En la parte superior, hay un triángulo con tres iconos: una cruz roja, un símbolo de biohazard y un camión de bomberos. Debajo del triángulo, hay un cuerpo humano con líneas de puntos para marcar lesiones. En la parte inferior, hay una tabla con tres columnas y tres filas. La primera fila contiene los iconos de un reloj, un frasco de veneno y un frasco de veneno. La segunda fila contiene los iconos de un frasco de veneno, un frasco de veneno y un frasco de veneno. La tercera fila contiene los iconos de un frasco de veneno, un frasco de veneno y un frasco de veneno. Debajo de la tabla, hay una barra horizontal con los números 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100. Debajo de la barra, hay una barra horizontal con los números 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100. Debajo de la barra, hay una barra horizontal con los números 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.

Indíquese las primeras zonas de lesiones identificadas

Anótese después de **im** el tipo de inyecciones intramusculares suministradas a la víctima

ANEXO N° 2

PUESTO SANITARIO AVANZADO

PUESTO SANITARIO AVANZADO

El Puesto Sanitario Avanzado (PSA) es una tienda modular de estructura hinchable de unos 35 metros cuadrados con capacidad para albergar ocho camillas y diverso material médico. Su traslado y almacenamiento se realiza en un furgón independiente destinado únicamente para tal fin.



Está construido con tejido impermeable de poliéster y reforzado con PVC por las dos caras, con un llamativo color y rotulado para que sea distinguido desde cualquier punto, incluido desde el aire. Puede ser montado por cinco personas en diez minutos, incluyendo la distribución adecuada de todo el material médico en su interior. Si las condiciones meteorológicas son especialmente adversas, tiene la posibilidad de ser anclado con piquetas, incluso en asfalto. La iluminación exterior se despliega desde un grupo electrógeno independiente situado en el vehículo de salvamento.

Interiormente dispone de ocho camillas plegables con su correspondiente portacamillas para depositar el material médico requerido. La iluminación interior se realiza con dos pantallas fluorescentes dobles sustentadas gracias a un generador eléctrico. También es posible la instalación de calefacción a través de un calefactor alimentado por gasoil y regulado por un termostato.

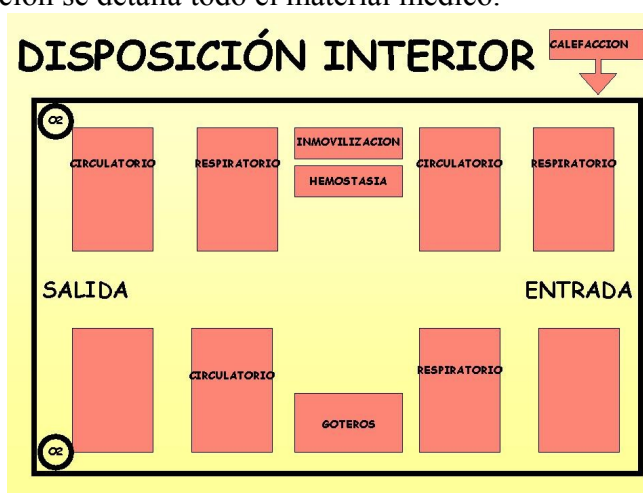


El aporte de oxígeno se realiza a través de una red de canalización desde dos botellas grandes de oxígeno que proporcionan su aporte independiente para cada camilla.

El material sanitario se almacena en contenedores convenientemente rotulados. Se trata de material médico de urgencia, concebido para que la atención urgente en situaciones de catástrofe permita que un número elevado de heridos pueda ser estabilizado y permita su transporte a centros hospitalarios, donde se realizará la atención definitiva.

La disposición del material en el interior del PSA se precisa en el siguiente esquema.

A continuación se detalla todo el material médico.



CONTENEDORES DE MATERIAL MÉDICO DEL PSA



- **CONTENEDOR 1, 2 Y 3**

Arcones rojos con nº 1, 2 ó 3 en la tapa.

Los tres contienen el mismo utillaje. Disponen de diverso material de acceso venoso, medicación de urgencia, toma de constantes y soporte ventilatorio.

Relación completa en *tabla 1*.

- **CONTENEDOR 4**

Arcón rojo con el nº4 en la tapa.

Contiene diversos sueros para la realización de fluidoterapia y lavado de heridas.

Relación completa en *tabla 2*.

- **CONTENEDOR 5**

Arcón naranja con nº5 en la tapa.

Contiene material de inmovilización y sacos de cadáveres.

Relación completa en *tabla 3*.

- **CONTENEDOR 6**

Maleta de aluminio. Contiene material para la realización de hemostasia y curas.

Relación completa en *tabla 4*.

Tabla 1. Relación de material de los contenedores 1, 2 y 3.

UDS.	MATERIAL DE ACCESO VENOSO
10	Abbocat nº 14
10	Abbocat nº 16
20	Abbocat nº 18
20	Abbocat nº 20
10	Abbocat nº 22
10	Abbocat nº 24
25	Equipos de gotero
100	Agujas intramusculares
5	Smarch
10	Rasuradoras
5	Vendas elásticas
5	Esparadrapo seda 5X5
20	Jeringuillas de 5 ml.
20	Jeringuillas de 10 ml.
15	Llaves de tres vías
5	Rasuradoras
20	Gasas estériles
1	Contenedor de agujas
	MATERIAL DE SOPORTE VENTILATORIO

10	Mascarillas de oxigenoterapia
1	Laringoscopio con palas adulto
2	Pilas de repuesto
2	Ambú adulto
2	Mascarillas ambú grande
2	Mascarillas ambú adulto pequeño
5	T.E.T. n°7
5	T.E.T. n°7,5
5	T.E.T. n°8
5	Filtros para T.E.T.
5	Guedel n° 2
5	Guedel n° 3
5	Guedel n° 4
2	Fiadores
3	Vendas de gasa 5X5
10	Sondas de aspiración gruesas
1	Aspirador de secreciones manual
	MEDICACIÓN
30	Adrenalina
20	Atropina
10	Dormicum 15 mgr.
20	Adolonta
15	Primperan
15	Toradol
18	Valium
10	Anexate
5	Etomidato
3	Glucosmón R-50
	MATERIAL VARIO
1	Esfigmomanómetro
1	Fonendoscopio
1	Tijeras cortaropa
10	Mantas isotérmicas desechables
2	Cajas de guantes medianos
2	Cajas de guantes grandes

Tabla 2. Relación de material del contenedor n° 4.

UDS.	GOTEROS
21	Ringer Lactato 500 c.c.
15	Gelofundina 500 c.c.
9	S.S.Fisiológico 0.9 500 c.c.
44	S.S.Fisiológico 0.9 100 c.c.

Tabla 3. Relación de material del contenedor n° 5.

UDS.	MATERIAL DE INMOVILIZACIÓN Y SACOS DE CADÁVERES
-------------	--

10	Collarines cervicales pequeños
10	Collarines cervicales medianos
10	Collarines cervicales grandes
10	Férulas hinchables de brazo
10	Férulas hinchables de pierna
10	Sacos de cadáveres

Tabla 4. Relación de material de contenedor n° 6

MATERIAL DE CURAS

2	Betadine
8	Gasas grandes
12	Vendas elásticas
1	<u>Equipo de curas:</u> Compuesto por
	• 2 pinzas con dientes tijeras rectas • 2 bisturís con mango • 1 sonda acanalada • 1 pinza pean • 1 tijera mosquito
1	Sedas 3/0
1	Sedas 4/0

ANEXO N° 3

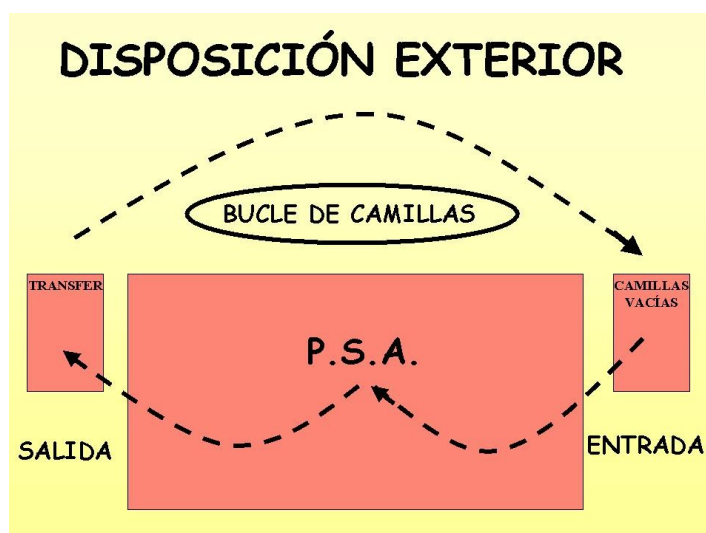
PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN EL PSA

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN EL PSA

La coexistencia en situaciones de catástrofe de equipos intervinientes procedentes de diferentes organismos, así como la elevada presión asistencial y las reducidas dimensiones del habitáculo asistencial, exigen cumplimentar un protocolo de actuación de admisión y evacuación de heridos dentro del PSA para optimizar en lo posible la atención sanitaria realizada in situ.



Los heridos deberán ser transferidos desde las camillas procedentes de la zona de salvamento a las camillas del PSA en el exterior del mismo por su “entrada”. El jefe del PSA indicará entonces la ubicación que debe tener dentro del PSA. Una vez estabilizado el herido y decidida su evacuación, la camilla del PSA se trasladará al exterior del mismo por su “salida”, donde se realizará la transferencia a la camilla de la ambulancia o vehículo de traslado correspondiente, evacuándose a continuación.



Se establece así un bucle de camillas del PSA por el exterior del mismo, con el objetivo de que las transferencias entre camillas y el necesario acúmulo de personal no interfiera en la labor asistencial.

PARTE INTERVENCIÓN SANITARIA PUESTO SANITARIO AVANZADO41

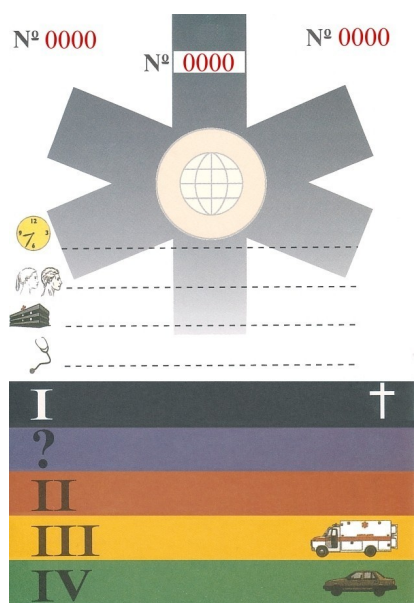
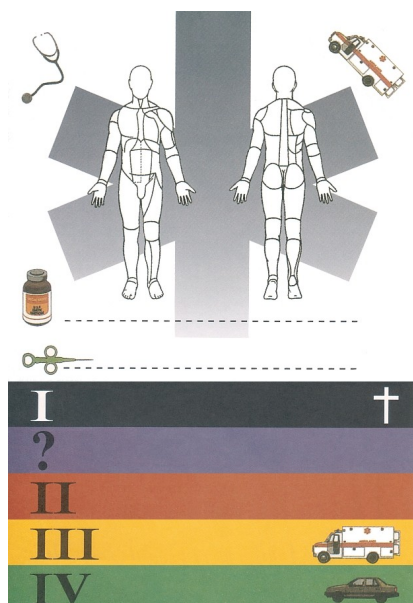
KIT DE GESTIÓN DE CATÁSTROFES.

Para iniciar la primera asistencia en la catástrofe y realizar el triaje en la zona de salvamento, cada ambulancia dispondrá de un “Kit de Gestión de Catástrofes”.

El kit es una bolsa de mano compuesta por:

- Un chaleco con la denominación “JEFE MEDICO”
- Un chaleco con la denominación “DIRECTOR SOCORROS MEDICOS”
- Dos chalecos con la denominación “JEFE ADJUNTO”
- Un chaleco con la denominación “TRIAGE”.
- Un chaleco con la denominación “EVACUACIÓN”.
- 25 tarjetas de triaje.
- Tres banderines con un mástil autosustentable con los colores rojo, amarillo y verde, con el objeto de comenzar a sectorizar las diferentes áreas de la catástrofe.





ANEXO N° 4

EQUIPO DE INTERVENCIÓN **PSICOSOCIAL**

EQUIPO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

El Equipo de Intervención Psicosocial tiene como principal tarea proporcionar una adecuada atención integradora, de las víctimas, familiares y allegados que se vean afectados por una situación de emergencia, con la finalidad de satisfacer las necesidades psicológicas, sociales e incluso, sanitarias que puedan tener los afectados, en estos primeros momentos de la emergencia.

Los contextos de intervención de los Equipos de Intervención Psicosocial, serán aquellos que se deriven de los riesgos contemplados en los Planes Estatales y Territoriales de Emergencias, donde sea necesario prestar una atención psicosocial a los afectados.

La organización básica de los Equipos de Intervención Psicosocial sería la siguiente:

Un Jefe de Equipo, un psicólogo, un médico y/o enfermero, un trabajador social y diez socorristas de acompañamiento.

ANEXO N° 5

ALMACÉN DE CATÁSTROFES DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA”

ALMACÉN DE CATÁSTROFES DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESÁ”

MALETA GRANDE 1

Sudarios
Sábanas estériles
Gafas de O2
Sondas de aspiración
Trocar
Yankauer
Sonda salem (14-16)
Tubos endotraqueal (6-7-7, 5-8)

MALETA GRANDE 2

Sudarios
Collarines
Venda almohadillado
Venda crepe pequeña y grande
Escayola pequeña y grande
Venda de papel
Venda de gasa
Bisturí
Seda 2/0 – 0 ▲ y 0 recta
Kocher
Pinzas
Tijera

MALETA GRANDE 3

Sudario
Collarines
Venda crepe pequeña y grande
Venda gasa grande
Venda escayola grande y pequeña
Paños estériles
Compresas estériles
Gasas estériles
Guantes de examen
Guantes estériles
Esparadrapo grande de tela
Mascarillas desechables
Depresores

Contenedores
Rasuradoras
Betadine monodosis y grande
Agua oxigenada

Compresor
Equipos de gotero largos
Regulador de flujo
Llaves de tres vías
Agujas IV
Guedel
Gafas de O2
Ventimax
Drum
Suero fisiológico lavador y de 100cc
Glucosado de 500
Laringoscopio y pilar
Ambu
Mascarillas estériles
Tubos endotraqueales (6-7-7, 5-8-8, 5)
Fiador
Sondas de aspiración
Sondas nasogástricas
Yankauer pequeña y grande
Otoscopio
Oftalmoscopio
Fonendoscopio
Esfigmomanómetro
Abocat (14-16-18-20)
Jeringas de 5cc
Tijeras
Pinza de manguill
Porta
Pinzas disección s/dientes
Seda de 0

MALETA GRANDE 4

Sudarios
Collarines
Venda crepe grande
Paños estériles
Gasas estériles
Gasas de algodón grandes
Guantes estériles
Guantes examen látex
Esparadrapo de tela grande y pequeño
Mascarillas desechables
Depresores

Contenedores
 Rasuradoras
 Betadine monodosis y grande
 Agua oxigenada
 Compresor
 Equipos de gotero largos
 Regulador de flujo
 Llave de tres vías
 Aguja IV
 Guedel
 Gafas de O2
 Ventimax
 Mascarilla con reservorio
 Suero fisiológico lavador y de 100cc
 Suero fisiológico de 500cc
 Glucosa 5% de 500cc
 Venofusin
 Gelefundina
 Laringoscopio y pilas
 AmbuMascarillas estériles
 Tubos endotraqueales (6-7-7, 5-8-8, 5-9)
 Fiador
 Sonda aspiración
 Sonda nasogástrica
 Sonda vesical
 Otoscopio
 Oftalmoscopio
 Fonendoscopio
 Abocat (18-20)
 Palomillas
 Jeringas de 5cc - 10cc
 Tijera
 Porta
 Pinza de maguill
 Pinza disección s/dientes
 Seda 0

MALETA GRANDE 5

Collarines
 Paños estériles
 Venda gasa grande
 Venda crepe grande
 Gasas estériles
 Compresas estériles
 Guantes estériles
 Guantes examen látex
 Esparadrado de tela grande y pequeño
 Mascarillas desechables
 Depresores

Contenedor
 Rasuradora
 Betadine monosodis y grande
 Agua oxigenada
 Compresor
 Equipos de gotero largos
 Llave de tres vías
 Aguja IV
 Drum
 Guedel
 Gafas de O2
 Ventimax
 Suero fisiológico lavador y de 100cc
 Suero fisiológico de 500cc
 Glucosalino de 500cc
 Venofusin
 Laringe y pilas
 Ambu
 Mascarillas estériles
 Tubo endotraqueales (8-8, 5-9)
 Fiador
 Sonda aspiración
 Yankauer
 Otoscopio
 Oftalmoscopio
 Fonendoscopio
 Esfigmomanómetro
 Abocat (14-18-20)
 Palomillas
 Jeringas de 5cc
 Tijera
 Pinza de maguill
 Porta
 Pinza s/dientes
 Seda 3/0 ▲ y 0 recta
 Mefix

MALETA GRANDE 6

Sudarios
 Férulas
 Guantes estériles
 Guantes de látex P-M-G
 Guantes de plástico
 Betadine monodosis
 Alcohol
 Agua oxigenada
 Gasas estériles
 Esparadrado de papel
 Compresor

Equipo de gotero largo
 Palomillas
 Llaves de tres vías
 Abocat (16-18-20)
 Jeringuilla 2cc – 5cc – 10cc
 Aguja IV – IM
 Fonendoscopio
 Esfigmomanómetro
 Otoscopio
 Oftalmoscopio

MALETÍN PEQUEÑO 1

Sábana térmica
 Collarín
 Venda gasa pequeña
 Venda crepe pequeña
 Guantes estériles
 Mascarilla desechable
 Férula gotero
 Gasas estériles
 Apósito pequeño
 Depresores
 Rasuradora
 Betadine monodosis
 Equipo de gotero
 Regulador de flujo
 Llave de tres vías
 Abocat (22-24)
 Palomillas
 Compresor
 Suero fisiológico lavador y de 100cc
 Seda 3/0 2/0
 Jeringa insulina
 Jeringa 5cc
 Aguja IV
 Fonendoscopio esfigmomanómetro
 Guedel
 Tubo endotraqueal (2-4)
 Ventimax
 Seda 3/0 y 2/0 ▲
 Tijera
 Porta
 Kocher
 Pinza disección s/dientes

MALETÍN PEQUEÑO 2

Nolotil ampollas
 Atropina
 Adrenalina

Solu-moderin 1 g
 Lidocaina 5%
 Adolonta
 Dormicun 15 mg/3ml
 Jeringas 2cc – 5cc
 Aguja I.M. I.V.
 Gasas estériles
 Betadine monodosis

MALETÍN PEQUEÑO 3

Collarín
 Venda gasa grande
 Venda crepe pequeña
 Guantes estériles
 Mascarillas desechables
 Gasas estériles
 Tijera
 Porta
 Pinza disección s/dientes
 Kocher c/dientes
 Guedel
 Férula
 Seda 3/0 –0
 Tubo endotraqueal (6)
 Regulador de flujo
 Gafas de O2
 Ventimax
 Rasuradoras
 Depresores
 Compresores
 Compresas estériles
 Esparadrapo tela pequeño
 Palomillas
 Llave de tres vías
 Fonendoscopio
 Jeringa 5cc
 Suero fisiológico lavador y de 100cc
 Equipo de gotero
 Abocat de 22-24
 Jeringa de insulina
 Aguja IV
 Betadine monodosis
 Laringoscopio
 Esfigmomanómetro

MALETÍN PEQUEÑO 4

Equipo de gotero
 Fonendoscopio
 Compresor

Palomillas
 Llaves de tres vías
 Esparadrapo de tela pequeño
 Suero fisiológico de 100cc y lavador
 Betadine monodosis
 Regulador de flujo
 Mascarillas desechables
 Jeringas 5cc
 Abocat (22-24)
 Collarín
 Gasas estériles
 Compresas estériles
 Guedel
 Gafas de O2
 Ventimax
 Rasuradoras
 Venda crepe pequeña
 Venda gasa pequeña
 Depresores
 Férula
 Porta
 Pinza disección s/dientes
 Kocher c/dientes
 Laringoscopio

MALETÍN PEQUEÑO 5

Sondas vesicales
 Bolsas orina
 Gasas estériles

MALETÍN PEQUEÑO 6

Ringer lactato
 Gelafundina
 Volumen 6%
 Bicarbonato 1/6 M

MALETÍN PEQUEÑO 7

Suero fisiológico de 100cc
 Glucosa 5% de 500cc
 Suero fisiológico de 500cc

Glucosalino de 500cc

MALETÍN PEQUEÑO 8

Guantes estériles
 Gafas estériles
 Gafas de O2
 Equipo de gotero
 Ventimax
 Mascarilla con reservorio
 Compresor
 Aguja I.M. I.V.
 Betadine monodosis
 Palomillas
 Abocat 20
 Jeringa 5cc – 10cc – 20cc
 Venda crepe pequeño
 Venda gasa grande
 Esparadrapo tela pequeño
 Venda de tejido no tejido
 Gelafundida
 Glucosa 5% de 500cc
 Suero fisiológico de 500cc y 100cc
 Yankauer
 Tubo endotraqueal (5-6-7-7, 5-8-8, 5-9)
 Sonda aspiración
 Guedel
 Glucosmon
 Adrenalina 1 mg.
 Dormicum 15 mg/3 ml
 Atrovent aerosol
 Urbason 20 y 40
 Ambu
 Tijeras
 Bomba de O2
 Mascarillas estériles
 Laringoscopio y pilas
 Aspirador
 Pinza manguill
 6 camillas

Este material se utilizará por orden directa del Jefe de Emergencia o Jefe de Intervención del Hospital

JEFE DE EMERGENCIA

TITULAR	DIRECTOR GERENTE O DIRECTIVO DE GUARDIA
SUPLENTE	DIRECTIVO DE GUARDIA

(LOCALIZABLES PERMANENTEMENTE FUERA DE HORARIO HABITUAL)

FUERA DE HORARIO HABITUAL: JEFE DE LA GUARDIA

NOTAS IMPORTANTES:

- En ausencia del Jefe de Emergencia titular, fuera del horario habitual el Jefe de Guardia asumirá el cargo de Jefe de Emergencia, dejando a su consideración si debe dada la situación localizar al titular. En este supuesto, una vez se persone en el Hospital, el Jefe de la Guardia quedará integrada en el G.A.R.
- La presencia del Jefe de la Guardia en el Hospital permite en cualquier momento la declaración de situación de emergencia. Si así se hiciera, a partir de ese momento deben seguirse las directrices generales de estos planes de emergencia.