

Modelo Extrahospitalario de Triage Avanzado

Jaime Barreiro

Enfermero SEM

Profesor Laboratorio Simulación Universitat de Barcelona

OBJETIVOS



Conocer los fundamentos de la asistencia ante un IMV o desastre

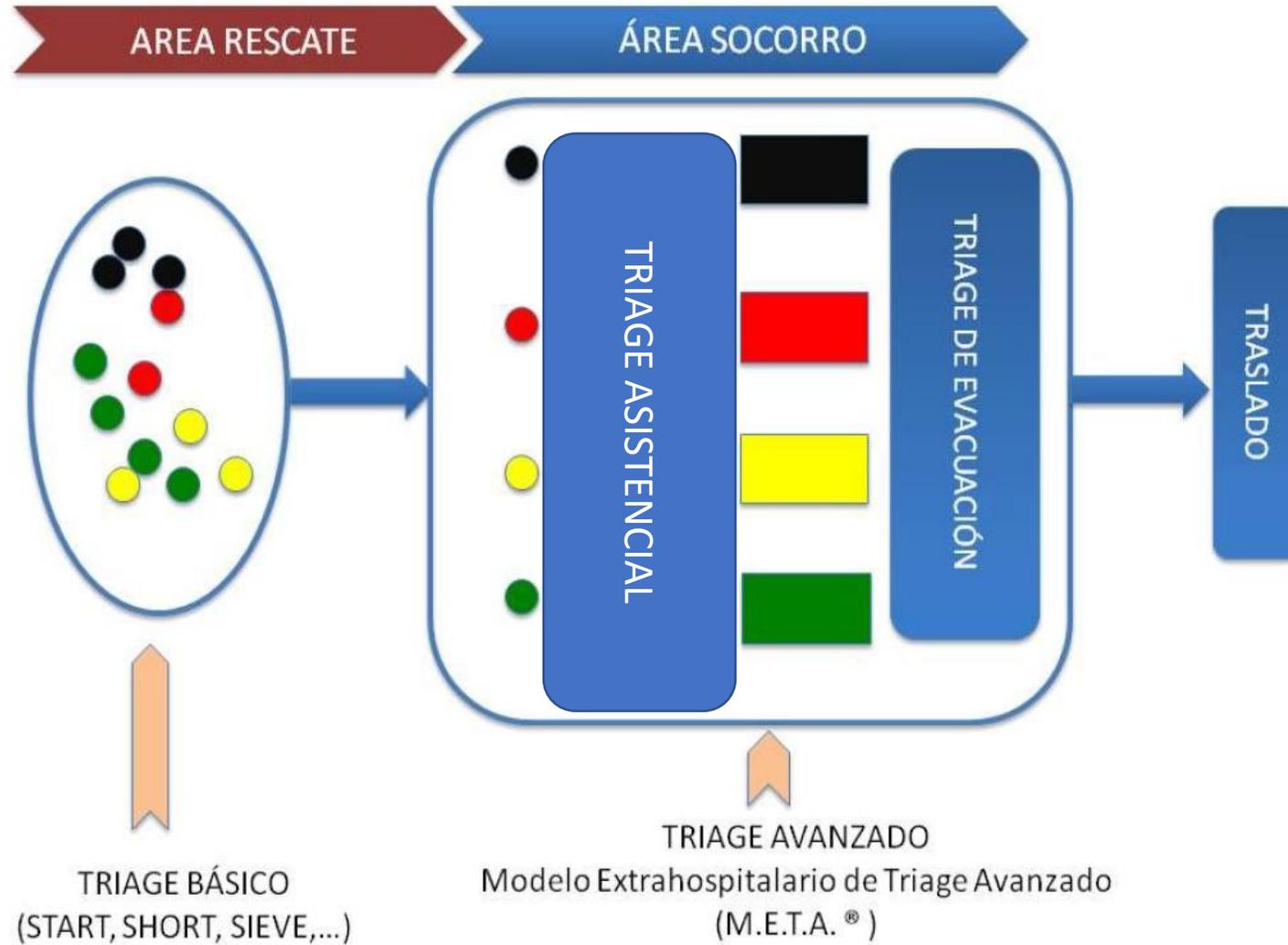


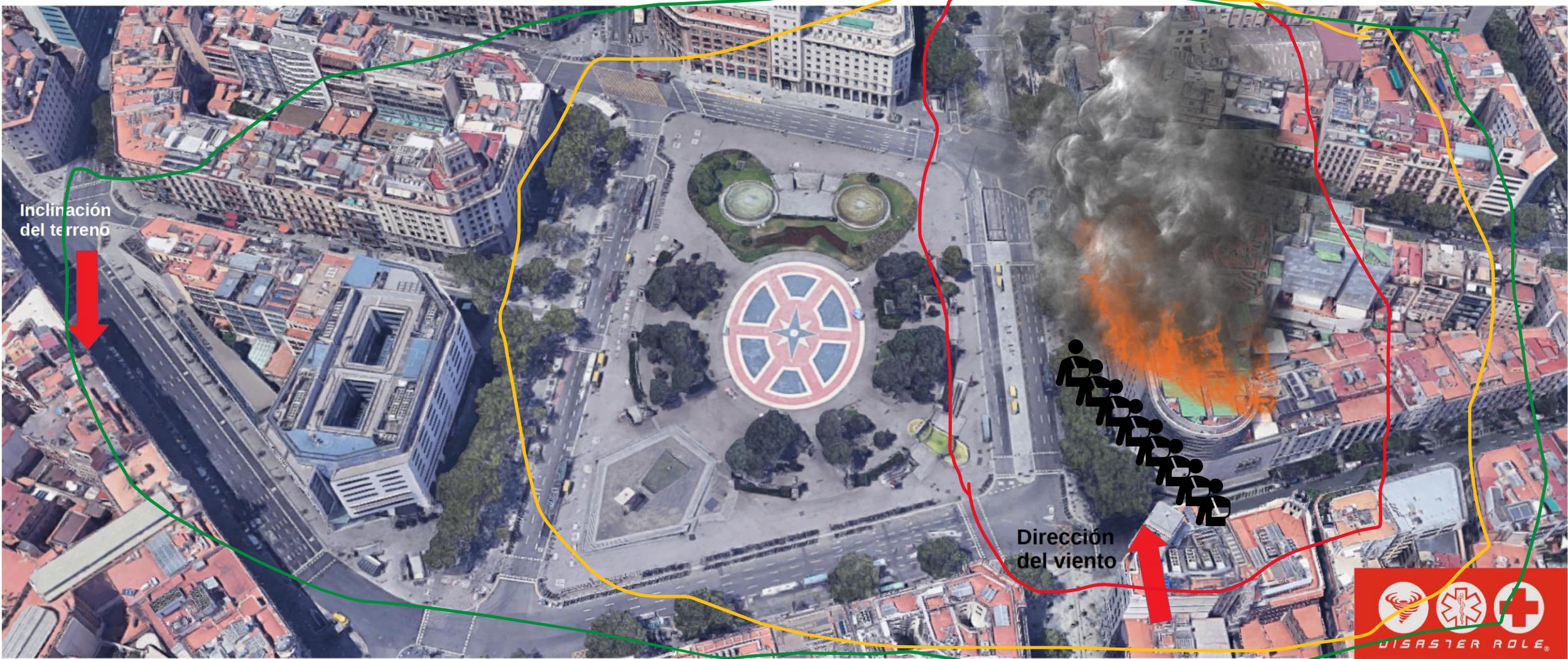
Conocer y practicar el Triage básico



Conocer y practicar el Triage avanzado tipo META

ESQUEMA DE LA SECUENCIA DE TRIAGE

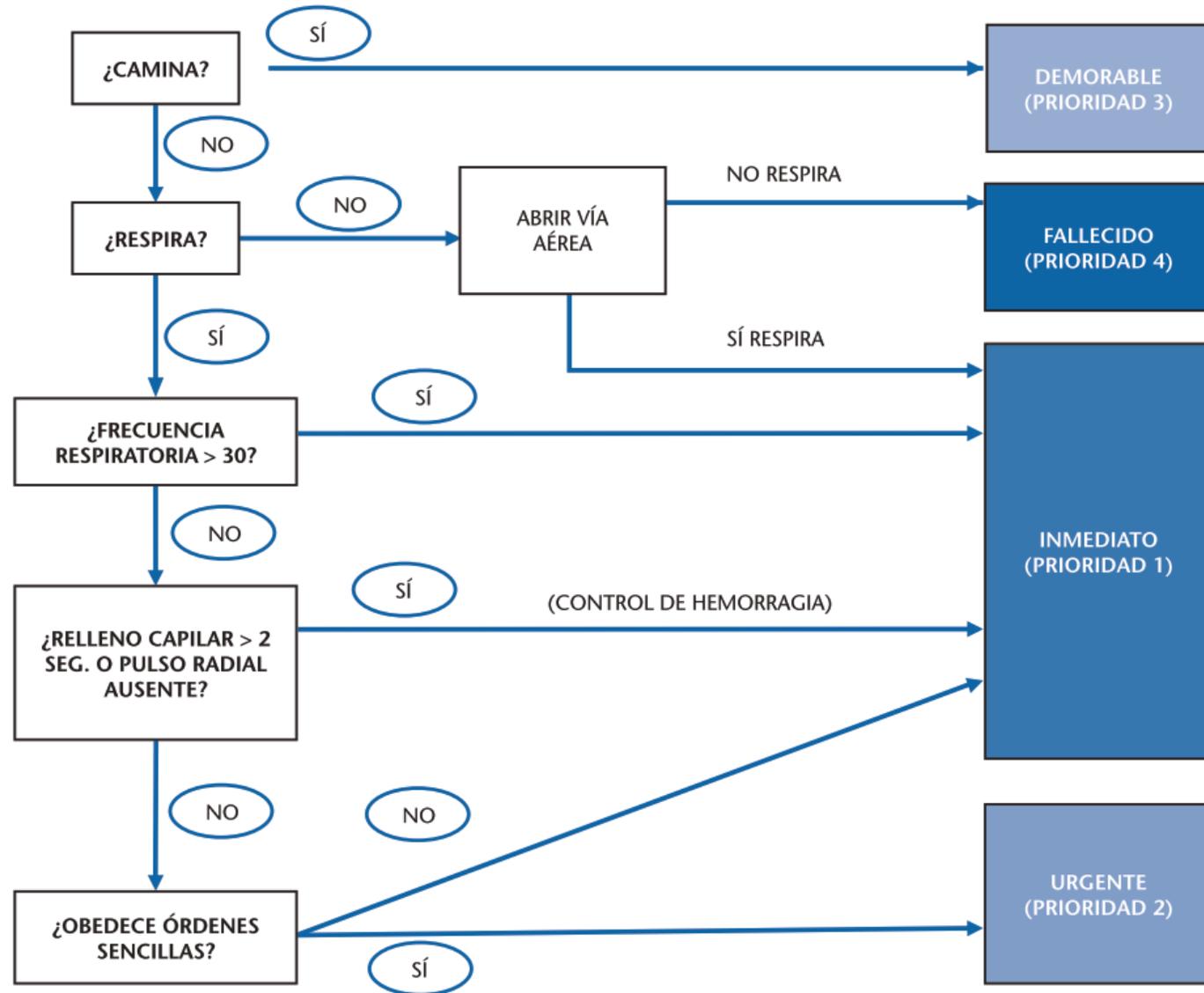


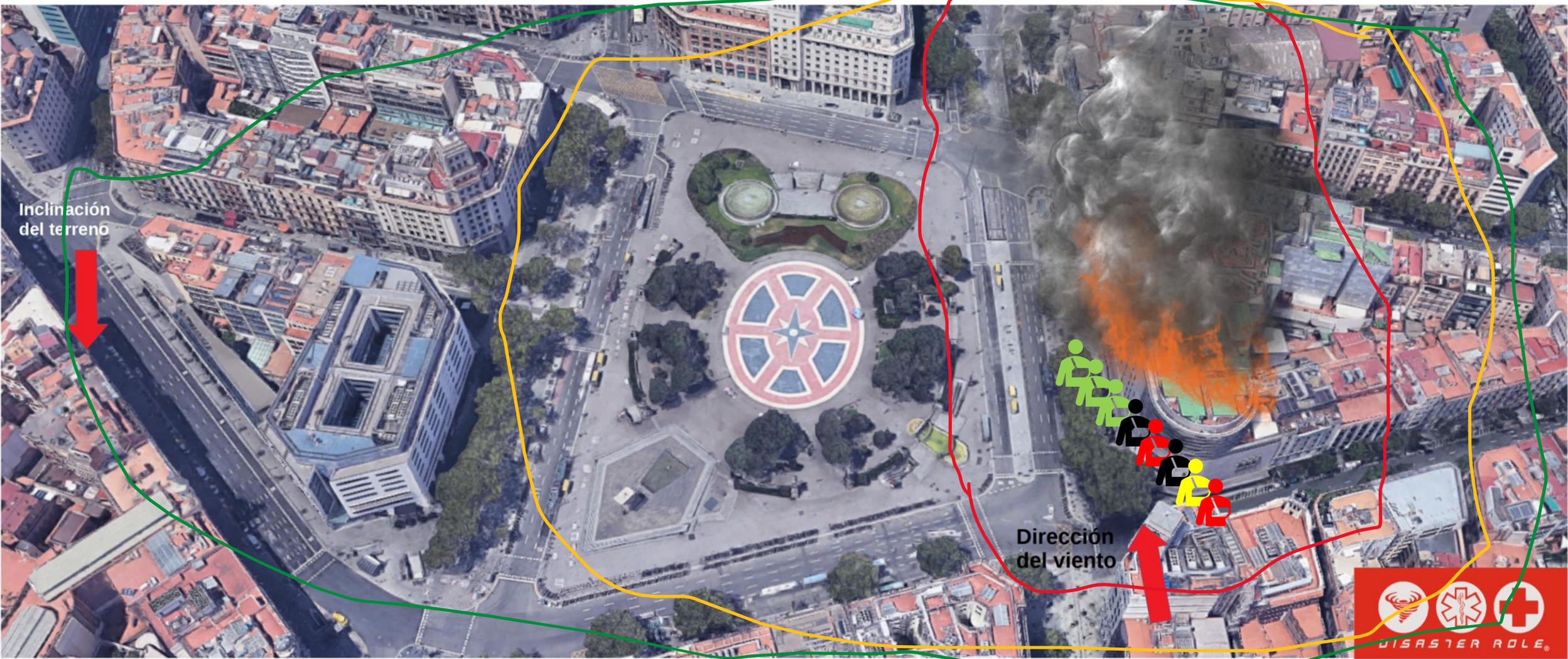


Inclinación del terreno

Dirección del viento





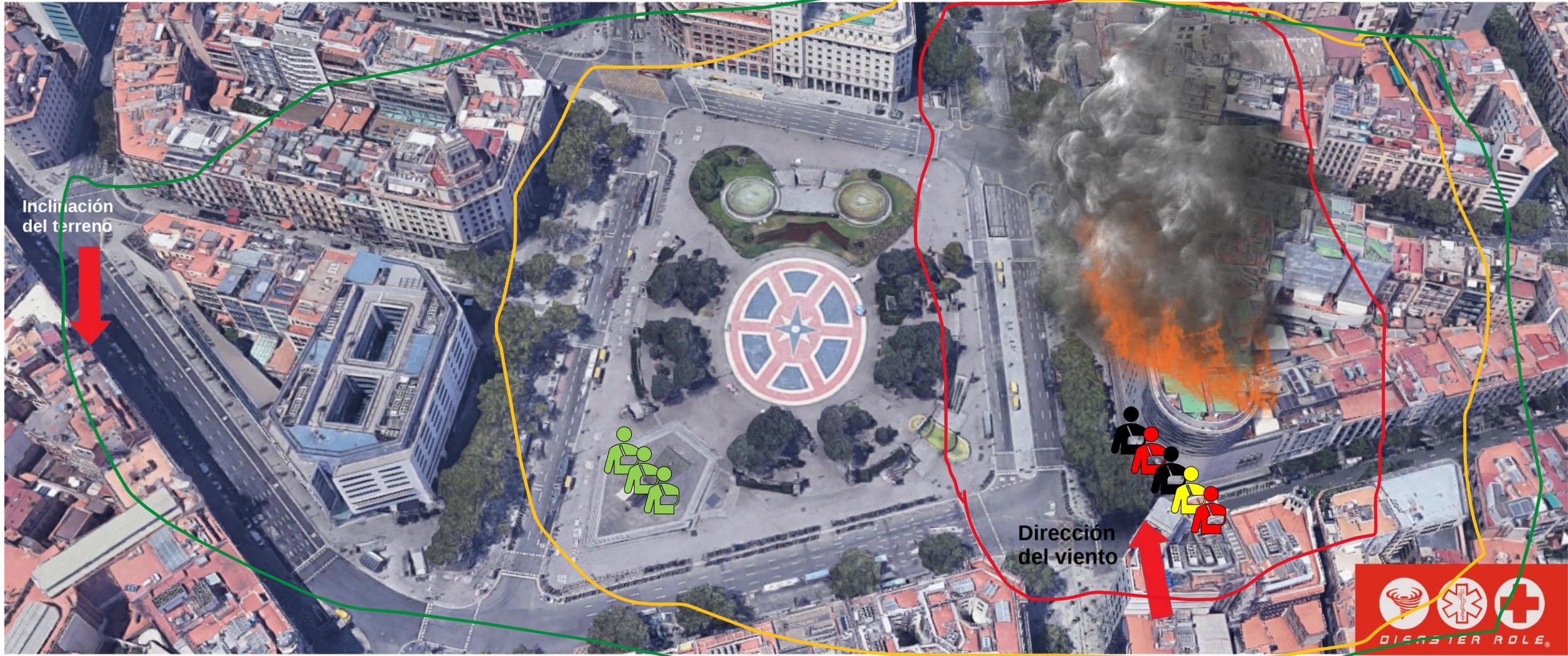


Inclinación del terreno



Dirección del viento

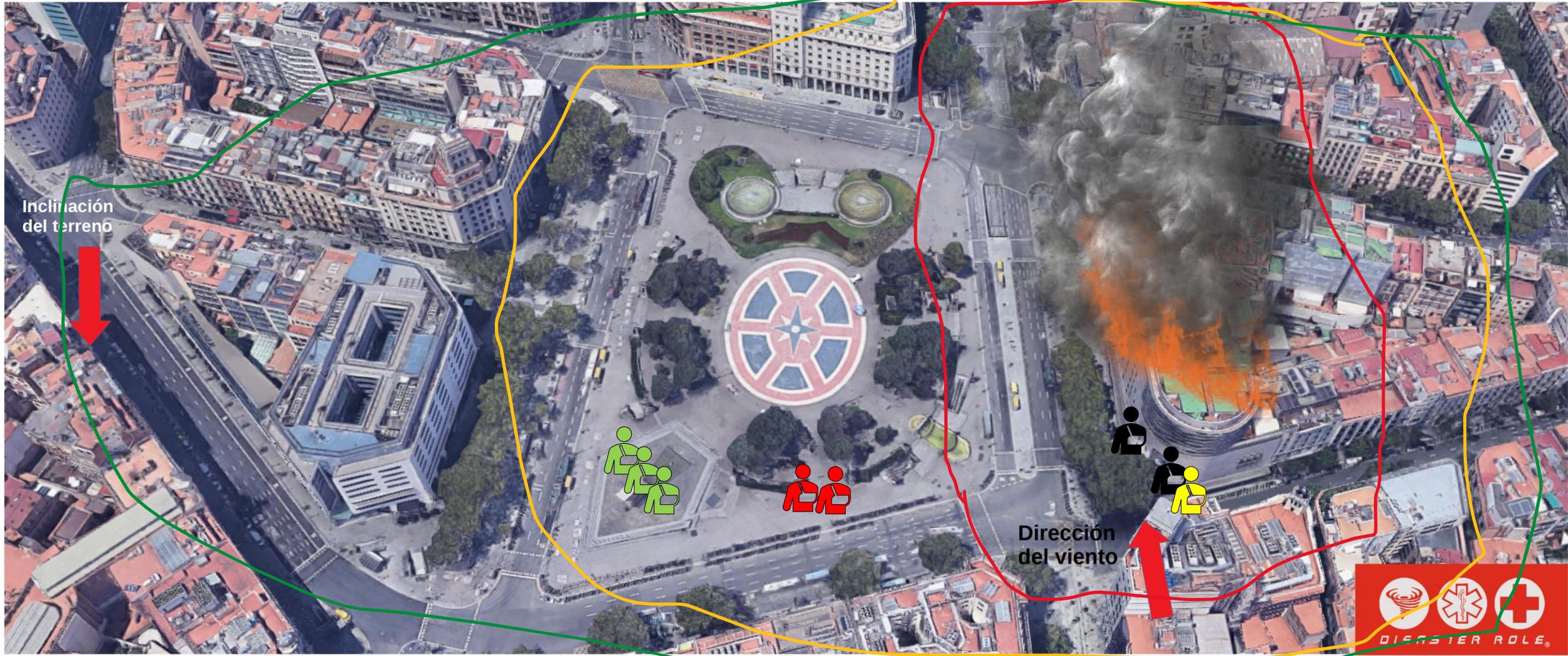




Inclinación del terreno

Dirección del viento





Inclinación del terreno

Dirección del viento

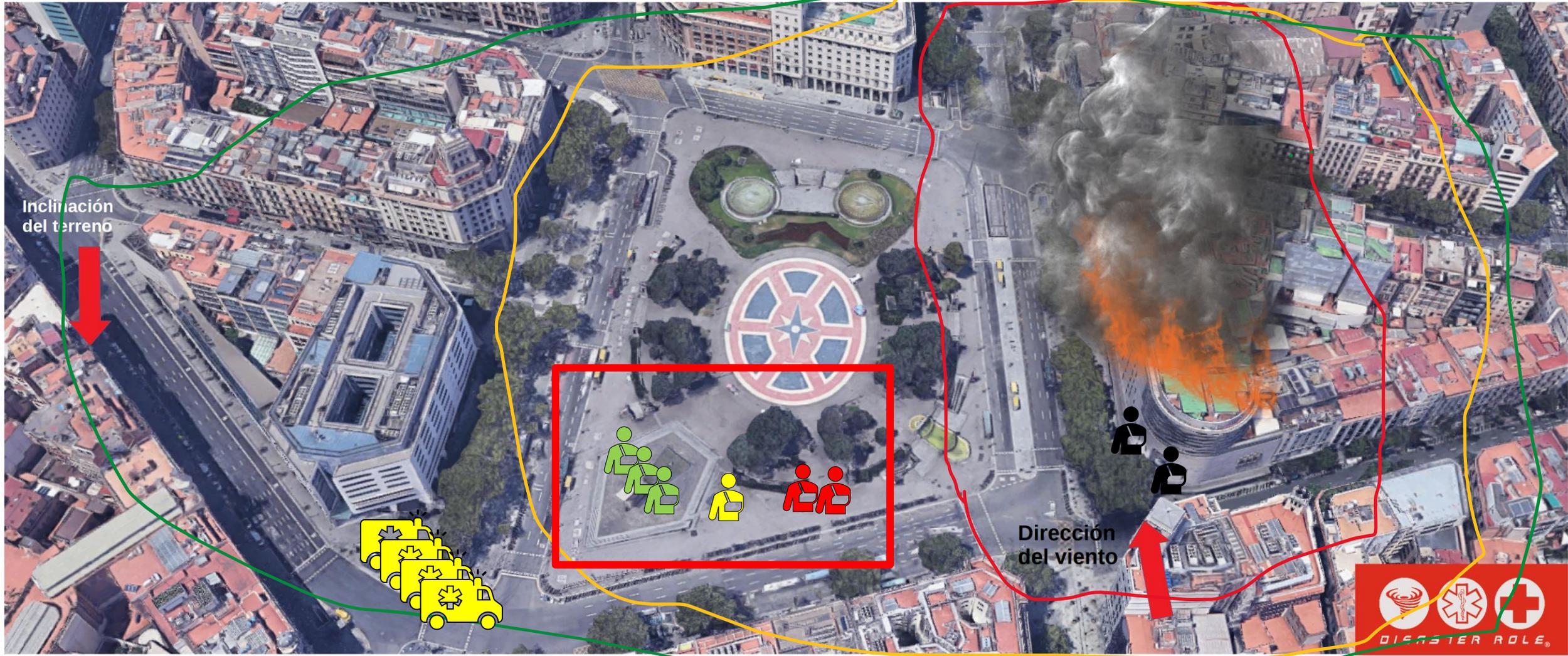




Inclinación del terreno

Dirección del viento





Inclinación del terreno

Dirección del viento



PUNTO DE VISTA

Diez años del Modelo Extrahospitalario de Triage Avanzado (META): versión 2020

*Ten years using the advanced triage model for out-of-hospital emergencies (META):
the 2020 version*

Pedro Arcos González¹, Rafael Castro Delgado^{1,2}, Tatiana Cuartas Álvarez^{1,2}, Gracia Garijo Gonzalo³, Carlos Martínez Monzón⁴, Nieves Peláez Corres³, Alberto Rodríguez Soler⁵, Rodolfo Romero Pareja^{1,6}, Fernando Turégano Fuentes^{1,7}

EVIDENCIA DE RESULTADOS SOBRE LOS SISTEMAS DE *TRIAGE*

Pedro Arcos González

*Director de la Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre (UIED). Departamento de Medicina.
Universidad de Oviedo. Oviedo. España.*

UN INCIDENTE DE VEHÍCULO INVOLUADO.

Los resultados de un método sólo son válidos en unas determinadas condiciones, para un sistema de emergencias específico e incluso para un tipo determinado de profesional. Por ello, es particularmente relevante el hecho de que el diseño de un método de *triage* se haga de acuerdo a la realidad del sistema de salud donde va a ser aplicado, particularmente con el perfil académico, profesional y de experiencia del personal que va a realizar el *triage*. En este sentido, en este nú-

EDITORIAL

17 A. Atentado terrorista en Barcelona: primeras impresiones

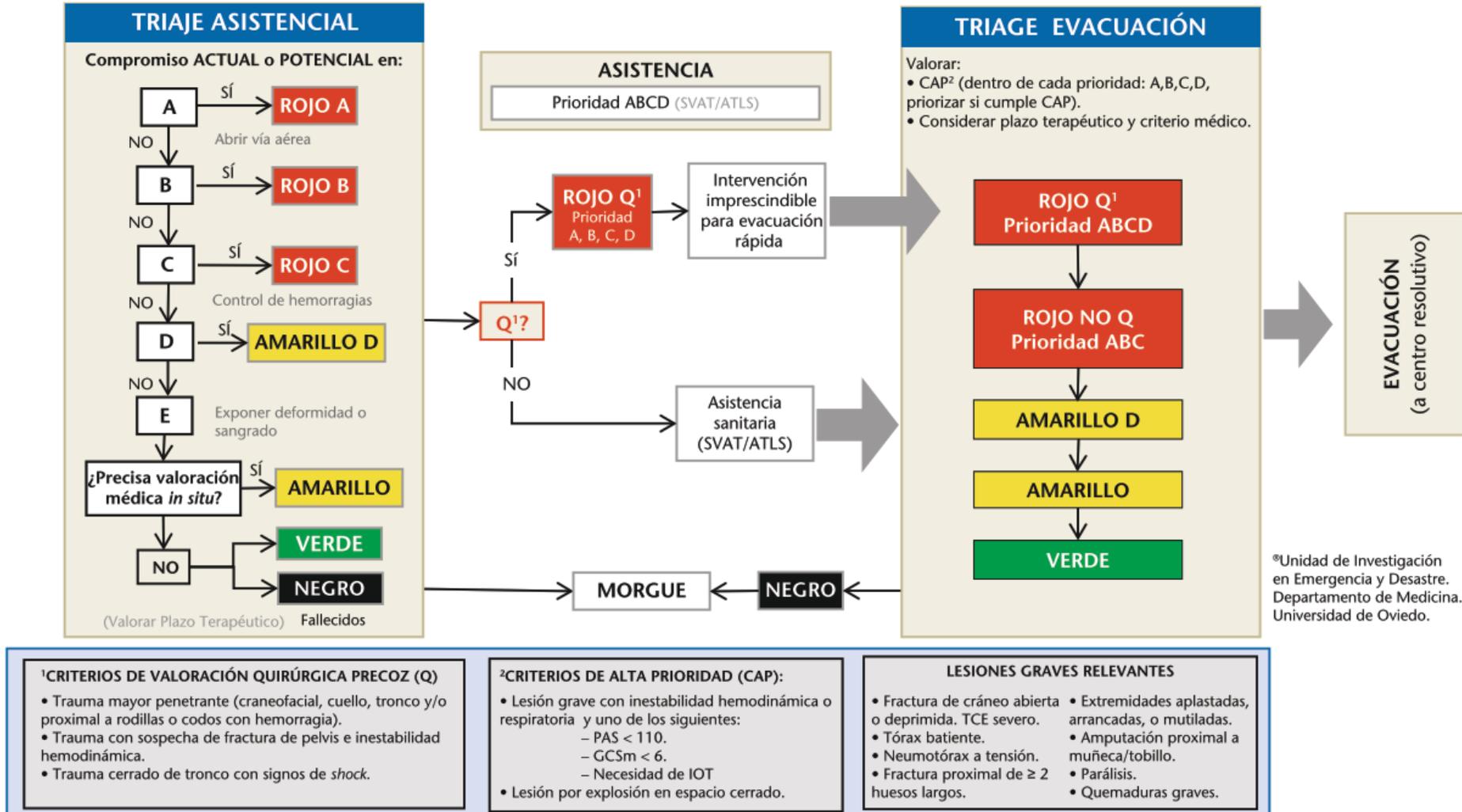
August 17: First reflections after the terrorist attack in Barcelona

Joan Sala Sanjaume¹, Jorge Morales Álvarez², Xavier Castillo Paramio³

Las unidades de Intervención y soporte de servicios especiales (UIS) entraron en zona caliente realizando una noria de evacuación interna de varios pacientes, entre ellos un neurocrítico, que fue el último paciente rojo en ser evacuado (01:50 h tras la alerta). Una vez establecidas las áreas sanitarias, se realizó un triaje tipo META¹⁵. Así mismo, se estableció un área de soporte psicológico y una unidad de emergencias sociales, am-

Esquema general

Modelo Extrahospitalario de Triage Avanzado - META®



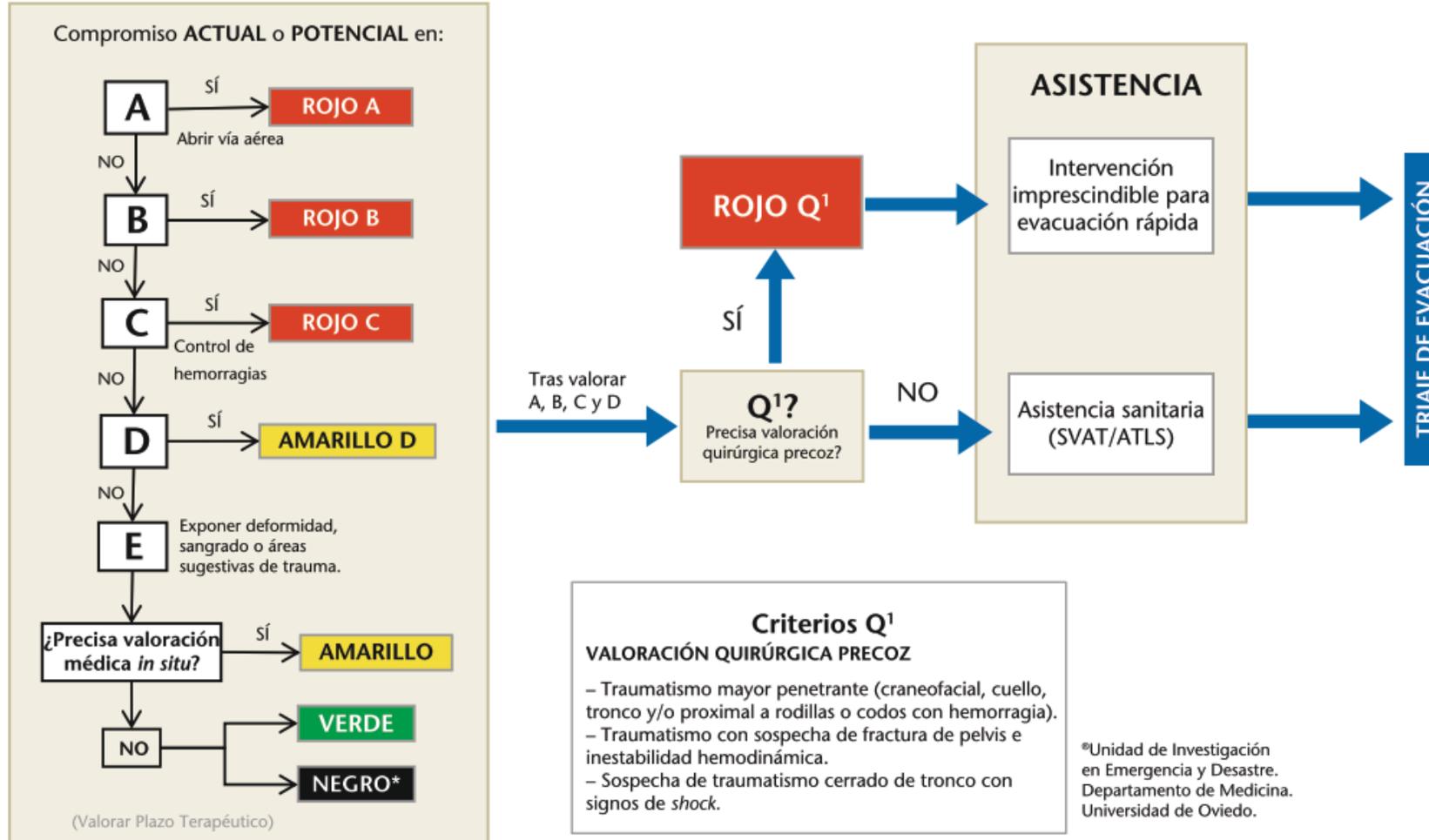
- ¹CRITERIOS DE VALORACIÓN QUIRÚRGICA PRECOZ (Q)**
- Trauma mayor penetrante (craneofacial, cuello, tronco y/o proximal a rodillas o codos con hemorragia).
 - Trauma con sospecha de fractura de pelvis e inestabilidad hemodinámica.
 - Trauma cerrado de tronco con signos de *shock*.

- ²CRITERIOS DE ALTA PRIORIDAD (CAP):**
- Lesión grave con inestabilidad hemodinámica o respiratoria y uno de los siguientes:
 - PAS < 110.
 - GCSm < 6.
 - Necesidad de IOT
 - Lesión por explosión en espacio cerrado.

- LESIONES GRAVES RELEVANTES**
- Fractura de cráneo abierta o deprimida. TCE severo.
 - Tórax batiente.
 - Neumotórax a tensión.
 - Fractura proximal de ≥ 2 huesos largos.
 - Extremidades aplastadas, arrancadas, o mutiladas.
 - Amputación proximal a muñeca/tobillo.
 - Parálisis.
 - Quemaduras graves.

Triaje asistencial

Modelo Extrahospitalario de Triage Avanzado - META®



*Fallecidos: no mover, salvo indicación judicial o si un fallecido impide el acceso a otra víctima.

ORDEN DE EVACUACIÓN Y RECURSO

ID Paciente	Categoría Triage de evacuación asignada	Recurso de traslado (Asistenciales)
1º		
2º		
3º		
4º		
5º		

Triage EVACUACIÓN



ORIGINAL

Comparación de los sistemas de triaje META y START en un ejercicio simulado de múltiples víctimas

Mariana Ferrandini Price^{1,2}, Pedro Arcos González³, Manuel Pardo Ríos^{1,2}, Antonio Nieto Fernández-Pacheco^{1,2}, Tatiana Cuartas Álvarez^{3,4}, Rafael Castro Delgado^{3,4}

Objetivo. El objetivo principal fue **comparar dos sistemas de triaje** (Simple Triage and Rapid Treatment, START vs. Modelo Extrahospitalario de Triaje Avanzado, META) en un mismo incidente simulado de múltiples víctimas (IMV). Los objetivos secundarios fueron analizar los tiempos y el orden de evacuación, y la adecuación del tratamiento.

Método. **Ensayo aleatorizado por conglomerados que incluyó 16 grupos de 4 miembros** asignados al sistema de triaje START o META en un ejercicio simulado de gestión a las víctimas de un accidente aéreo. Se recogieron los tiempos y el orden de evacuación, y la adecuación del tratamiento.

Resultados. El tiempo de evacuación total fue de 48 min 39 s (DE 15 min 52 s) en el grupo START y de 48 min 4 s (DE 17 min 21 s) en el grupo META ($p = 0,829$). Los pacientes con necesidad de atención inmediata se evacuaron más rápidamente en el grupo META que en el START, tanto en el grupo completo (31 min 36 s [DE 8 min 27 s] vs 41 min 6 s [DE 10 min 39s]; $p = 0,024$) como en los que además precisaban tratamiento quirúrgico urgente (24 min 12 s [DE 4 min] vs 44 min 49 s [DE 8 min 36 s]; $p = 0,001$). El orden de evacuación de pacientes fue: los de necesidad de atención inmediata en las 19 primeras posiciones (14 de 19) y de atención inmediata con prioridad quirúrgica en las 14 primeras posiciones (5 de 14) en el grupo START; y los de necesidad de atención inmediata en las 14 primeras posiciones (14 de 14) y de atención inmediata y con prioridad quirúrgica en las 7 primeras posiciones (5 de 7) en el grupo META. La frecuencia de tratamiento adecuado fue de un 92% en el caso del META y de un 63% en el caso del START ($p = 0,023$).

Conclusiones. **El triaje META, en comparación con el START, podría mejorar los tiempos extrahospitalarios y el orden de evacuación de los pacientes, especialmente en el caso de aquellos con necesidad de atención inmediata y de atención inmediata con prioridad quirúrgica, así como la adecuación del tratamiento, en los IMV.**

Aplicabilidad de los sistemas de *triaje* prehospitalarios en los incidentes con múltiples víctimas: de la teoría a la práctica

TATIANA CUARTAS ÁLVAREZ¹, RAFAEL CASTRO DELGADO², PEDRO ARCOS GONZÁLEZ³

¹DUE, SAMU-Asturias, UME-3, Avilés, España. ²Médico SAMU-Asturias UME-3, Avilés, España. ³Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre, Universidad de Oviedo, España.

En los incidentes de múltiples víctimas (IMV), el *triaje* determina en gran medida los resultados finales en cuanto a asistencia sanitaria, organización y disminución de la morbi-mortalidad. La doctrina asistencial recomienda la realización del *triaje* ya en el ámbito prehospitalario para organizar la asistencia y evacuación de los heridos. Analizamos la aplicabilidad real de las recomendaciones en cuanto al *triaje* prehospitalario en IMV mediante una revisión sistemática de la literatura científica utilizando como palabras clave “*mass casualty triage*” y “*prehospital triage*”. Se usan como fuentes de datos PubMed, Cochran y las revistas EMERGENCIAS y *Prehospital and Disaster Medicine*. También se revisó la bibliografía de los artículos localizados. Se localizaron 561 artículos con los criterios de búsqueda, de los que 19 cumplían todos los criterios de inclusión. Es escasa la referencia que se hace a la metodología de *triaje* realizada, y en muchos de ellos se hace referencia explícita a la no realización del *triaje*. Existe una discrepancia entre la doctrina asistencial ante IMV y los datos publicados que puede ser debida a la dificultad de obtener datos en la escena del siniestro, a que las dificultades asistenciales no permiten aplicar la doctrina asistencial, o que ésta no es válida. [Emergencias 2014;26:147-154]