





**MF0361\_2**  
**ATENCIÓN**  
**SANITARIA INICIAL**  
**A MÚLTIPLES VÍCTIMAS**

 **Hispanamérica**  
EDITORIAL

MF0361\_2: Atención sanitaria inicial a múltiples víctimas

© Desarrollos didácticos S.A de C.V.

© HISPAMERICA BOOKS, S.L. (2016)

Telef. (00 34) 91 028 28 51

Madrid, España

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, grabación o cualquier otro medio sea cual fuere si el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículo 270 y siguientes del Código Penal)

ISBN **978-84-9455-04-3-0**

Depósito Legal: **M-41680-2016**

Impreso en Madrid (España) – Printed in Madrid (Spain)

## **SANTO108 ATENCIÓN SANITARIA A MÚLTIPLES VÍCTIMAS Y CATÁSTROFES**

MF0360\_2: Logística sanitaria en situaciones de atención a múltiples víctimas y catástrofes

UF0674: Modelos de actuación ante múltiples víctimas (40h.)

UF0675: Logística sanitaria en catástrofes (60h.)

**MF0361\_2: Atención sanitaria inicial a múltiples víctimas**

**UF0676: Organización sanitaria inicial para la asistencia a emergencias colectivas (30h.)**

**UF0677: Soporte vital básico (60h.)**

**UF0678: Apoyo al soporte vital avanzado (50h.)**

MF0362\_2: Emergencias sanitarias y dispositivos de riesgo previsible (60h.)

MF0072\_2: Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis (40h.)



**MF0361\_2**  
**ATENCIÓN**  
**SANITARIA INICIAL**  
**A MÚLTIPLES VÍCTIMAS**





# ÍNDICE

**MF0361\_2: ATENCIÓN SANITARIA INICIAL A MÚLTIPLES VÍCTIMAS**

**UF0676: ORGANIZACIÓN SANITARIA INICIAL PARA LA ASISTENCIA  
SANITARIA A EMERGENCIAS COLECTIVAS**

<b>1. Procedimiento de actuación en la atención a múltiples víctimas.....</b>	<b>25</b>
1.1 Fase de alarma.....	28
1.2 Fase de aproximación.....	29
1.3 Fase de control.....	30
1.4 El balizamiento y la señalización.....	31
1.5 Evaluación inicial del escenario. Valoración de los riesgos.....	33
1.6 Transmisión de la información al Centro de Coordinación de Urgencia.....	34
1.7 El control de los primeros intervinientes.....	34
1.8 El control del flujo de vehículos.....	35

<b>2. Organización de la atención sanitaria ante situaciones de emergencias colectivas.....</b>	<b>37</b>
2.1 La sectorización: objetivos, problemas y elementos que intervienen en la sectorización: actores y recursos.....	39
2.2 Sectores asistenciales.....	41
2.2.1 Área de salvamento	
2.2.2 Área de socorro	
2.2.3 Área de base	
2.3 El despliegue organizativo.....	43
2.3.1 Objetivos	
2.3.2 Elección del lugar para el despliegue	
2.3.3 Estructuras que se despliegan en las áreas de salvamento, socorro y de base	
2.4 Organización hospitalaria ante las catástrofes.....	47
2.4.1 La organización del hospital como receptor de heridos en masa	
2.4.2 El hospital como centro logístico	
2.4.2.1 Los equipos de socorro hospitalario (SOSH)	
2.4.2.2 Contenedores (SOSH)	

<b>3. Manejo de cadáveres en catástrofes.....</b>	<b>55</b>
3.1 Normativa general sobre el manejo de cadáveres en catástrofes.....	57
3.1.1 Cadáveres no identificados	
3.1.2 Desaparición de personas	
3.2 Levantamiento de cadáveres.....	63
3.2.1 Traslado de los cadáveres y los restos	
3.2.2 Condiciones de la instalación eventual para el estudio y depósito de los cadáveres	
3.2.3 Medios de conservación y disposición de los cuerpos	
3.3 Procedimientos para la identificación de cadáveres.....	69

## **UF0677: SOPORTE VITAL BÁSICO**

### **1. Soporte vital básico.....75**

#### 1.1 Técnicas de soporte ventilatorio en adultos y en edad pediátrica.....77

1.1.1 Indicaciones del soporte ventilatorio

1.1.2 Técnicas de apertura de la vía aérea

1.1.3 Permeabilización de la vía aérea con dispositivos orofaríngeos

1.1.4 Técnicas de limpieza y desobstrucción de la vía aérea

1.1.5 Uso de aspiradores

1.1.6 Técnica de ventilación con balón resucitador

1.1.7 Dispositivos de administración de oxígeno medicinal

1.1.8 Cálculo de las necesidades de oxígeno durante un traslado

#### 1.2 Técnicas de soporte circulatorio en adultos y en edad pediátrica.....89

1.2.1 Indicaciones del soporte circulatorio

1.2.2 Técnica de masaje cardíaco externo

1.2.3 Técnicas de hemostasia

1.2.4 Protocolo y técnica de desfibrilación externa semiautomática

<b>2. Atención inicial del paciente politraumatizado.....</b>	<b>97</b>
2.1 Epidemiología.....	99
2.2 Biomecánica del trauma.....	99
2.3 Valoración y control de la escena.....	101
2.4 Valoración inicial del paciente politraumatizado.....	104
2.5 Valoración, soporte y estabilización de las lesiones traumáticas.....	105
2.6 Atención inicial en traumatismos.....	106
2.6.1 Traumatismo torácico	
2.6.2 Traumatismo abdominal	
2.6.3 Traumatismo raquímedular	
2.6.4 Traumatismo craneoencefálico	
2.6.5 Traumatismo de extremidades y pelvis	
2.7 Connotaciones especiales del paciente traumatizado pediátrico, anciano ó gestante.....	120
2.8 Amputaciones.....	124
2.9 Explosión.....	126
2.10 Aplastamiento.....	126
2.11 Vendajes.....	128
2.11.1 Indicaciones del vendaje	
2.11.2 Tipos de vendajes. Vendajes funcionales	
2.11.3 Técnicas de vendaje	
2.12 Cuidado y manejo de lesiones cutáneas.....	142

2.12.1 Control de hemorragias	
2.12.2 Limpieza y desinfección de heridas	
2.13 Cuidado de lesiones cutáneas por frío ó calor.....	149
2.13.1 Quemadura	
2.13.2 Electrocuci3n	
2.13.3 Congelaci3n e hipotermia	
<b>3. Atenci3n inicial a las urgencias y emergencias cardiocirculatorias y respiratorias.....</b>	<b>155</b>
3.1 S3ntomas y signos cl3nicos propios de patolog3a cardiovascular.....	157
3.1.1 Dolor torácico	
3.1.2 Palpitaciones	
3.1.3 Taqui ó bradicardia	
3.1.4 Hiper e hipotensi3n arterial	
3.1.5 Disnea de origen cardiaco	
3.1.6 Signos de hipoperfusi3n	
3.2 Principales patolog3as cardiocirculatorias.....	164
3.2.1 S3ndrome coronario agudo	
3.2.2 Trastorno del ritmo cardiaco	
3.2.3 Insuficiencia cardiaca aguda. Edema agudo de pulm3n	
3.2.4 S3ncope	
3.2.5 Tromboembolismo pulmonar	

3.2.6 Shock	
3.3 Síntomas y signos clínicos propios de la patología respiratoria aguda.....	168
3.3.1 Disnea	
3.3.2 Cianosis	
3.3.3 Aumento del trabajo respiratorio (estridor, tiraje)	
3.3.4 Taquipnea /bradipnea	
3.4 Principales patologías respiratorias.....	170
3.4.1 Insuficiencia respiratoria	
3.4.2 Asma	
3.4.3 EPOC reagudizado	
3.5 Actuación sanitaria inicial en patología cardiocirculatoria aguda.....	172
3.6 Actuación sanitaria inicial en patología respiratoria aguda.....	173
<b>4. Atención inicial ante emergencias neurológicas y psiquiátricas.....</b>	<b>175</b>
4.1 Principales síntomas en patología neurológica y psiquiátrica.....	177
4.1.1 Depresión nivel de conciencia. Grados	
4.1.2 Focalidad neurológica	
4.1.3 Convulsiones	
4.1.4 Déficit sensitivo y motor	
4.1.5 Trastornos de comportamiento y conducta	
4.1.6 Agitación psicomotriz	

4.2	Signos de alarma ante emergencias neurológicas y psiquiátricas.....	186
4.3	Principales patologías neurológicas y psiquiátricas.....	189
4.3.1	Accidente cerebrovascular agudo	
4.3.2	Crisis Epilepsia	
4.3.3	Síndrome meníngeo	
4.3.4	<i>Delirium tremens</i>	
4.3.5	Golpe de calor	
4.4	Signos de alarma ante cuadros de intoxicación y envenenamiento.....	195
4.5	Cuadros infecciosos graves con alteración de la conciencia (respiratorios, abdominales, urológicos, neurológicos, estado séptico).....	198
<b>5.</b>	<b>Atención inicial ante emergencias gestacionales y cuidados al neonato.....</b>	<b>201</b>
5.1	Fisiología del embarazo y desarrollo fetal.....	203
5.2	Fisiología del parto: fases de progreso y evolución; mecánica y valoración del trabajo de parto. Signos de parto inminente.....	208
5.3	Patología más frecuente del embarazo y parto.....	211
5.4	Protocolos de actuación en función del tipo de emergencia, situación de la embarazada y fase de la mecánica del parto.....	215
5.5	Cuidados sanitarios iniciales al neonato. Escala de APGAR. Protección del recién nacido.....	216
5.6	Cuidados a la madre durante el alumbramiento. Precauciones y protocolos básicos de atención.....	219



<b>6. Cumplimentación de la hoja de registro acorde al proceso asistencial del paciente y transmisión al centro coordinador.....</b>	<b>221</b>
6.1 Conjunto mínimo de datos.....	223
6.1.1 Filiación	
6.1.2 Lugar y hora de la asistencia	
6.1.3 Constantes vitales	
6.1.4 Antecedentes patológicos (patología de base, alergias, medicación habitual)	
6.1.5 Valoración primaria y secundaria	
6.2 Signos de gravedad.....	230
6.2.1 Indicar contacto con médico coordinador	
6.2.2 Oxigenoterapia	
6.2.3 Técnicas realizadas (DESA)	
6.3 Registro UTSTEIN (parada cardiorrespiratoria).....	233
6.4 Sistemas de comunicación de los vehículos de transporte sanitario.....	235
6.5 Protocolos de comunicación al centro coordinador.....	235

## **UF0678: APOYO AL SOPORTE VITAL AVANZADO**

<b>1. Instrumentación y apoyo a las técnicas de soporte vital avanzado.....</b>	<b>247</b>
1.1 Canalización de vía venosa central, periférica e intraósea.....	249
1.2 Dispositivos de aislamiento de la vía aérea.....	258
1.3 Sondaje nasogástrico.....	261
1.4 Sondaje vesical.....	262
1.5 Ventilación mecánica.....	265
1.6 Ventilación mecánica no invasiva.....	267
1.7 Punción cricotiroidea.....	270
1.8 Coniotomía.....	272
1.9 Toracocentesis.....	273
1.10 Pericardiocentesis.....	278
1.11 Toracostomía de emergencias.....	280
1.12 Cesárea de emergencias.....	281
1.13 Material para el soporte vital avanzado. Material fungible. Material electromédico.....	282

<b>2. Medicación de emergencia</b> .....	287
2.1 Farmacocinética básica.....	289
2.1.1 Vías de administración de fármacos	
2.1.2 Absorción	
2.1.3 Mecanismo de acción	
2.1.4 Metabolización	
2.1.5 Eliminación	
2.2 Familia de fármacos utilizados en urgencias y emergencias.....	302
2.3 Efectos adversos de los fármacos.....	308
2.4 Contraindicaciones.....	312
2.5 Formas de presentación.....	314
<b>3. Atención sanitaria a emergencias colectivas</b> .....	317
3.1 Medicina de catástrofe.....	319
3.1.1 Definición de emergencia limitada, colectiva y catástrofe	
3.1.2 Objetivos y características de la medicina de catástrofe	
3.1.3 Diferencias entre la medicina convencional y la medicina de catástrofe	
3.1.4 Efectos generales de las catástrofes sobre la salud	
3.1.5 Problemas sanitarios comunes y problemas sanitarios inmediatos según el tipo de agente agresor.	

3.2 Asistencia sanitaria ante emergencias colectivas.....	325
3.2.1 Mecanismos lesionales según la naturaleza de la catástrofe	
3.2.2 Objetivos terapéuticos generales en la atención a múltiples víctimas	
3.2.3 Objetivos terapéuticos en las áreas de rescate, socorro y base	
3.2.4 Gestos salvadores	
3.2.5 Atención médica ante situaciones especiales. Riesgos nuclear, radioactivo, biológico y químico (NRBQ). Explosiones	
3.2.6 Soporte vital avanzado al atrapado (SVATR)	
<b>4. Clasificación de las víctimas en emergencias colectivas. Triage.....</b>	<b>343</b>
4.1 Triage. Concepto. Evolución histórica.....	345
4.2 Principios y objetivos del triaje.....	346
4.3 Características del triaje.....	347
4.4 Elementos para establecer un puesto de triaje.....	348
4.5 Valoración por criterios de gravedad: Inspección, evaluación y decisión terapéutica.....	348
4.6 Modelos prácticos de triaje: funcionales; lesionales; mixtos.....	349
4.7 Categorías de clasificación: primera categoría: extrema urgencia. Etiqueta roja; segunda categoría: urgencia. Etiqueta amarilla; tercera categoría: no urgente. Etiqueta verde; cuarta categoría: fallecidos. Etiqueta gris/negra.....	353
4.8 Procedimiento de etiquetado (tagging). Tarjetas de triaje.....	355

<b>5. Evacuación de las víctimas a diferentes áreas asistenciales.....</b>	<b>357</b>
5.1 Norias de evacuación. Primera, segunda, tercera y cuarta noria.....	359
5.2 Puesto de carga de ambulancias.....	362
5.3 Dispersión hospitalaria de pacientes.....	363
5.4 Registro de dispersión hospitalaria.....	364



**UF0676**  
**ORGANIZACIÓN**  
**SANITARIA INICIAL**  
**PARA LA ASISTENCIA**  
**SANITARIA**  
**A EMERGENCIAS**  
**COLECTIVAS**





# **1** Procedimiento de actuación en la actuación a múltiples víctimas

**UF0676** Organización sanitaria inicial para la  
asistencia sanitaria a emergencias colectivas

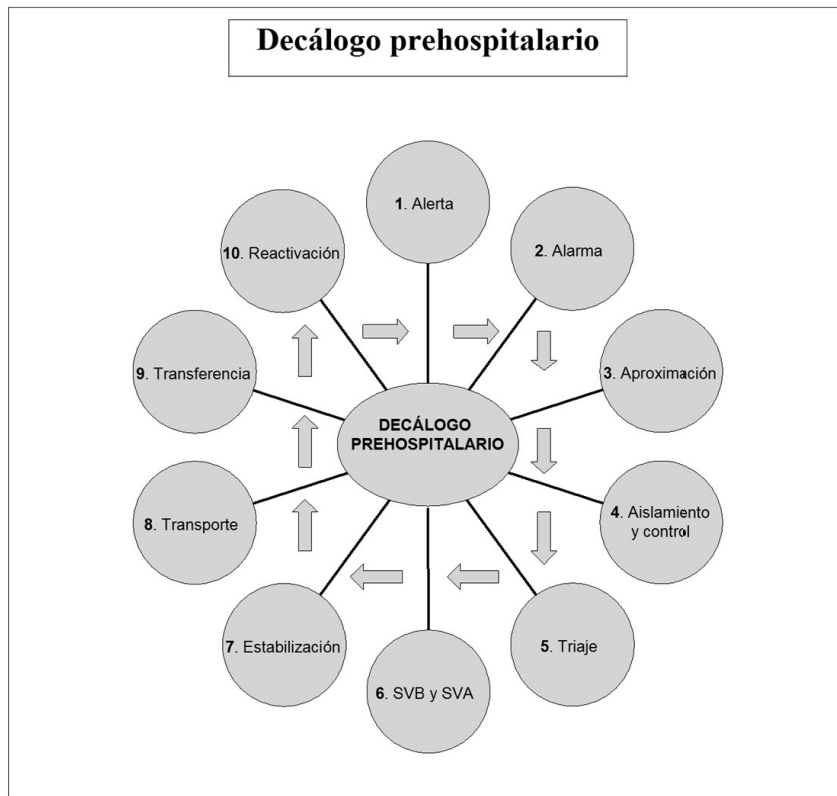


## **1. Procedimiento de actuación en la atención a múltiples víctimas**

Las dificultades que se derivan de las situaciones de emergencias, en un alto porcentaje se producen por actuaciones defectuosas. Este tipo de dificultades son normales teniendo en cuenta que las situaciones son en cada caso diferentes y requieren de necesidades particulares.

Para evitar en la medida de lo posible que esto ocurra, se ha llegado a un consenso en cuanto a establecer una serie de fases de actuación que irían, desde la preparación de los equipos de emergencias para su actuación, hasta la finalización de la emergencia, con la derivación de las víctimas a los centros hospitalarios y la reactivación de los equipos de emergencia ante la aparición de una nueva necesidad.

Se engloban estas fases en el denominado Decálogo Prehospitalario que recoge las actuaciones ordenadas que se realizarán en la asistencia prehospitalaria y que da respuesta tanto a emergencias limitadas como emergencias colectivas.



### 1.1 Fase de alarma

El comienzo de la fase de alarma se inicia en cuanto es recibida la llamada de emergencia, pues éste va a ser el desencadenante de la movilización de los medios de actuación. En este momento se van a poner en funcionamiento los sistemas de emergencias.

Para garantizar que la llamada recibida al Centro Coordinador emita una respuesta proporcional a la propia emergencia, en el Centro Coordinador deben realizar una serie de preguntas indispensables para poder conocer realmente la dimensión de ésta. Este tipo de trabajo lo realiza personal cualificado y preparado para ello, pues es de vital importancia saber valorar en estas situaciones la dimensión real de ellas. Tenemos que tener en cuenta que el propio nerviosismo causado por la emergencia puede dimensionar la verdaderas características del incidente y provocar una respuesta magnificada.

En la mayoría de los casos existen protocolos informatizados, en donde una secuencia de preguntas, perfectamente diseñadas, va a facilitar este trabajo y sobre todo evitar interpretaciones individualizadas. Las preguntas realizadas deben recoger la localización y dimensión de la emergencia, de manera que el operador u operadora puedan activar un plan de acción previsto para cada supuesto de emergencia. Una vez recogidos los datos éste, generalmente vía telemática, y en sólo pocos segundos, informará a los servicios de emergencias que tengan que intervenir.

El mensaje de alarma debe presentar las siguientes características:

- Mensaje concreto, con información clara sobre la emergencia.
- Debe generar una respuesta inmediata de los equipos de intervención.
- Debe garantizar la dimensión de la propia emergencia

Para garantizar una respuesta adecuada en el centro coordinador existe una persona responsable de la coordinación (coordinador o coordinadora) generalmente personal médico, que será responsable final de la activación de los recursos necesarios en función de las respuestas recibidas.

Son numerosos los planes de acción previstos para dar respuesta a cada tipo de emergencias, una vez activada esta fase de alarma.

## **1.2 Fase de aproximación**

No podemos olvidar en este momento de actuación de los equipos de intervención, que la seguridad va a ser una prioridad, por delante incluso de una asistencia sanitaria inmediata.

La seguridad de los equipos es preferente, los accidentes derivados de actuaciones precipitadas son numerosos, y ya son bastantes las consecuencias del propio accidente como para aumentar el número de víctimas.

Las proximidades al lugar del incidente, y más si se trata de una catástrofe, generalmente ya se ven afectadas, y según nos vayamos acercando, mayor será el riesgo.

Si el equipo que accede al lugar de la catástrofe es además el primero que llega, deberá hacer una evaluación de la situación “in situ” para informar al centro

coordinador y que éste modifique las medidas en función de la información dada.

Por ejemplo, en muchos casos las vías de comunicación (carreteras, etc.) pueden estar comprometidas, colapsadas, etc. y la vía más cercana no va a ser la que permita un acceso más rápido. Este equipo deberá valorar esto para que la llegada de los siguientes sea por los mejores accesos.

Para aumentar la seguridad de los equipos se deben utilizar una serie de dispositivos que permitan ser fácilmente visibles, así como garantizar una ubicación correcta de los vehículos que accedan a la zona. Las principales medidas son:

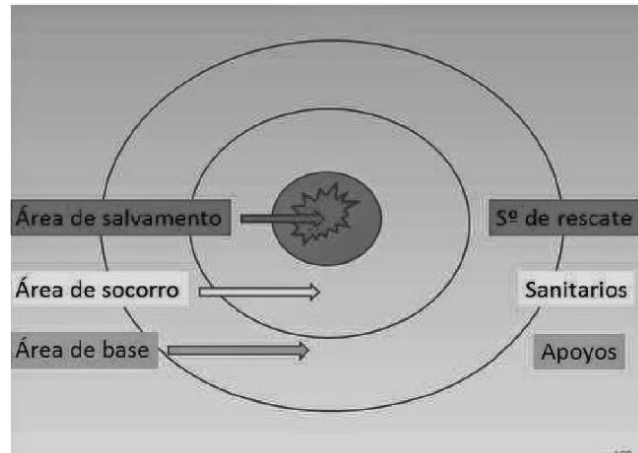
- **Autoprotección:** uso de uniforme con dispositivos reflectante que faciliten ser visibles a una distancia importante. Se debe uniformar el equipo completo, con numerosas bandas reflectantes por todo el cuerpo. Además deben hacer uso de material accesorio de seguridad (casco, guantes de seguridad, etc.).
- Mantener **distancia de seguridad** mínima en función de las propias características de la catástrofe.
- **Señalización del lugar:** uso de dispositivos acústicos y luminosos (dependiendo su uso en función de la emergencia).

### 1.3 Fase de control

Para la organización de la zona en la que se ha producido una catástrofe se delimitarán diferentes zonas con el objetivo principal de crear espacios seguros y disponer para cada equipo de intervención un lugar específico y adecuado para que puedan llevar a cabo su trabajo con eficacia.

No podemos olvidar que algunas de las características fundamentales de los desastres son la pérdida de las comunicaciones, el cierre de vías de acceso, el desarrollo de los riesgos potenciales, etc.; además debemos añadir una población afectada que está desorientada, incapaz de coordinar, etc., por lo que las dificultades para trabajar en la zona son muchas.

En esta fase de control, como desarrollaremos más adelante, se producirá la sectorización, para generar organización en el lugar de una catástrofe al establecer diferentes espacios asistenciales.



#### 1.4 El balizamiento y la señalización

Para indicar las áreas que hemos descrito anteriormente es necesario balizar y señalizar todo el terreno.

Mediante la indicación de las áreas de riesgos potenciales, señalando los lugares donde se van a realizar las labores de rescate y señalando aquellas áreas donde puede haber víctimas, se facilitará la organización de los diferentes grupos de trabajo y se garantizará su seguridad.

Otro de los objetivos de la señalización es mantener el orden de acceso que permite el paso de los vehículos de transporte sanitario, y mantener también el orden de los circuitos unidireccionales preparados para garantizar una evacuación sin problemas, en definitiva que la entrada y salida de vehículos se produzca sin problemas.

El proceso de señalización generalmente es responsabilidad de las Fuerzas de Orden Público (FOP), que utiliza cintas perímetro para separar diferentes áreas.

En el caso de que la llegada del primer equipo médico se produjese antes de que lleguen las Fuerzas de Orden Público, este equipo será el responsable de señalizar, con los medios que tenga, el área impacto, principalmente para evitar el acceso de otras personas o vehículos al lugar del siniestro o desastre.

El proceso de señalización establece tres perímetros:

- Perímetro interno: delimitar el área de rescate.
- Perímetro de asistencia.
- Perímetro externo: base zona demarcada.

Los principales elementos utilizados para señalar son:

- Cintas.
- Conos.
- Dispositivos reflectantes.
- Dispositivos luminosos.
- Señalización de elementos.

A la hora de señalar se debe tener en cuenta que el objetivo principal es identificar las áreas de trabajo así como a los trabajadores, para aumentar las condiciones de seguridad.

Por lo tanto, se llevará a cabo la señalización:

**De los equipos de intervención:** es crucial que los equipos tengan un equipo apropiado que los haga visibles y fácilmente identificables a distancia. Los equipos deben tener una luz idéntica en el uniforme que incorpore tiras reflectantes a diferentes alturas del cuerpo, además, cada una de las personas involucradas debe hacer uso de equipos de protección individual, que entre otras cosas tienen casco y linterna que aumentan la posibilidad de ser visibles a distancia.

**De acceso:** los dispositivos se utilizan para crear caminos que marcan la entrada y salida para la evacuación, la incorporación de signos identificativos de una sola vía, el acceso limitado a un tipo de vehículo, etc.



**De las víctimas:** una vez rescatadas, las víctimas se colocan en lugar seguro, y en la mayoría de los casos, estas víctimas ya se han clasificado y llevan una tarjeta de identificación.

**De los vehículos de emergencia:** llevan bandas reflectantes integradas y dispositivos acústicos y luminosos que son fácilmente visibles a varios metros del lugar de la catástrofe.

## 1.5 Evaluación inicial del escenario. Valoración de los riesgos

Cuando se llegue al lugar del siniestro se deberán analizar los posibles riesgos amenazantes y el escenario.

Se reconocerá el tipo de accidente ocurrido, el número de víctimas, su gravedad y su grado de dispersión. También se delimitará el escenario para averiguar su amplitud. Asimismo, se inspeccionará todo el entorno fijándose en los accesos y en los peligros potenciales.

En la evacuación se delimitarán las zonas seguras para poder decidir cuáles serán las diferentes zonas de actuación, y así por ejemplo, se buscará el lugar donde estacionarán los vehículos asistenciales y también los circuitos por donde deberán circular.

La valoración de riesgos es fundamental:

- Se comprobará que área del siniestro está correctamente señalizada.
- Se identificarán las posibles situaciones de riesgo.
- Se valorarán las condiciones de visibilidad.
- Se valorará si se trata de un escenario hostil.
- Se valorará además, si existen:
  - Mercancías peligrosas derramadas.
  - Peligro de incendio o explosión.
  - Tendido eléctrico que aumente el riesgo de electrocución.

- Elementos inestables (como un vehículo al borde de un precipicio).
- Posibilidades de derrumbamiento, etc.

### **1.6 Transmisión de la información al Centro de Coordinación de Urgencia**

Independientemente del equipo asistencial que llegue primero al área del siniestro (bomberos, policía, equipos sanitarios), y tras la valoración inicial del escenario, se deberá informar inmediatamente al Centro Coordinador de Emergencias de todos los aspectos importantes del siniestro; es decir:

- Indicar el punto exacto del accidente.
- Notificar de las dificultades encontradas en la ruta elegida hasta el punto de impacto.
- Indicar aproximadamente el número de accidentados y su gravedad.
- Informar de los peligros inminentes de la zona.

### **1.7 El control de los primeros intervinientes**

Como explicamos anteriormente serán los primeros que accedan a la zona del siniestro los encargados de realizar las tareas de reconocimiento de la zona. Buscarán los peligros relacionados o no con el accidente, emitirán el primer informe al Centro Coordinador de Emergencias, estacionarán el vehículo y delimitarán y balizarán la zona de manera conveniente.

Se retirará a los testigos presenciales de las zonas de riesgo para evitar más complicaciones y se procederá a la primera tarea de búsqueda de los accidentados y realizando los primeros gestos salvadores; a la vez se irán clasificando a las víctimas y se agruparán según la gravedad en el área de socorro; que será otra de las labores inmediatas de los primeros intervinientes: encontrar un área de socorro adecuada.

En resumen, las actuaciones que deberán realizar los primeros intervinientes podemos dividirlos en dos grandes grupos:

- Las **tareas organizativas** dirigidas a controlar la escena, a crear los espacios asistenciales y a ubicar los recursos móviles.
- Las **tareas asistenciales** o sanitarias (gestos salvadores, triaje y soporte vital básico y avanzado).

## 1.8 El control del flujo de vehículos

Controlar el flujo de vehículos es fundamental para el dominio del escenario y la canalización de recursos, ya que la colocación indiscriminada puede ocasionar muchos problemas.

Se recomienda que los vehículos estacionen en batería con el morro en dirección a la salida para no tener que maniobrar al salir.

El responsable de la organización de los vehículos se encargará de:

- Organizar un espacio físico de fácil acceso, bien señalizado y con capacidad para soportar un tráfico fluido evitando, en todo momento, que los vehículos aparquen indiscriminadamente interrumpiendo el flujo de ambulancias.
- Evitar la evacuación de pacientes por personal no sanitario.
- Controlar que los conductores de las ambulancias no las abandonen o asistan a las víctimas.
- Anotar los datos de filiación de los pacientes que provienen del área de socorro, y el nombre del hospital o centro sanitario al que se evacúa a cada uno, así como la identificación de la ambulancia utilizada a tal efecto.
- Verificar que cada paciente tiene su identificación o tarjeta de triaje.