

El Artículo del Mes
Método S.H.O.R.T.

Triage inicial prehospitalario para personal no sanitario ante Incidentes con Múltiples Víctimas.

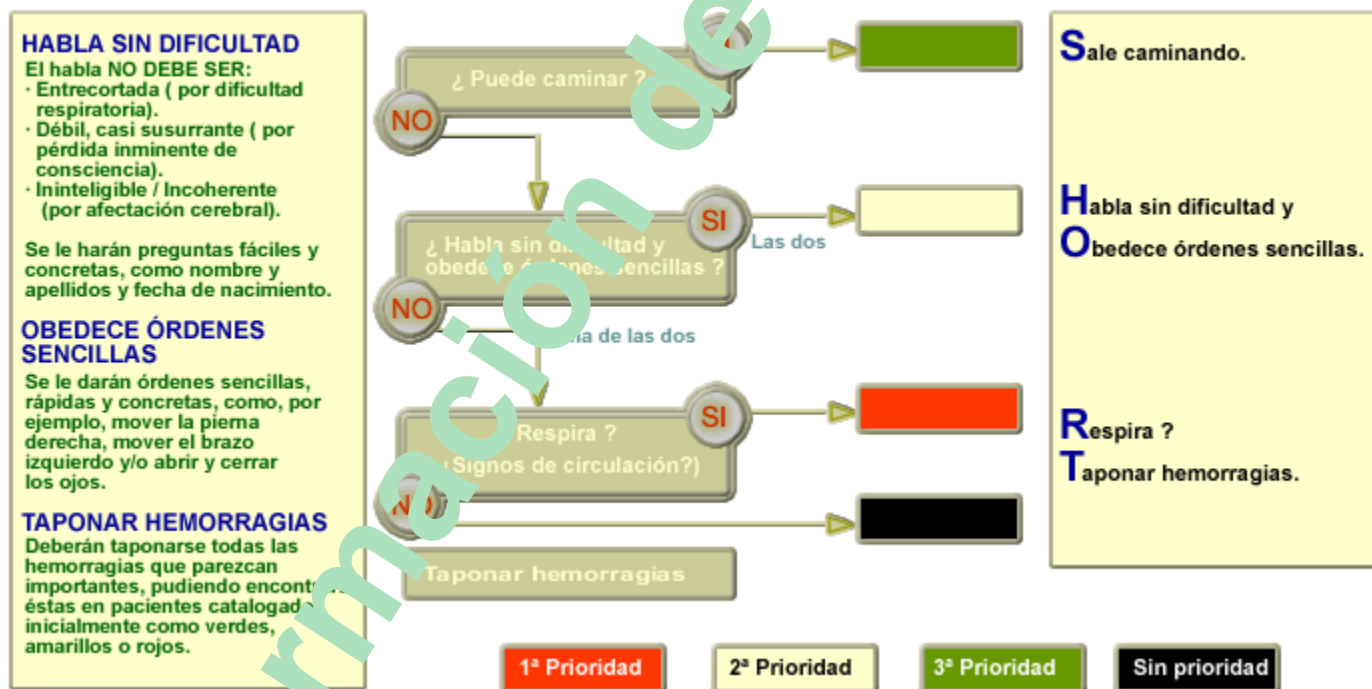
Copyright © Nieves Peláez Corres. Médico. EMERGENTZIAK OSAKIDETZA - Servicio Vasco de Salud

MÉTODO S.H.O.R.T.

REALICE ESTE SENCILLO CUESTIONARIO

En los Incidentes con Múltiples Víctimas (IMV), y en nuestro medio, el personal no sanitario (bomberos, policía, protección civil...) es el responsable de la seguridad en la escena, quien primero accede a las víctimas y quien realiza la labor de rescate. La dificultad que supone para el personal no sanitario la priorización en la evacuación de las víctimas obliga a simplificar el método de triaje inicial.

S.H.O.R.T. Triage inicial de múltiples víctimas para personal no sanitario



OBJETIVOS GENERALES

Diseñar un método simplificado de triaje, que denominamos método S.H.O.R.T., para ser aplicado por personal no sanitario en el área de rescate.

• ESPECÍFICOS

1. Simplificar el primer triaje (suprimiendo constantes vitales y parámetros numéricos)

2. Adecuarlo para personal no sanitario (eliminando exploraciones propias de personal sanitario)
3. Facilitar su memorización (mnemotecnia de iniciales)
4. Reducir el tiempo de triaje (no repitiendo asignación de color en los diferentes pasos)
5. Aprovechar el habla como signo clínico junto al nivel de consciencia
6. Adecuarlo a los cuadros clínicos de mayor gravedad (asfixia, hemorragia, shock y neumotórax a tensión)
7. Aplicación intuitiva ante situaciones críticas (intuitivamente primero intentamos comunicarnos)

METODOLOGÍA

Se han analizado las escalas de gravedad más representativas ante IMV (S.O.A.R.T, GCS, CRAMS, Trauma Index, Escala de Lindsey, TS, RTS..)1-14, valorando su adecuación para ser utilizadas por personal no sanitario.

RESULTADOS

Las escalas de gravedad revisadas no resultan sencillas para ser utilizadas por personal no sanitario

CONCLUSIONES

El método S.H.O.R.T. simplifica el triaje inicial y resulta adecuado para ser aplicado por personal no sanitario ante IMV.

TERMINOLOGÍA

INCIDENTE CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS (I M V) .Situación de emergencia en la que las posibilidades de asistencia habituales de una zona se ven rebasadas por el elevado número de víctimas que requieren atención sanitaria.

TRIAJE. Procedimiento por el que se clasifican las víctimas en categorías según su gravedad y pronóstico vital, para obtener un orden de prioridad en la evacuación y el tratamiento.

ASIGNACIÓN DE COLORES SEGUN

PRIORIDAD 1-15.

- **Rojo**: Máxima prioridad para el tratamiento y traslado. Víctimas graves e inestables, pero recuperables (Insuficiencia Respiratoria, Shock, Inconsciencia, PCR presenciadas).
- **Amarillo**: Segunda prioridad. Graves y estables. Pueden esperar sin tratamiento unas horas.
- **Verde**: Tercera prioridad o Baja prioridad. Heridos leves que pueden caminar.
- **Negro**: Cuarta prioridad o sin prioridad. Fallecidos o sin posibilidad de sobrevivir .

OBSERVACIONES SOBRE LOS PASOS A SEGUIR

HA BLA SIN DIFICULTAD

El habla **NO DEBE SER** :

- Entrecortada (por dificultad respiratoria).
- Débil, casi susurrante (por pérdida inminente de consciencia).
- Ininteligible/ Incoherente (por afectación cerebral) .

Se le harán preguntas fáciles y concretas, como nombre y dos apellidos, y fecha de nacimiento.

OBEDECE ÓRDENES SENCILLAS

Se le darán órdenes sencillas, rápidas y concretas, como, por ejemplo, mueve la pierna derecha, mueve el brazo izquierdo y/o abre y cierra los ojos.

¿RESPIRA?^{16,17}

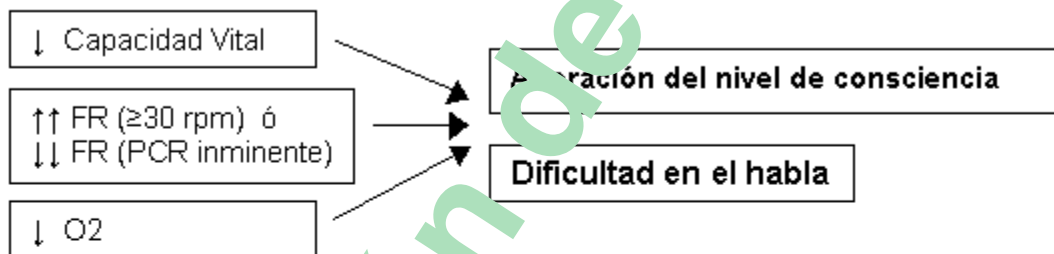
- Valoraremos si respira espontáneamente o tras abrir vía aérea.
- Ver, oír, sentir: 10".
- Si no sabemos o no podemos valorar la respiración, comprobaremos signos de circulación, como movimientos de deglución o cualquier otro movimiento.

TAPONAR HEMORRAGIAS

Deberán taponarse todas las hemorragias que parezcan importantes, pudiendo encontrarse éstas en pacientes clasificados inicialmente como verdes, amarillos o rojos.

PRINCIPALES AMENAZAS PARA LA VIDA

ASFIXIA



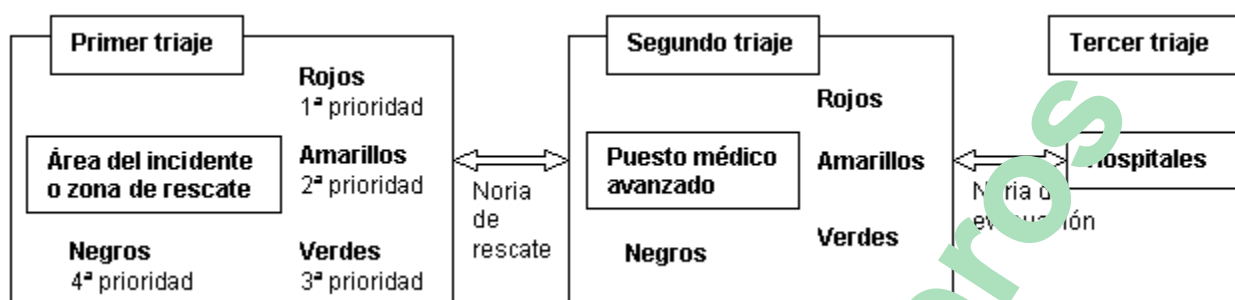
HEMORRAGIA

	Pérdida sanguínea	TA Sistólica	FC ppm	Relleno Capilar	FR rpm	Consciencia
Grado III	1,5-2 L. (30-40%)	>10	> 120	> 2 seg	> 30	Confusión
Grado IV	≥ 2 L. (≥ 40%)	<10	> 140	> 2 seg	> 35	Confusión Letargia

MNEMONIC DEL MÉTODO S.H.O.R.T.

S:	Salir caminando	Step out	Sortir cheminant
H:	Habla sin dificultad	Hold conversation normal	Habilité à parler normal
O:	Obedece Órdenes sencillas	Obey orders simples	Obéir ordres simples
R:	Respira	Respiration	Respiration
T:	Taponar hemorragias	To cork hemorrhage	Tamponner hémorragie

CADENA ASISTENCIAL ANTE INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS



Copyright © Nieves Peláez Corres. Médico. EMERGENTZIAK OSAKIDETZA - Servicio Vasco de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Auf der Heide E. Disaster response: principles of preparation and coordination. St Louis. Mosby 1995.
2. Benson M, Koenig KL, Schultz CH. Disaster triage: START, then SAVE--a new method of dynamic triage for victims of a catastrophic earthquake. Prehosp Disaster Med 1996;11(2):117-24
3. Bouillon B, Lefering R, Vorweg M, Tiling T, Neugebauer E, Troidl H. Trauma scoring systems: Cologne Validation Study. J Trauma 1997; 42(4):652-8
4. Champion HR et al, "A Revision of the Trauma Score", J Trauma 1989. 29:623-625.
5. Champion HR. Field triage of trauma patients. Ann Emerg Med. 1988; 11(3): 60-1.
6. Gray A, Goyder EC, Goodacre SW, Johnson GS. Trauma triage: a comparison of CRAMS and TRTS in a UK population. Injury 1997; 28(2):97-101.
7. Koehler JJ, Baer LJ, Malafa SA, Meinderstma MS, Navitskas NR, Huizenga JE. Prehospital Index: a scoring system for field triage of trauma victims. Ann Emerg Med 1986; 15(2): 178-82.
8. Lowe DK, Oh GR, Neely KW, Peterson CG. Evaluation of injury mechanism as a criterion in trauma triage. Am J Surg 1986; 152(1):6-10
9. Maslanka AM. Scoring systems and triage from the field. Emerg Med Clin North Am 1993;11(1):15-27.
10. Moreau M, Gainer PS, Champion H, Sacco W. Application of the trauma score in the prehospital setting. Ann Emerg Med. 1985, 14(11): 1049-54.
11. Norcross ED, Ford DW, Cooper ME, Smith L, Byrne TK, Yarbrough DR 3rd. Application of American College of Surgeons' field triage guidelines by pre-hospital personnel. Ann Coll Surg 1995; 181(6):539-44.
12. Rhee KJ, Fisher CJ Jr, Willis N. The Rapid Acute Physiology Score. Am J Emerg Med 1987; 5(4): 278-82.
13. Ross SE, Leipold C, Thompson C, O'Malley KF. Efficacy of the motor component of the Glasgow Coma Scale in trauma triage. J Trauma 1998; 45(1):42-4
14. Smith JS Jr, Bannomew MJ. The Index Trauma Revised: a better triage tool. Crit Care Med. 1990; 18(2): 174-80
15. Crosswhite C. Mass Casualty Triage: Sorting and prioritizing injured victims for treatment and transport. Emergency Medical Response. Suffolk County races
16. American Heart Association. Adult basic life support. Circulation 2000; 102 (8) (suppl I): 22-59
17. Ruppert M, Reith MW, Widmann JH, Lackner CK, Kerkmann R, Schweiberer L et al. Checking for Breathing: Evaluation of the Diagnostic Capability of Emergency Medical Services Personnel, Physicians, Medical Students, and Medical Laypersons. Ann Emerg Med 1999; 34(6):780-4