



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/095.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Triage en Emergencias Extrahospitalarias**

Autores **Rocío Cándida Romero González**

Centro/institución Enfermera. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Ciudad/país Sevilla, España

Dirección e-mail rociocenfer@hotmail.com

RESUMEN

En los últimos tiempos los expertos están catalogando el concepto de emergencias colectivas, catástrofes o desastres con el término de Situación de Crisis. El desarrollo de una Situación de Crisis requiere la participación de bastantes disciplinas trabajando conjuntamente con un mismo fin. Por ello, es importantísimo que cada disciplina tenga una clara visión de sus funciones y ámbito de desempeño de las mismas. Es la Disciplina Enfermera una de las disciplinas que se verá implicada en la resolución de Situaciones de Crisis que tienen lugar en el ámbito Extrahospitalario. Por tanto, es de vital importancia que la Disciplina Enfermera que desempeña su trabajo en el ámbito Extrahospitalario tenga claros conocimientos sobre lo que significa estar en una Situación de Crisis y cuáles son sus funciones más prioritarias. Por lo que con este proceso de revisión pretendo establecer un conjunto de conocimientos básicos y pautas de actuación necesarios para la realización del Triage Extrahospitalario.

Palabras clave: Triage/ Enfermería de Emergencias/ Atención Prehospitalaria.

ABSTRACT

In recent times experts are cataloging the concept of mass emergencies, disasters or disasters with the term Crisis Situations. Developing a Crisis Situation requires the involvement of many disciplines working together with the same goal. It is therefore important that each discipline has a clear view of their duties and scope of performance of these.

Nursing Discipline is one of the disciplines that will be involved in the resolution of Crisis Situations that occur in the Extrahospitalary field. It is therefore vital that discipline the Nurse Carries out his work in the Extrahospitalary field will have clear understanding of what it means to be in a Crisis Situation and what their highest priority functions. So with this review process I intend to establish a set of basic knowledge and operational standards required for the completion of the Extrahospitalary Triage.

Key-words: Triage/ Emergency Nursing/ Prehospital Care.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

1. Justificación

En Situaciones de Crisis la desorganización y el caos son características de las circunstancias y en gran medida inevitables. Así pues, debido a la situación de caos que se genera en estas ocasiones, creemos necesaria la existencia de conocimientos unitarios y claros con el objeto de aumentar la esperanza asistencial de las víctimas.¹

Es la Disciplina Enfermera una de las tres profesiones sanitarias implicadas en el desempeño de la asistencia de las Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias en España. Siendo pues una de las disciplinas que se verá implicada en la resolución de Situaciones de Crisis que tienen lugar en el ámbito Extrahospitalario, constituyéndose su puesta en escena una de las más importantes para la fluidez y resolución de las mismas.^{2, 3}

El Triage o Clasificación de Víctimas determina en gran medida los resultados finales en cuanto a asistencia sanitaria, organización y disminución de la morbimortalidad. La doctrina asistencial recomienda la realización del Triage ya en el ámbito Extrahospitalario para organizar la asistencia y evacuación de los heridos.⁴ Siendo ésta responsabilidad de los Enfermeros/as de Emergencias Sanitarias.^{2, 3, 5}

Es por tanto de vital importancia que la Disciplina Enfermera que desempeña su trabajo en el ámbito Extrahospitalario tenga claros conocimientos sobre lo que significa estar en una Situación de Crisis, cuál es la jeralquía de mando, pautas de actuación, y resolución de la misma. Entre todos ellos, con especial atención al conocimiento de los conceptos básicos y procedimiento de actuación en lo que al Triage o Clasificación de Víctimas en el ámbito de las Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias se refiere. Es cuando se han adquirido estos conocimientos cuando la Disciplina Enfermera podrá actuar de forma adecuada en este tipo de situaciones.

2. Objetivo General

Establecer conocimientos básicos de Triage de pacientes para Enfermeros/as en el ámbito de las Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias.

3. Objetivos Específicos

- Determinar el concepto de Situación de Crisis.
- Determinar el concepto y objetivos del Triage Prehospitalario.
- Conocer los comienzos históricos del Triage Prehospitalario.
- Identificar las etapas del Triage Prehospitalario.
- Determinar los niveles de Prioridades.
- Conocer los métodos más usados en Triage Prehospitalario.
- Conocer las Tarjetas de Triage más usadas.
- Definir el concepto y la organización de un Puesto de Triage en el ámbito Extrahospitalario.
- Identificar la disciplina encargada de la realización del Triage Extrahospitalario.
- Definir las pautas de actuación en el Triage Extrahospitalario.

4. Metodología

Para la elaboración de esta guía de Triage en Emergencias Extrahospitalarias para Enfermeros/as se ha establecido un estudio secundario de síntesis basada en revisión sistemática de la evidencia científica disponible en base de datos de Guíasalud, Cochrane Library Plus, Cuiden Plus, PubMed, Scielo y Enfermería 21, para recopilar toda la información posible sobre Triage en Situaciones de Urgencias, Emergencias y Catástrofes en el ámbito Extrahospitalario. Revisión de publicaciones que hacen referencia al Triage en Situaciones de Urgencias, Emergencias y Catástrofes en el ámbito Extrahospitalario del Servicio de Urgencia Médica de Madrid 112. Revisión de publicaciones que hacen referencia al Triage en Situaciones de Urgencias, Emergencias y Catástrofes en el ámbito Extrahospitalario del Servicio Público de Emergencias Sanitarias de Andalucía. Revisión manual de Intervenciones y Actividades relacionadas con el Triage en la bibliografía de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Revisión manual de publicaciones en libros que hacen referencia a Triage en Situaciones de Urgencias, Emergencias y Catástrofes en el ámbito Extrahospitalario. Se estudia información relacionada con aspectos exclusivamente relacionados con el Triage en Situaciones de Urgencias, Emergencias y Catástrofes en el ámbito de la asistencia sanitaria Extrahospitalaria. Se revisan sólo publicaciones en idioma castellano. Se excluyen todas las referencias que hacen mención al Triage en cualquier tipo de marco que no están centradas en Situaciones de Urgencias, Emergencias y Catástrofes en el ámbito de la asistencia sanitaria Extrahospitalaria y sean en otro idioma distinto al castellano.

5. Resultados

Con la revisión realizada se obtienen escasas referencias bibliográficas que contemplen Triage en Emergencias Extrahospitalarias. Aun así, con la documentación obtenida y la incorporación de la experiencia profesional de trabajar en el ámbito de las Emergencias Extrahospitalarias, se ha realizado la elaboración de una Guía de conceptos y pautas de actuación claras para la ejecución del Triage de Víctimas en el ámbito de las Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias dirigido a Enfermeros/as.

Concepto de Crisis

Situación de Crisis es una situación compleja que lleva graves consecuencias para la vida y los bienes de una comunidad. Es un acontecimiento dramático, que tiene lugar en un ambiente hostil, con enorme tensión ambiental, en espacios imposibles e inicialmente con una desproporción grave entre necesidades y medios. Su gestión presenta retos cambiantes para los servicios de emergencia en cualquier parte del mundo.¹

En general identificamos la Crisis como un fenómeno de representación brusca y violenta que condicionan cambios importantes en un ambiente determinado y al que la comunidad no puede dar respuesta por medios ordinarios. Específicamente la interpretaremos como un proceso mutante de consecuencias graves para las personas y bienes y que debe ser gestionada procurando hacer el menor daño posible. La OMS identifica el término de Crisis con el de aquellas circunstancias sobrevenidas o preexistentes que mantienen a un grupo social en situaciones límites, es decir, incapaz de atender sus necesidades básicas de manera puntual o permanente.¹ Por esta característica de brusquedad y dramatismo nos referiremos a las personas o poblaciones afectadas por una Situación de Crisis como víctimas, heridos o afectados.

Las emergencias, atención a múltiples víctimas, emergencias complejas, catástrofes, los desastres constituyen a distintas escalas algunos de los ejemplos de Situaciones de Crisis que hoy en día tienen lugar en el mundo. 1

Toda vez que ocurra una Situación de Crisis debe articularse de inmediato una organización predefinida, conocida y aceptada por todas las Instituciones que tengan responsabilidad en el manejo de la catástrofe. 6

En toda Situación de Crisis suelen existir un número determinado de víctimas por lo que normalmente, entre otros organismos, intervienen los equipos de Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias.1 Cuando estos llegan al terreno comienzan a realizar una serie de funciones y actividades con el objetivo de salvar el mayor número de vidas. Entre estas funciones indudablemente juega un papel fundamental el Triage de las víctimas.

El Triage determina en gran medida los resultados finales en cuanto a asistencia sanitaria, organización y disminución de la morbimortalidad. La doctrina asistencial recomienda la realización del Triage en el ámbito Prehospitalario con el objetivo de organizar la asistencia sanitaria del Puesto Médico Avanzado y la evacuación de los heridos a través del Puesto de Carga de Ambulancias.4

Concepto de Triage Prehospitalario

El Triage se define como la clasificación de heridos según su gravedad, pronóstico vital y de acuerdo al plazo terapéutico. Esta clasificación es importante realizarla en situaciones donde las necesidades de asistencia a las personas sobrepasan los recursos disponibles para atenderlas y permite asignar una prioridad a los heridos para su descontaminación en caso de ser necesaria, asistencia sanitaria y evacuación al centro sanitario más adecuado. Así pues denominaremos Triage Extrahospitalario o Prehospitalario a todo aquel Triage que tenga lugar fuera del ámbito hospitalario en el contexto de una Situación de Crisis llevándose a cabo en las inmediaciones del propio escenario donde ésta se esté desarrollando.4

El Triage es un conjunto de procedimientos continuos, sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de las víctimas que en ese momento demandan asistencia sanitaria y que da una orientación sobre sus posibilidades de supervivencia y visión general de la afectación de cada víctima. Debe de ser aplicado a intervalos regulares teniendo en cuenta las condiciones de las víctimas que pueden variar drásticamente a lo largo de la cadena de asistencia. 7, 8

Su importancia radica no sólo en su función de ordenar los flujos de heridos y organizar su asistencia basada en prioridades, sino también en lograr disminuir la mortalidad de los heridos críticos.9

El Triage se basa en dos pilares fundamentales que son salvar el mayor número de vidas posibles y hacer el óptimo uso de los recursos disponibles. Es proveer la mejor asistencia posible a un número grande de víctimas, con los recursos disponibles.10 Teniendo en cuenta que cuando los recursos son limitados el beneficio se dirigirá a la mayoría.7, 8

En situaciones donde los recursos no son suficientes o la dimensionalidad de la situación es exageradamente amplia, hay que considerar la posibilidad de retardar la terapia de personas severamente dañadas brindando solamente tratamiento de soporte (en virtud de que va a requerir muchos recursos) y dirigir la atención principal y la gran parte de los recursos a los más levemente dañados y con mayor posibilidad de sobrevivir.3, 4, 7, 8

El Triage no es una técnica sino una necesidad determinada por el número de víctimas, la naturaleza de las lesiones, el rendimiento de los recursos sanitarios, la distancia a los hospitales y la esperanza asistencial.11

El Triage es una toma de decisión grave, basada en una información incompleta, ejecutado en medio hostil y dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de lesionados de carácter pluripatológicos y con medios limitados.¹²

Por ello este Triage Extrahospitalario debe ser realizado por personal formado y entrenado, con mucha experiencia y autoridad moral familiarizado con estas técnicas de clasificación de víctimas.^{4, 7, 8}

Vale la pena hacer notar que el Triage no es una actividad médica que tiene respuestas iguales, en todo momento.⁶ De esta manera, el Triage, debe adaptarse a cada caso y quien lo realiza, no sólo debe manejar bien los parámetros anatómicos y fisiológicos de un paciente, sino que debe contar con un bagaje de información.⁶

Así pues, el Triage es un proceso continuo, dinámico, evolutivo y que puede requerir modificaciones a lo largo del tiempo, ya que las víctimas mejoran o empeoran con el transcurso del mismo y la aplicación o no de medidas terapéuticas y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los pacientes y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificar la respuesta final.^{6, 13, 14}

La clasificación se repetirá en cada uno de los puntos de asistencia sanitaria por los que pasa una víctima en el terreno hasta su asistencia definitiva y cada uno de ellos será revaluado continuamente.^{7, 8, 12} Es indispensable considerar al menos tres oportunidades, en lugares diferentes y realizado por distinto personal.⁶

Evolución Histórica del Triage

La palabra "trriage" proviene del vocablo francés "trier" cuyo significado es clasificación o selección y se utilizaba básicamente para el área agrícola en Francia. Su utilización en la terminología médica es relativamente reciente y hoy día, es aceptada a nivel mundial.¹³

Los ejércitos napoleónicos fueron los primeros en aplicar la clasificación de sus bajas en el campo de batalla, siendo el cirujano militar barón Dominique Jean Larre el padre de la moderna teoría del Triage.^{7, 8, 12}

En las guerras napoleónicas, básicamente la de Speyer en 1867, el barón Dominique Jean Larrey, jefe médico de las tropas, recibe del Emperador Napoleón Bonaparte una orden simple, pero controvertida: "Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla, sólo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse". Para lograr este propósito entrena al personal militar sanitario en la identificación de lesiones y les proporciona carrozas tiradas con caballos, recubiertas de pelo de crin de caballo, lo que reduce la incomodidad, favoreciendo el traslado de los soldados con potencial de recuperación al puesto médico para recibir los cuidados por parte de los médicos militares.¹³

La I Guerra Mundial trajo como consecuencia la pérdida de vidas humanas por la demora en la llegada al centro asistencial con los recursos necesarios.¹⁵ En esta época se aplicaron criterios de uso de ambulancias motorizadas para desplazar a los heridos más graves hacia escalones retrasados, el orden en el que deberían transportarse las víctimas vino marcado por una clasificación previa.^{7, 8, 12} Las primeras personas encargadas del manejo de este Triage fueron las Enfermeras situadas en el campo de batalla.¹⁵

El tiempo quirúrgico ha sido históricamente el patrón oro de la clasificación. Las limitaciones en los medios han obligado a emplear el quirófano en aquellas víctimas con más posibilidades de sobrevivir.

La combinación de la clasificación con la aproximación de las capacidades quirúrgicas al campo de batalla mediante el despliegue de equipos quirúrgicos avanzados, confirmó

la necesidad de aplicar esta técnica de manera definitiva, permanente y adaptada al tiempo operatorio.¹²

Actualmente el uso de medios aéreos en toda la cadena de evacuación, unido al despliegue inmediato de unidades de estabilización en las áreas de emergencia, ha permitido disminuir el intervalo libre de actuación terapéutica y aumentar el plazo operatorio en un gran número de patologías traumáticas.¹²

El hospital es en nuestros tiempos el referente final de los criterios de clasificación y en sus servicios de urgencia se establece un modelo que facilita el que aquellas víctimas cuyo plazo terapéutico sea menor tendrán un acceso más rápido a los medios asistenciales a expensas de aquéllos cuyo plazo sea mayor.

La dispersión de los pacientes entre diferentes hospitales de una misma región según criterios asistenciales y capacidades del centro receptor, es de una enorme rentabilidad lo que ha hecho que aún en nuestros días el Triage goce de plena vigencia y sus aplicaciones abarquen espacios tan diferentes como zonas de conflicto, grandes catástrofes, puertas de hospital o la atención a múltiples víctimas.¹²

En los países desarrollados y especialmente en sus áreas metropolitanas la clasificación está muy asociada al transporte con criterios de dispersión por patologías específicas (centros de trauma, centros de quemados, neurocirugía, cirugía torácica, hospitales infantiles, etc.). Con ello se consigue no colapsar los grandes centros hospitalarios y que hospitales y clínicas de un nivel más bajo participen activamente en la atención general.^{7, 8, 12}

Etapas del Triage en Situaciones de Crisis

En una forma esquemática, podemos establecer las siguientes etapas de Triage:

1) Triage Prehospitalario. Este se realiza en el propio escenario de la Situación de Crisis. Existen múltiples modelos de Triage y cada sistema de emergencias adopta el que más le simpatiza.¹³

2) Triage Hospitalario. Normalmente se realiza en la sala de urgencias de los hospitales, aunque en algunos casos se sugiere incluso, se destine un área previa a la entrada de urgencias para regular el flujo de pacientes. Desde el punto de vista hospitalario se utiliza un modelo basado en el grado de urgencia, de manera que si se satura el sistema, se garantiza el abordaje y tratamiento de los más urgentes.^{13, 16}

Es pues, este Triage Prehospitalario el que se realizará en el escenario del incidente y por tanto el que nos interesa conocer desde el punto de vista de las Emergencias Extrahospitalarias. El Triage Prehospitalario se define tradicionalmente en dos tipos: 4, 6, 10, 11, 14, 17

1) Primer Triage o Triage Básico: Realizado en el Puesto de Triage, en una zona limítrofe entre el Área de Salvamento y el Área de Socorro. Realizado por Enfermeros/as de Emergencias, 15 utilizando métodos básicos, rápidos y sencillos de Clasificación de Víctimas previamente indicados y consensuados. En el que se determina la prioridad para la atención sanitaria de las víctimas. En dicha fase no debe ser necesario emplear más de 30 segundos por víctima muerta, más de 1 minuto por víctima leve y más de 3 minutos por víctima grave.¹⁷

A cambio no va a ser excesivamente preciso, permitiendo clasificaciones por exceso (aumento de la gravedad), pero nunca por defecto (disminución de la gravedad). Debe permitir que los heridos más graves, que morirán en los próximos minutos (problemas de la vía aérea, hemorragias, dificultades respiratorias, etc.), sean rápidamente atendidos. Suelen utilizarse métodos de Triage funcionales, que sólo tienen en cuenta las funciones vitales (respiración, pulso y conciencia básicamente), sin considerar las lesiones. Se debe realizar ya en zona segura del Área de Socorro, en la ante sala de la zona de atención sanitaria es decir del Puesto Médico Avanzado. Nunca deberá

establacerse en el Área de Salvamento poniendo en peligro al equipo de camilleros, a las víctimas, y al personal de Triage e interfiriendo con el trabajo de los equipos de salvamento y extinción de incendios.¹⁴

Sin embargo, es este Primer Triage, al que la literatura se refiere como Triage Prehospitalario o Extrahospitalario, el que determina en gran medida los resultados finales en cuanto a asistencia sanitaria, organización y disminución de la morbimortalidad. Por ello se recomienda la realización de este Triage en el ámbito Prehospitalario con el objetivo de organizar la asistencia sanitaria del Puesto Médico Avanzado.⁴

Durante la realización de este Primer Triage sólo se permiten la realización de 2 medidas terapéuticas esenciales que intentarán dar más minutos de vida a las víctimas afectadas, éstas 2 medidas terapéuticas son llamadas Maniobras Salvadoras: 10, 16

-Abrir Vía Aérea (maniobra frente-mentón, tracción mandibular, cánulas de guedel, posición lateral de seguridad incluso en víctimas traumáticas).

-Control de Hemorragias (compresión de hemorragias con compresión directa, vendajes compresivos, vendas de Smarch).

Durante este Primer Triage no se pueden realizar otras medidas terapéuticas excepto estas dos Maniobras Salvadoras.

Es pues en este Primer Triage que realizan los Enfermeros/as de Emergencias Extrahospitalarias en el que nos centramos en este documento y al que nos referiremos como Triage Prehospitalario o Extrahospitalario indistintamente.

2) Segundo Triage o Triage Avanzado: Realizado en el Puesto Médico Avanzado, en el Área de Socorro. Realizado por personal Médico de Emergencias. Utilizando métodos más especializados para la Clasificación de Víctimas previamente indicados y consensuados en el que se determina la Prioridad para la evacuación de las víctimas.

Este segundo Triage es mucho más complejo e intenta estimar el pronóstico y la necesidad inmediata de cuidados hospitalarios (tratamiento del shock, evacuación de hematomas intracraneales, víctimas inestables, etc.). Suelen utilizarse métodos de Triage lesionales o incluso mixtos, valorando las lesiones que tiene la víctima, sus posibilidades de supervivencia y la necesidad imperiosa de tratamiento hospitalario. Se realiza en la propia zona de asistencia sanitaria del Puesto Médico Avanzado determinando la prioridad de salida hacia el lugar de acceso de las ambulancias en el Puesto de Carga de Ambulancias.¹⁴

Por tanto, no profundizaremos nada en este Triage secundario puesto que es competencia de otra categoría profesional distinta a la Enfermería.

La Organización Panamericana de la Salud establece un Tercer Triage o Triage de Evacuación. Realizado en el Puesto de Carga de Ambulancias en el límite entre al Área de Socorro y el Área de Base como ante sala al traslado y realizado por el personal destinado en ese puesto. La función sería volver a reclasificar a las víctimas según su Prioridad para el traslado al hospital. Aunque este tercer Triage no es contemplado por otros autores.¹⁸ Es absurdo su realización puesto que las víctimas ya llegan a este nivel con el Triage Secundario ya realizado por personal de Enfermería y Medicina cualificado que le ha dado paso por que ha detectado la Prioridad para ello. No es necesario volver a realizarlo. Desde mi punto de vista, sería necesario únicamente si la evacuación de las víctimas se alargase demasiado. En este caso, se debería reforzar este puesto con un Enfermero/a o Médico en Emergencias Sanitarias que fuese reevaluando a las víctimas en el propio Puesto de Carga de Ambulancia.

Categorización de Víctimas-Código Internacional de Colores-Nivel de Prioridades

Todos los sistemas de clasificación que han sido desarrollados tienen como fundamento categorizar a los pacientes para decidir su Prioridad de asistencia sanitaria Prehospitalaria, transporte, tipo de unidad hospitalaria receptora y atención médica definitiva.¹³

Las víctimas de una Situación de Crisis pueden ser clasificados en 2, 3, 4, 5 o incluso más categorías, según el sistema de clasificación escogido.

El sistema de cuatro categorías es el más extendido en los métodos de clasificación de víctimas habituales, y permiten separar a las víctimas en: leves o ilesos, graves sin compromiso vital, graves con compromiso vital y fallecidos.¹⁴

Con la finalidad de hacer más objetivos los sistemas, Internacionalmente se ha adoptado un Código Internacional de Colores que independientemente del Método de Triage que utilicemos, se dividirá a los pacientes en 4 categorías a cada cual le corresponde una Prioridad y a un color específico: 7, 8, 12, 13

-Color Rojo, Prioridad I o Paciente Crítico: Corresponderá a aquellas víctimas graves con compromiso vital que requieren de manejo médico inmediato e impostergable y quienes tienen la primera prioridad en el traslado.

-Color Amarillo, Prioridad II o Paciente Grave: Corresponderá a aquellas víctimas graves pero sin compromiso vital que requieren de manejo médico urgente, pero cuya viabilidad no corre peligro en las primeras 2 o 3 horas.

-Color Verde, Prioridad III o Paciente con Lesiones Leves: Corresponderá a aquellas víctimas leves cuyo tratamiento puede ser diferido más de 4 a 6 horas.

-Color Negro, Prioridad IV o Pacientes con Lesiones Mortales: Corresponderá a aquellas víctimas que han fallecido o a personas en inminencia de hacerlo por la gravedad de sus lesiones y las nulas posibilidades, en el escenario que se está viviendo, de ofrecerles el manejo que podría darles alguna probabilidad de supervivencia.⁶

Anexo 1

Este Código Internacional de Colores es el utilizado por la mayoría de los Métodos de Triage actuales. ¹³

Así pues, cuando una víctima va a ser triada se le aplica un Método de Triage previamente establecido a través del cual se llega a determinar una Prioridad para la asistencia sanitaria. Estas Prioridades se corresponden con cada uno de estos 4 colores que contempla el Código Internacional de Colores.

Una vez se ha identificado la Prioridad y el color que a ésta le corresponde, a la víctima se le coloca una Tarjeta de Triage en la que el personal encargado de la realización del mismo marcará en ella el color de la Prioridad de la víctima, alguna información identificativa si fuese posible y las Medidas Salvadoras que fuesen posibles realizar, quedando así clasificada la víctima.

Por tanto todas las víctimas que pasen por el Puesto de Triage deben ser etiquetadas, es decir, triadas, antes de abandonar el Puesto de Triage.

Métodos de Triage Prehospitalario

Existen más de 120 modelos de clasificación y tablas que orientan en la toma de decisiones ante pacientes en Situaciones de Crisis. La clasificación bajo presión debe siempre responder a criterios de sencillez.^{7, 8, 12, 10}

Entre el Triage utilizado en el medio Extrahospitalario podemos identificar diferentes modelos:

1) Según la polaridad: ¹⁶

-Modelo Bipolar: Es un procedimiento rápido, de uso excepcional en el que las opciones están muy limitadas, se aplica en situaciones límites cuando una presión

ambiental importante obliga a decisiones inmediatas. Se clasifica siempre distinguiendo únicamente 2 categorías como por ejemplo vivos/muertos, caminantes/no caminantes, graves/leves. Es el modelo que se utilizará en el Área de Salvamento en el caso de Incidentes por agentes Químicos o Biológicos.

-Modelo Tripolar: Ésta es otra opción clásica de las situaciones inmediatas en la que cobra especial interés recuperar a los afectados que pueden caminar y que pueden ser retirados del área, con poco esfuerzo y grandes beneficios añadidos. Es un Triage que no exige una gran especialización y es expeditivo en las Áreas de Salvamento. Se clasifica siempre distinguiendo 3 categorías como por ejemplo muy graves, graves y leves o bien en muertos, graves y leves.

-Modelo Tetrapolar: Es la clasificación más usada. Consiste en agrupar a las víctimas según ciertos criterios de gravedad. Se clasifica siempre distinguiendo 4 categorías de gravedad que coincide con los criterios de Prioridades del Código Internacional de Colores. A este tipo de Modelo Tetrapolar pertenece el conocido Método S.T.A.R.T.

-Modelo Pentapolar: Es utilizado a nivel hospitalario por que aporta una oferta asistencial con amplia cobertura que permite acceso a diferentes especialidades.

2) Según características de las lesiones: 14, 16

-Modelos funcionales: Se trata de métodos que asignan la Prioridad de asistencia médica atendiendo al estado de las funciones vitales básicas que presenta la víctima. Un ejemplo de este tipo de métodos también lo constituye el Método S.T.A.R.T. (Simple Triage and Rapid Treatment).

-Modelos lesionales: Son métodos que atribuyen un grado de Prioridad a cada víctima según las lesiones que presente. Un ejemplo es el Injury Severity Score (I.S.S.) de Baker.

-Modelos Mixtos: Métodos que atribuyen una Prioridad de atención médica según el estado de las constantes vitales y de las lesiones que presenta cada víctima. Son de este tipo el C.R.A.M.C. (Circulación-Respiración-Abdomen-Motor-Conciencia).

Método de Triage Básico Extrahospitalario: Método S.T.A.R.T. (Simple Triage and Rapid Treatment).

Uno de los Métodos de Triage Prehospitalario más utilizados por los Servicios de Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias es el Método S.T.A.R.T. (Simple Triage and Rapid Treatment) gracias a su facilidad de uso. Está reconocido internacionalmente y es el usado actualmente para la realización del Triage ante Situaciones de Crisis por una gran proporción de Servicios de Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias entre ellos los Servicios de Emergencias Sanitarias de Andalucía, Servicios de Atención Médica Urgente de Andalucía, los Servicios de Urgencia Médica de Madrid, entre otros.^{3, 4, 19} El Método S.T.A.R.T. es un método desarrollado por un grupo de trabajo de médicos, enfermeras y bomberos en el año 1984 y destinado a la clasificación de heridos en accidentes de múltiples víctimas, por parte de personal no médico. Fue desarrollado para que los primeros intervinientes sanitarios pudiesen evaluar en menos de 60 segundos a múltiples víctimas.

Se trata de un método funcional sencillo, rápido de aplicar y con una alta sensibilidad en la detección de heridos graves. Es un método que tiende a clasificar por exceso la gravedad de los heridos, hecho éste que resulta admitido en aras de facilitar una rápida clasificación que permita la pronta atención de los heridos más graves.¹⁴

El sistema S.T.A.R.T. está diseñado para que el personal Prehospitalario valore rápidamente, y en forma simple, a cada paciente a fin de trasladar en forma inmediata a los pacientes que tengan comprometidas sus funciones vitales. Este sistema permite

también que los lesionados sean reevaluados constantemente a fin de evaluar la respuesta a las maniobras realizadas.¹³

Anexo 2

El Método S.T.A.R.T. valora 4 parámetros:

- Deambulaci3n.
- Respiraci3n.
- Perfusi3n.
- Estado Mental.

El Procedimiento de actuaci3n de este m3todo consiste en: 6, 11, 13, 14, 16

1) Valoraci3n de la Deambulaci3n. ¿Puede Caminar?

- Si el paciente puede caminar se le clasifica con el color Verde asignándole dicho color a la Tarjeta de Triage. Los pacientes que sean incluidos en esta categoría deben ser agrupados y apartados a un lugar más alejado designado para ellos donde no puedan interferir en el transcurso la actuaci3n sanitaria. Estos pacientes deben ser acompañados y supervisados por un personal sanitario, deben ser evaluados nuevamente en cuanto sea posible y deben recibir cuidados básicos hasta que sean evacuados por medios colectivos o por los medios de transporte de los que se dispongan.

-Si no puede caminar pasar a valorar la Respiraci3n.

2) Valoraci3n de la Respiraci3n. ¿Puede respirar?

- Si no existe respiraci3n realizar Apertura de Vía Aérea (Maniobra Frente-Ment3n, Tracci3n Mandibular):

. Si el paciente continua sin Respirar se le clasifica con el color Negro asignándole dicho color a la Tarjeta de Triage. Lo adecuado es no moverlos del lugar donde se han encontrado pero en el caso de que lo hayan llevado al puesto de Triage y el Responsable del Triage lo haya Triado con el color Negro deberán ser llevado al lugar del área de Triage designada para la Morgue.

. Si el paciente comienza a Respirar se le clasifica con el color Rojo asignándole dicho color a la Tarjeta de Triage. Se le colocará cánula de guedel o se le pone en Posici3n Lateral de Seguridad para mantener permeable la vía aérea.

- Si existe respiraci3n desde primera hora realizar contaje de la Frecuencia Respiratoria:

. Si Fr mayor de 30 se le etiqueta con el color Rojo.

. Si Fr menor de 30 valorar relleno capilar o pulso radial.

3) Valoraci3n del Relleno Capilar o Pulso Radial.

- Si Relleno Capilar mayor de 2 segundos o no existe pulso Radial se clasifica con el color Rojo, asignándole dicho color a la Tarjeta de Triage. Se procede a controlar cualquier tipo de hemorragia que pudiese existir (Compresi3n de Hemorragias).

- Si relleno capilar es menor de 2 segundos o si existe pulso radial se pasa a la valoraci3n del Estado Mental.

4. Valoraci3n del Estado Mental. ¿Responde a órdenes sencillas?

- Si el paciente no responde a órdenes sencillas o está confundido se clasifica con el color Rojo asignándole dicho color a la Tarjeta de Triage.

- Si el paciente responde a órdenes sencillas se le clasifica con el color Amarillo asignándole dicho color a la Tarjeta de Triage.

Tarjetas de Triage Prehospitalario

Las Tarjetas de Triage son unas tarjetas que sirven para clasificar a las víctimas en los mismos colores establecidos en el Código Internacional de Colores, que prendidas a la víctima la acompañan hasta el hospital. El proceso de etiquetado del paciente mediante el uso de Tarjetas de Triage es lo que se conoce como tagging.¹²

Estas tarjetas de uso internacional, aportan no sólo el color de la clasificación o Prioridad de las víctimas, determinado por el que ha quedado en la última posición, (ya que los anteriores se desprende por el prepicado que los separa), sino que hacen una leve descripción de las lesiones y, en lo posible, de la identificación del lesionado. También se anotará allí el centro hospitalario de destino.⁶

Las tarjetas deben ir bien atadas a la muñeca, tobillo o cuello del paciente, pero nunca a los vestidos o al calzado.

Si no disponemos de tarjetas, podemos hacer un marcaje de los pacientes con rotuladores indelebles, con una "X" en la frente, dependiendo de su gravedad.

El uso de las tarjetas no ofrece un consenso absoluto, las principales controversias surgen porque las tarjetas no siempre están disponibles, ofrece información sobre el deterioro de los pacientes pero no sobre su mejoría y ofrece poco espacio para transcribir información sobre la evolución.¹² Así pues, el uso de estas Tarjetas tienen una serie de ventajas e inconvenientes entre las que encontramos: ¹²

1) Ventajas:

- Se controla la asistencia impidiendo duplicar esfuerzos.
- Se establece un flujo ordenado de las víctimas.
- Se controla la cadena de evacuación.
- Se controla el conjunto de la catástrofe.
- La tarjeta de clasificación es un elemento más organizativo que asistencial.
- Controla los pacientes que van a cada hospital.
- Se evitan evacuaciones salvajes.

2) Inconvenientes:

- No se dispone de ellas cuando se necesitan.
- Problemas de legibilidad.
- Pérdidas durante la evacuación.
- Deterioro por el agua.

Tipos de Tarjetas de Triage Prehospitalario

Existen muchos tipos de Tarjetas de Triage. Las más conocidas son: ¹⁴

-Las Tarjetas M.E.T.T.A.G. (Medical Emergency Triage Tag). Diseñadas en la Convención de Chicago en el año 1970. Se trata de tarjetas que permiten la clasificación de heridos en cuatro categorías, las cuales quedan marcadas por las solapas desprendibles que llevan en su parte inferior.

Estas solapas vienen codificadas mediante colores y símbolos basados en las 4 Prioridades y los 4 colores básicos de clasificación del Código Internacional de Colores. Cada tarjeta y solapa desprendible viene impresa con la misma numeración. Permite la introducción de datos básicos como la identificación de la víctima, su dirección y país, la topografía de las lesiones más importantes y la medicación intramuscular o intravenosa que se le ha dispensado.

- Las Tarjetas I.C.S. Triage Tag (Incident Command System Tag). Son muy similares a las anteriores, presentan un cuadro para la anotación de constantes vitales y otro para datos identificativos más amplio que el de las tarjetas M.E.T.T.A.G. La designación de la Prioridad del herido se hace igualmente mediante el uso de solapas desprendibles de colores codificados, aunque en éstas los símbolos están sustituidos por las palabras inglesas "Deceased", "Immediate", "Delayed" y "Minor".

- Las Tarjetas E.M.S. Disaster Tag (Emergency Medical System Disaster Tag) son también similares a las dos anteriores, presentando como característica más reseñable un amplio espacio autocalcable (3 copias) para la anotación de la evolución de las constantes vitales, mapa de lesiones y tratamientos dispensados en el área del siniestro.

-Las Tarjetas C.H.S. Pouch (Casualty Handling System Pouch) permiten clasificar, a diferencia de las anteriores, a los heridos en cinco categorías y llevan incorporadas un informe de las características médicas y otro para la identificación de la víctima. Presentan, además, una serie de etiquetas autoadhesivas destinadas a marcar los objetos personales de las víctimas y en su caso una posible contaminación.

- Las Tarjetas M.R.C.C. Kit permite la clasificación de los heridos en cuatro categorías. Está compuesto por tres módulos, el primero de los cuales, que hace las funciones de abrazadera de los otros dos, se reserva para la identificación, características del traslado y determinación de la prioridad del herido. La marcación de prioridad se hace mediante solapas desprendibles identificadas mediante colores codificados.

Tarjetas M.E.T.T.A.G.

Uno de los sistemas que han demostrado más ventajas en su utilización es el sistema M.E.T.T.A.G. Es este tipo de Tarjeta de Triage las que se utilizan hoy en día en un gran número de Servicios de Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias españolas, como es el caso de los Servicios de Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias de Andalucía.^{10, 13}
Anexo 3

La tarjeta debe fijarse a la víctima en un lugar visible para facilitar el proceso de reevaluación y la recepción hospitalaria, normalmente en extremidades superiores, Inferiores, cuello, etc. El único inconveniente que tiene la tarjeta es que no se puede reclasificar al paciente por mejoría, es decir si durante el proceso de estabilización, manejo y transportación el paciente mejora, no es posible reflejarlo en la tarjeta previamente colocada.^{10, 13}

El llenado de la tarjeta se hace en el Puesto de Triage, siguiendo unas pequeñas reglas:

1) Anverso de la tarjeta:

- En el cuerpo de la tarjeta y en los triángulos amarillos de la parte superior, aparece el número de filiación, que permite el registro y control de pacientes. Estos triángulos son desprendibles y deben ser desprendidos, el del lado izquierdo por el Jefe del Puesto de Triage y el derecho por el operador de la ambulancia que efectúa el traslado al hospital.

- En la figura del reloj de arena se coloca la hora en sistema de 24 horas, es decir si son las seis de la mañana se anotan las 06:00 horas, por el contrario si fueran las seis de la tarde se anotan las 18:00 horas.

- En la línea cruzada por tres diagonales se anota la fecha con números arábigos, en el siguiente orden día, mes y año.

- Las siluetas de hombre y mujer, permiten la anotación del sexo.

- La figura de la casita, sirve para anotar la población o municipio en donde se produjo la urgencia.

- La figura de ciudad, nos permite anotar la ciudad o población a donde pertenece el municipio citado arriba.

- La figura de la cruz y el escudo, sirve para anotar antecedentes médicos de importancia.

- En la parte de abajo aparecen cuatro franjas con los colores negro, rojo, amarillo y verde respectivamente, que permiten marcar la Prioridad del paciente, simplemente desprendiendo las franjas requeridas hasta que quede aquella que corresponde al paciente.

2) Reverso de la tarjeta:

- En el cuerpo de la tarjeta y en los triángulos amarillos de la parte superior, aparece el número de filiación, que permite el registro y control de pacientes.

- En las figuras humanas, de frente y de dorso, se marcan las áreas que tienen lesiones de importancia

- En el cuadro que está por debajo de las figuras humanas se anotan los signos vitales y su evolución, de la siguiente manera:
- En los casilleros que tienen el reloj de arena se anota la hora en sistema de 24 horas, en que se tomaron los signos vitales o se aplicó algún medicamento.
- Donde aparece el esfigmomanómetro se anota la tensión arterial sistólica seguida de la diastólica (en mm de Hg).
- Donde se encuentra la mano tomando el pulso, se anota el número de pulsaciones por minuto.
- Donde aparece la figura humana soplando, se anota la frecuencia respiratoria, en número de ventilaciones por minuto.
- Las letras I.V. encerradas en un círculo permiten anotar los medicamentos, y dosis, que se administraron por vía intravenosa.
- Las letras I.M. encerradas en un círculo permiten anotar los medicamentos, y dosis, que se administraron por vía intramuscular

Puesto de Triage

Es la estructura física donde se realizará la clasificación de las víctimas de la Situación de Crisis. Es el espacio en el que se establecerá la Prioridad en la que las víctimas pasarán al Puesto Médico Avanzado para recibir asistencia sanitaria. Constituyen el primer contacto organizado de los Equipos de Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias con las víctimas.^{7, 8} Y es la segunda estructura eventual que se establece en el terreno. Se debe desplegar lo más precozmente posible. Se localizará dentro del Área de socorro en zona segura, visible, de fácil acceso, con amplitud suficiente^{7, 8} y en la parte anterior al Puesto Médico Avanzado.¹⁰

Debe estar correctamente identificado mediante una bandera o medio similar que indique claramente el espacio ocupado por el Puesto de Triage.^{7, 8}

Organización del Puesto de Triage

El Puesto de Triage se situará siempre de cara a la localización del incidente permitiendo un flujo unidireccional de víctimas desde Área de Salvamento hacia el Área Base. A su espalda se situará el Puesto Médico Avanzado.

El Puesto de Triage se dividirá en 4 zonas uno para cada Prioridad con la que se clasifican las víctimas, que estarán identificadas con una bandera del color correspondiente. Las 4 zonas serán: ¹⁰

- Zona Verde o Redil (Prioridad III). Señalizada con una bandera Verde. Situada en una zona segura y lejana de la zona de despliegue sanitario y por tanto alejada del Puesto de Triage y del Área de Socorro, lo más cerca posible al Área de Base. En él se ubicarán las víctimas clasificadas con color Verde (Prioridad III). Las víctimas se colocarán de la forma más ordenada posible.

- Zona Roja (Prioridad I). Señalizado con una bandera Roja, por ejemplo al lado derecho. Situada en el Propio Puesto de Triage. En él se ubicarán las víctimas clasificadas con el color Rojo (Prioridad I).

- Zona Amarilla (Prioridad II). Señalizada con una bandera Amarilla, por ejemplo al lado izquierdo. Situada en el propio Puesto de Triage. En él se ubicarán las víctimas clasificadas con el color Amarillo (Prioridad II).

- Zona Negra o Morgue (Prioridad IV). Señalizada con una bandera Negra. En él se ubicarán las víctimas clasificadas con el color Negro (Prioridad IV).

Las víctimas situadas en estas tres últimas zonas serán colocadas de la forma más ordenada posible es recomendable que se encuentren todas en paralelo una junto a las

otras con al menos un metro de distancia entre ellas con la cabeza o los pies de forma indistinta en dirección hacia el Puesto Médico Avanzado.

Recursos Materiales del Puesto de Triage

Una vez que contamos con los recursos humanos idóneos para realizar el Triage debemos dotarla de un material mínimo para poder llevar a cabo este procedimiento.¹⁰

-Material de Despliegue: Bandera de Puesto de Triage, Banderas de color Verde, Roja, Amarilla y Negra, pies para colocación de las banderas, etc.

-Material de Clasificación: Tarjetas de Triage, pinzas de Triage, etc.

-Riñoneras para depositar material asistencial para realización de Maniobras Salvadoras.

-Equipamiento para la realización de Maniobras Salvadoras establecidas en riñoneras: cánulas de guedel, compresas, gasas, vendas, collarines, etc.

Personal Responsable del Triage.

El Triage es un procedimiento de clasificación sanitaria de pacientes o víctimas, por lo que debe ser realizado por personal sanitario.

De todos los profesionales sanitarios es la Disciplina Enfermera la que posee dentro de sus competencias profesionales la realización del Triage tanto hospitalario como Extrahospitalario.⁵ Es por tanto de vital importancia que el personal de Enfermería esté instruido en los métodos y procedimientos específicos de cada ámbito para la realización del mismo.

En el ámbito Extrahospitalario por tanto el Triage de las víctimas será realizado por tanto por Enfermeros/as de Emergencias Sanitarias, concretamente por el Enfermero/a del Primer Equipo Interviniente que a su llegada al lugar se establece como Jefe del Puesto de Triage, y que en casos de que la Situación de Crisis sea amplia irá incorporando a este puesto a los Enfermeros/as de apoyo que vayan llegando al escenario para reforzar la realización del Triage.³

Esta acción de Triage está abalada por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) en la que se establecen como actividades de competencia de la disciplina Enfermera las actividades 6362.Triage: Catástrofes, 6364. Triage: Centro de Urgencias, 6366. Triage: Teléfono.⁵

En el caso de Situaciones de Crisis por Incidentes por Agentes Químicos o Biológicos, será necesario un Triage antes de llevar a las víctimas a las unidades de descontaminación por lo que éste será un Triage bipolar inicial, distinguiendo entre caminantes y no caminantes, realizado por los equipos de salvamento situados en el Área de Salvamento o si estuviese disponible un Enfermero/a de Emergencias Sanitarias entrenado en rescate de víctimas con equipos de Equipos de Protección Individual de protección alta. Todo el personal encargado debe tener entrenamiento apropiado y equipos de protección individuales apropiados al nivel predeterminado del incidente (generalmente nivel A o B).¹

En resumen:

1) Responsable del Triage:

- Enfermero/a de Emergencias Sanitarias. Enfermero del Primer Equipo Interviniente (Jefe de Triage) y Enfermeros de Emergencias Sanitarias de apoyo.³

2) Responsable del Triage en el Punto Cero en caso de Incidente por Agentes Químicos o Biológicos:

- Equipo de Salvamento en el Área de Salvamento.¹

- Enfermero/a de Emergencias Sanitarias entrenado en rescate de víctimas con EPI de protección alta.

Procedimiento del Triage Extrahospitalario

Debido a la falta de documentación existente que determine un procedimiento específico a llevar a cabo para la realización del Triage Prehospitalario en Emergencias, como resultado de la experiencia profesional, el conocimiento adquirido a través de cursos de postgrado especializados en Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes y la participación en múltiples simulacros referentes al tema, determinamos que el Procedimiento del Triage Extrahospitalario es el siguiente:

El Primer Equipo Interviniente de Emergencias Sanitarias llega a la zona de la Situación de Crisis.

El personal designado para la realización del Primer Triage Básico Extrahospitalario es el personal de Enfermería de Emergencias Sanitarias, concretamente el Enfermero/a del Primer Equipo Interviniente que se designará como Jefe del Triage.^{3, 19} Del resto de Enfermeros/as de Emergencias Sanitarias que vayan llegando al lugar de la Crisis se le asignarán una proporción como personal de apoyo al Puesto de Triage.

El Enfermero/a de Emergencias Sanitarias del Primer Equipo Interviniente cogerá de la unidad asistencial el Kit de Catástrofes establecido para estas Situaciones.

El Enfermero/a de Emergencias Sanitarias del Primer Equipo Interviniente se colocará el chaleco identificativo que le designa como Jefe del Triage. Se colocará casco de protección, todos los Equipos de Protección Individual y riñoneras de Triage.

Se inspeccionará con una visión rápida el terreno.

Se designará una zona para el despliegue del Puesto de Triage. Debe ser una zona segura y amplia, debe estar dentro del Área de Socorro en una posición anterior y paralela al Puesto Médico Avanzado quedando éste a la espalda del Puesto de Triage.

Se procederá a la ubicación, delimitación, señalización y sectorización del Puesto de Triage. Se delimitará por este orden las zonas básicas del Triage:

- Zona Verde o Redil (Prioridad III). Se establecerá en una zona segura y lejana de la zona de despliegue sanitario y por tanto alejada del Puesto de Triage y del Área de Socorro, lo más cerca posible al Área de Base.

-Zona Roja (Prioridad I), Zona Amarilla (Prioridad II) y Zona Negra (Prioridad IV). Se establecerán en el Puesto de Triage situado en el Área de Socorro. A ser posible, la Zona Negra, aunque dentro de propio Puesto de Triage, se establecerá un poco más apartado de este pero en la línea del mismo.

Cada una de estas zonas Deben ser señalizadas, delimitadas y ser adecuadamente visibles dentro del Puesto de Triage. A excepción de la Zona Verde que se situará alejada al mismo.

Se procederá al despliegue los elementos necesarios para la realización del Triage: Banderas, alfombras, banderolas, tarjetas, material asistencial, etc.

Se incorporará y se les darán funciones específicas al personal de apoyo que el Mando médico le vaya asignando siempre que haya personal de apoyo. Requerirá más dotación de recursos humanos de apoyo si lo necesita en algún momento del proceso del Triage.

Una vez terminadas estas acciones el Puesto de Triage estará correcto para recibir víctimas.

Se procederá a establecer el orden de Prioridad de las víctimas que se debe establecer basándose en un sistema de clasificación aceptado previamente por la disciplina sanitaria. Este Triage será realizado por el Jefe de Triage. Recomendaciones:

-Es recomendable utilizar el Método S.T.A.R. El sistema de clasificación sanitaria Prehospitalaria más utilizado y recomendado internacionalmente es el Método S.T.A.R. (Simple Triage And Rapid Treatment). Está diseñado para que personal Prehospitalario conseguiremos valorar rápidamente y de forma simple a las víctimas y pasen a ser

atendidos según su gravedad.⁴ Deben ser clasificadas en 4 categorías en función de la gravedad Rojo, Amarillo, Verde y Negro, Como ya se ha explicado con anterioridad.

-Es recomendable utilizar Tarjetas M.E.T.T.A.G.G. ya que son simple de completar y se adaptan perfectamente al Código Internacional de Colores.

Se procederá a la recepción de víctimas que deambulan. El Objetivo es retirar a las víctimas que pueden andar de la zona donde se realiza el despliegue sanitario:

-Lo primero y más prioritario es que el Jefe de Triage designe una persona responsable de recepcionar a las víctimas que deambulan, preferentemente personal sanitario, éste se le designará como Responsable del Redil o Zona Verde. Pero si no fuese posible puede ser realizado por otro tipo de disciplina y posteriormente se la reforzará con personal sanitario de apoyo. El Responsable del Redil deberá ir dotado de Equipo de Protección Individual, Tarjetas de Triage y material asistencial.

- Se procederá a agrupar y desalojar a las víctimas que deambulan en un lugar alejado del Área de Socorro. Debe Recopilarlos a todas las víctimas y llevarlos a una zona segura y lejana de la zona de despliegue sanitario lo más cercana posible al Área de Base, que se denominará Zona Verde o Redil. Debe pedir ayuda de otras disciplinas no sanitarias si fuese necesario. Una vez ubicados en el Redil todas las víctimas capaces de deambular, se las triará con color Verde, se les colocará la Tarjeta de Triage y se marcará en ellas el color Verde. Se procederá a dar la asistencia sanitaria que requiriesen las víctimas, registrar en la tarjeta información identificativa, si fuese posible y la asistencia sanitaria que se ha realizado hasta que vayan a ser evacuados por medios colectivos a centros estipulados para su control y asistencia. El Responsable de Redil deberá retirar de la Tarjeta de Triage la numeración que se encuentra en el borde superior izquierdo de la tarjeta para su posterior contaje y filiación. Es importante destacar que este grupo de víctimas debe estar bien delimitado, apartado y estrictamente controlado por que son los que más desorganización pueden aportar a la situación.

Se procederá a la recepción de las víctimas que no deambulan. Las víctimas que no deambulan serán desplazadas al Puesto de Triage por personal de rescate, fuerzas del orden, camilleros o voluntarios preferentemente en camillas si fuese posible. Siempre que sea posible la recepción y Triage de las Víctimas será realizada por el Jefe de Triage.

El Jefe de Triage recepciona a las víctimas de forma individual. Realizará un Triage de la Víctimas designándole una Prioridad según el método de Triage preestablecido, clasificando a las víctimas con la Prioridad Roja (Prioridad I), Amarilla (Prioridad II) o Negra (Prioridad IV).

Colocará la Tarjeta de Triage y se marcará en ellas el color que determinará la Prioridad de la víctima.

Retirá de la Tarjeta de Triage la numeración que se encuentra en el borde superior izquierdo. Para poder contabilizar posteriormente el número de víctimas que han entrado en el circuito de asistencia sanitaria Extrahospitalaria y tener el número de filiación con la que cada víctima ha sido etiquetada.

Posteriormente se ubicará a la víctima en la zona del Puesto de Triage designada para su Prioridad que corresponderá al mismo color designado en su Tarjeta de Triage, es decir las víctimas triadas con el color Rojo se colocarán en la zona Roja del Puesto de Triage, las víctimas triadas con el color Amarillo se colocarán en la zona Amarilla del Puesto de Triage y las víctimas triadas con el color Negro se colocarán en la zona Negra del Puesto de Triage. Las víctimas serán colocadas de la forma más ordenada posible es recomendable que se encuentren todas en paralelo una junto a las otras con al menos un metro de distancia entre ellas con la cabeza o los pies de forma indistinta en dirección hacia el Puesto Médico Avanzado. El Jefe de Triage o preferiblemente los

Enfermeros/as de Emergencias Sanitarias de apoyo designados en el Puesto de Triage, si los hubiese, procederán a la realización de las Maniobras Salvadoras que fuesen posible realizar, registrar en la tarjeta información identificativa de la víctima, si fuese posible y a anotar las Maniobras Salvadoras realizadas. Si el flujo de víctimas es excesivo y se dispone de personal de apoyo, las víctimas serán recepcionados y Triados por Enfermeros/as de Emergencias Sanitarias designados y establecidos en varios puntos del Puesto de Triage, mientras que el Jefe de Triage adoptará un papel de supervisión, coordinación y gestión del Puesto de Triage.

Todas las víctimas que pasen por el Puesto de Triage deben ser Triadas y etiquetadas antes de pasar al Puesto Médico Avanzado.

El Jefe del Puesto de Triage determinará el orden de salida de dichas víctimas hacia el Puesto Médico Avanzado, atendiendo a la demanda que le irá indicando el Jefe del Puesto Médico Avanzado. Primero deberán ir saliendo para el Puesto Médico Avanzado las Víctimas triadas con color Rojo y posteriormente las víctimas triadas con color Amarillo. Las víctimas Rojas serán dirigidas siempre y sin excepción alguna hacia la zona del Puesto Médico Avanzado identificado con el color Rojo (donde se tratará a víctimas con la Prioridad I) y las víctimas Amarillas serán dirigidas siempre y sin excepción alguna hacia la zona del Puesto Médico Avanzado identificado con el color Amarillo (donde se tratará a víctimas con Prioridad II). No debe haber en ningún caso cruce de víctimas triados con un color hacia una zona identificada con otro color. Ninguna víctima Amarilla saldrá del Puesto de Triage a no ser que la zona del Puesto Médico Avanzado para tratar a las víctimas Rojas esté completo y no pueda recepcionar a más víctimas Rojas, es entonces cuando se le dará paso a la víctimas triadas como Amarillas a la zona del Puesto Médico Avanzado para tratar víctimas Amarillas. Posteriormente se irá dando paso paulatinamente al resto de víctimas priorizando siempre el paso de las víctimas triadas como Rojas antes que las triadas como Amarillas. A continuación se irá dando paso a las víctimas conforme se vayan quedando libres los huecos de cada una de las dos zonas del Puesto Médico Avanzado, priorizando siempre el paso de las víctimas triadas como Rojas a la zona Roja del Puesto Médico Avanzado. Por ejemplo, si el Puesto Médico Avanzado puede recepcionar a 4 víctimas triadas como Rojas a la vez y otras 4 víctimas triadas como Amarillas a la vez, el Jefe de Triage dará paso primero a las 4 víctimas triadas como Rojas y cuando estas ya estén ubicadas en el Puesto Médico Avanzado entonces dará paso a las otras 4 víctimas Triadas como Amarillas. Posteriormente irá dando paso a los huecos que se vayan quedando vacíos, es decir, hay un puesto de la zona Roja del Puesto Médico Avanzado vacío daríamos paso a una víctima triada como Roja, si hubiese libre un hueco en la zona Amarilla del Puesto Médico Avanzado daríamos paso a una víctimas triada como Amarilla. Si tuviésemos dos huecos libres a la vez en las zonas Roja y Amarilla del Puesto Médico Avanzado pasaríamos siempre en primer lugar a una víctima triada como Roja.

Una vez finalizado el flujo de víctimas el Jefe de Triage contabilizará el número de víctimas que han entrado en el circuito de asistencia sanitaria Extrahospitalaria sumando todas las numeraciones retiradas de las tarjetas que han colocado a las víctimas que han sido triadas en el Puesto de Triage y las que sean colocado a las víctimas que se dirigieron al Puesto de Redil.

El personal de apoyo será reubicado en otros puntos del circuito donde se identifiquen carencias.

Una vez finalizado todo el circuito se procederá al repliegue del Puesto de Triage y reactivación de los recursos utilizados.

6. Conclusiones

La Disciplina Enfermera es la responsable inequívoca de la ejecución del Triage Extrahospitalario. Las Situaciones de Crisis a las que los profesionales sanitarios de Extrahospitalaria se tienen que enfrentar son por definición ámbitos hostil, llenos de peligros y de caos para ellos por lo que los profesionales de Enfermería deben tener obligatoriamente líneas de actuación que les permitan ejecutar actuaciones rápidas y resolutivas que permitan aumentar la esperanza de vida de las personas involucradas en este tipo de situaciones.

Existe escasa documentación referente al Triage en Emergencias Extrahospitalarias dirigido exclusivamente a Enfermeros/as, lo que hace latente la necesidad de investigación por parte de la Disciplina Enfermera en este ámbito.

Este proceso de revisión sobre Triage aporta una línea de actuación clara y concisa para los profesionales de Enfermería que desempeñan su disciplina en el ámbito Extrahospitalario. Este documento ayudará a que los Enfermeros/as de Emergencias que se encuentren involucrados en una Situación de Crisis sean capaces de desplegar correctamente un Puesto de Triage y desarrollar un proceso procedimiento de Triage adecuado.

Sin embargo, cabe destacar que para poder conseguir un conocimiento adecuado y ser capaz de realizar un proceso de Triage correcto en el momento adecuado es necesario realizar continuos entrenamientos y procesos de aprendizaje en el terreno a través de ejercicios de simulacros. Es pues este proceso el más efectivo para afianzar conocimientos.

Bibliografía

1. Alvarez LC, Macías SJ. Manual de Procedimientos en Gestión de Crisis. SEMECA. Sociedad Española de Medicina de Catástrofes. 1ªEd. Madrid: Editorial Arán. 2007.
2. EPES [sede web]. Malaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales; 2013 [actualizado 20 de febrero de 2013; acceso 29 de julio de 2014]. Nuestros Recursos [aproximadamente 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.epes.es/cocoon/epes-estatico.html?omv=/menuVertical/laEmpresa/&omvh=/menuVertical/laEmpresa/nuestrosRecursos/&language=&c=nuestrosRecursos>.
3. SUMMA112 [sede web]. Madrid: SUMMA. Comunidad de Madrid: 2012 [actualizado 12 mar 2012; acceso 10 de junio de 2014]. Manual para el Manejo de los Incidentes de Múltiples Víctimas en la Urgencia Extrahospitalaria [aproximadamente 61 pantallas]. Disponible en: <http://www.semesmadrid.es>.
4. Cuartas-Alvarez T, Castro-Delgado R, Arcos-González P. Aplicabilidad de los sistemas de triaje prehospitalarios en los incidentes con múltiples víctimas: de la teoría a la práctica. Semes. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [revista en internet]. 2014; 4 [acceso 15 de agosto de 2014]; 26(2). Disponible en: http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/numeros-antteriores/volumen-26/numero-2/aplicabilidad-de-los-sistemas-de-triaje-prehospitalarios-en-los-incidentes-de-multiples-victimas-de-la-teoria-a-la-practica/.

5. J. McCloskey Dochterman, G.M. Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4 ed. Elsevier (Madrid); 2005.
6. Ristori L. Respuesta prehospitalaria al evento con múltiples víctimas. Revista Médica Clínica las Condes [revista en internet]. 2011 [acceso 15 agosto de 2014]; 22(5). Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/5%20sept/respuesta-prehospilataria-4.pdf.
7. Alvarez LC. Manual de atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes. SEMECA. Sociedad Española de Medicina de Catástrofes. 3ª Ed. Madrid: Editorial Arán. Madrid. 2008.
8. Alvarez LC. Manual de atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes. SEMECA. Sociedad Española de Medicina de Catástrofes. 2ª Ed. Madrid: Editorial Arán. Madrid. 2005.
9. Castro-Delgado R. El modelo extrahospitalario de triage avanzado. Revista: Prehospital Emergency Care-Elsevier [revista en internet]. 2011; 3 [acceso 26 de agosto de 2014]; 4(1). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/prehospital-emergency-care-edicion-espanola-44/el-modelo-extrahospitalario-triage-avanzado-90002665-ponencias-2011?bd=1>.
10. Martín RF, Delgado BJ. Manual de asistencia prehospitalaria en emergencias y catástrofes. 1ªEd. Valladolid: Fundación Enfermería Castilla y León. Valladolid. 2003.
11. Vicente-Molinero A, Muñoz J, Pardo-Vintanel T, Yáñez- Rodríguez F. Triage in situ Extrahospitalario. Revista Semergen-Elsevier [revista en internet]. 2011; 4 [acceso 5 de septiembre de 2014]; 37(4). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/triaje-in-situ-extrahospitalario-90002697-recomendaciones-buena-practica-clinica-2011>.
12. Alvarez-Leiva C, Macías-Seda J. Triage: generalidades. Revista Emergencias y Catástrofes [revista en internet]. 2001 [acceso 6 septiembre de 2014]; 2(3). Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Triage%20generalidades.pdf>.
13. Illescas-Fernandez Geraldo. Triage: atención y selección de pacientes. Revista Medigraphic Artemisa [revista en internet]. 2006 [acceso 5 de septiembre de 2014]; 9(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062e.pdf>.
14. Goitia-Gorostiza A, Zurita-Fernández A, Millán-López J.M. Clasificación de heridos en catástrofes. Semes. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [revista en Internet]. 1999 [acceso 5 septiembre de 2014]; 11(132). Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol11_2/pags.132-140.pdf.
15. Manosalva-Murillo J. Rol del enfermero en el área de Triage. Revista Avances en Enfermería de la Universidad de Colombia [revista en internet]. 2005 [acceso 6 de septiembre de 2014]; 23(1). Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiii1_8.pdf.

16. Montero-Rodriguez M.G, Gómez-Rodriguez A, Dominguez-Rodriguez E. Triage prehospitalario: nociones básicas para profesionales no entrenados. *Metas de enfermería* (Madrid). 2013; 16(9): 6-12.

17. Fernández AD. Aparicio SJ. *Manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate*. 1ª Ed. Madrid: Editorial Arán. 2002.

18. Organización Panamericana de la Salud [sede web]. Washigton. Centro de conocimiento de salud pública y desastres. 2012 [actualizado 10 de septiembre de 2014; acceso 1 de septiembre de 2014]. Manejo prehospitalario de víctimas en masa [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en:
http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=154:6-1-manejo-prehospitalario-de-victimas-en-masa-5-188&catid=205:6-1-manejo-prehospitalario-de-victimas-en-masa&Itemid=578&lang=es.

19. EPES [sede web]. Malaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales; 2013 [actualizado 20 de febrero de 2013; acceso 29 de julio de 2014]. Publicaciones [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en:
http://www.epes.es/anexos/publicacion/Guia_Trafico/Guia_Trafico_061.pdf.

20. CETPH [sede web]. Madrid: Consejo Español de Triage Prehospitalario y Hospitalario; 2012 [actualizado 10 de septiembre de 2014; acceso 10 de septiembre de 2014]. Triage Básico Adultos [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en:
<http://cetph.wordpress.com/2012/01/12/triage-basico/>.