

1. No consideraremos una maniobra salvadora durante la evaluación lararia:

- a) Maniobra frente/mentón.
- b) Control de hemorragia.
- c) Drenaje urgente neumotórax a tensión.
- d) Colocación cánula orofaríngea.

RESPUESTA c).

Las dos principales amenazas para la vida son la asfixia y la hemorragia, o su equivalente (shock), ante ello las maniobras salvadoras serán control de hemorragia y abrir vía aérea.

2. En cuanto a las catástrofes, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) El término catástrofe implica una gran desproporción entre las necesidades asistenciales y los recursos de un área sanitaria, provincia o región.
- b) Según las directrices de la OMS, se dividen las catástrofes en función del número de lesionados.
- c) Se consideran muy graves cuando hay un número superior a 100 afectados.
- d) Desastre implica, además de la definición de lesionados en masa, la inoperatividad de infraestructuras básicas comunitarias, incluidos a veces los propios hospitales y centros operativos de coordinación, que pueden verse afectados estructural o funcionalmente.

RESPUESTA c)

Se consideran graves cuando el número es superior a 1000, con 250 ingresos.

Moderadas: entre 25 y 100 lesionados.

Medias: entre 100 y 1000 lesionados.

Graves: > 1000 lesionados (250 ingresos).

3. La principal dificultad de las catástrofes es:

- a) La situación de estrés que presentan los sanitarios.

- b) Que los recursos sanitarios son insuficientes para la situación.
- c) La poca información que se tiene en los primeros momentos.
- d) El gasto que se genera.

RESPUESTA b).

Una catástrofe se caracteriza porque el nivel de accidentados supera la capacidad de reacción de la zona, lo que implica la activación necesaria de otros sistemas de la zona, incluso en algunas ocasiones, la activación de sistemas múltiples que deben trabajar de forma sincronizada y rápida, originando un importante esfuerzo por parte de todos los intervinientes para facilitar la labor de todos y no alterar el ritmo correcto de las evacuaciones.

4. El triaje en catástrofes se realiza mediante:

- a) Colores.
- b) Etiquetas.
- c) Números.
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d).

Cuando estamos ante una catástrofe el triaje debe ser específico y muy ágil, existen muchos tipos de triaje y muchas formas de realizarlo, mediante tarjetas, mediante cintas de colores, mediante números pintado en la frente...lo importante es que todos los intervinientes sepan el triaje que se está realizando y puedan identificar los diferentes niveles sin problema.

5. En el área de salvamento se realiza un triaje:

- a) Básico.
- b) Avanzado.
- c) Intermedio.
- d) En esta área no se realiza ningún triaje.

Respuesta a).

En el área de salvamento se realizará un triaje inicial básico, normalmente SHORT que divide a los pacientes en 4 niveles:

- Negro: muerto.
- Verde: no necesita atención inmediata.
- Amarillo: es necesaria acción rápida.
- Rojo: prioridad máxima.

6. El triaje START hace una primera división en base a:

- a) Respiran o no.
- b) Si presentan pulso o no.
- c) Si andan o no.
- d) Si están vivos o muertos.

RESPUESTA c).

Este triaje hace una diferencia inicial entre aquellos pacientes que pueden andar y los que no, los primeros son considerados como verdes, que no necesitan atención urgente, a los que no pueden andar se les continúa valorando.

La siguiente pregunta es si respiran o no. Los que no respiran se les abrirá la vía aérea, si empiezan a respirar serán considerados como rojos y si siguen sin respirar serán negros. A los que respiran se les continúa valorando.

A los que respiran y lo hacen a más de 30 rpm serán catalogados como rojos y a los que lo hacen a < 30 rpm se les valorará el relleno capilar o pulso. Los que estén a > 120 lpm o relleno > 2 seg serán rojos y a los que estén < 120 lpm o relleno < 2 seg seguirán valorando.

Si < 120 lpm o relleno < 2 seg, se valorará el nivel de conciencia, si obedece a órdenes serán considerados como amarillo y si no obedecen serán rojos.

7. El triaje primario clasifica según:

- a) La necesidad de tratamiento médico y traslado.
- b) Muertos y vivos.
- c) Personas que requieren cuidados inmediatos y personas que se valen por sí mismas.
- d) Ninguna es cierta.

RESPUESTA a).

El triaje primario se realiza en la zona de impacto y clasifica a los pacientes según su necesidad de tratamiento médico inmediato y traslado al puesto médico avanzado, nos va a ofrecer una visión general de la magnitud de la emergencia.

8. Según el consejo español de triaje prehospitalario y hospitalario (CETPH) el triaje básico está diseñado para ser realizado por:

- a) Enfermeros.
- b) Personal sanitario.
- c) No sanitario o parasanitario.
- d) Cualquiera de los anteriores.

RESPUESTA c).

El triaje básico es un triaje muy simple que determina un primer eslabón de la cadena asistencial; esta sencillez hace que el personal no sanitario pueda realizarlo sin ningún problema, dejando así a los profesionales más capacitados para realizar técnicas de mayor envergadura

9. El triaje avanzado de evacuación que usamos en la escala revisada de triaje de trauma (TRTS) se derivarán primero:

- a) Los pacientes con una valoración de 20.
- b) Los pacientes que presenten una prioridad quirúrgica.
- c) Los pacientes con hemorragia.
- d) Los pacientes con valoración de 0.

RESPUESTA b)

La TRTS valora la escala de coma de Glasgow, la FR y la TAS, presentando una valoración máxima de 12 (verdes) y una mínima de 0 (negros).

Los primeros en trasladarse serán los que presenten prioridad quirúrgica, una TAS inferior a 85, una valoración de Glasgow < 5 y heridas penetrantes de cabeza, cuello, tórax o abdomen.

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la actuación en emergencias es cierta?

- a) Se utiliza el método ABCDE para la estabilización de los pacientes.
- b) La eficiencia prima sobre el tratamiento individual.
- c) Una PCR no es prioritaria, debe considerarse como negro.
- d) Todas son ciertas.

RESPUESTA d)

En una situación de catástrofe tenemos muchos accidentados y pocos recursos, es necesario cambiar nuestra filosofía de actuación, la eficiencia debe primar, ya que nuestro objetivo principal debe ser salvar al mayor número de accidentados posible, en el caso de una parada esta consumirá muchos efectivos y mucho tiempo, así que no deberemos pararnos a realizar una reanimación, siendo considerados como muertos.

11. Sobre el triaje hospitalario en catástrofes es falso que:

- a) El hospital debe ser alertado de la llegada de un número importante de pacientes.
- b) El triaje no hace falta volver a realizarlo ya que vienen con el triaje avanzado de un médico.
- c) La derivación a los hospitales se realizará en función de las características del paciente y sus necesidades.
- d) Las norias de evacuación deben repartir los pacientes de forma efectiva.

RESPUESTA b)

En las catástrofes se realiza un primer triaje en la zona de impacto y otro posterior en el puesto de mando, en estas situaciones la estabilidad de los pacientes es muy cambiante, además de que los recursos hospitalarios no son los mismos que los que tenemos en la calle, por esta razón es fundamental hacer un nuevo triaje cuando estos llegan al hospital.

12. Las tarjetas de triaje son necesarias principalmente porque:

- a) No se puede realizar una transferencia correcta del paciente debido al gran número de asistencias.

- b) Hay que separar a los pacientes por niveles de gravedad y establecer derivaciones de forma correcta.
- c) No necesitan ningún tipo de información y son muy rápidas de usar.
- d) Todas son ciertas.

RESPUESTA a)

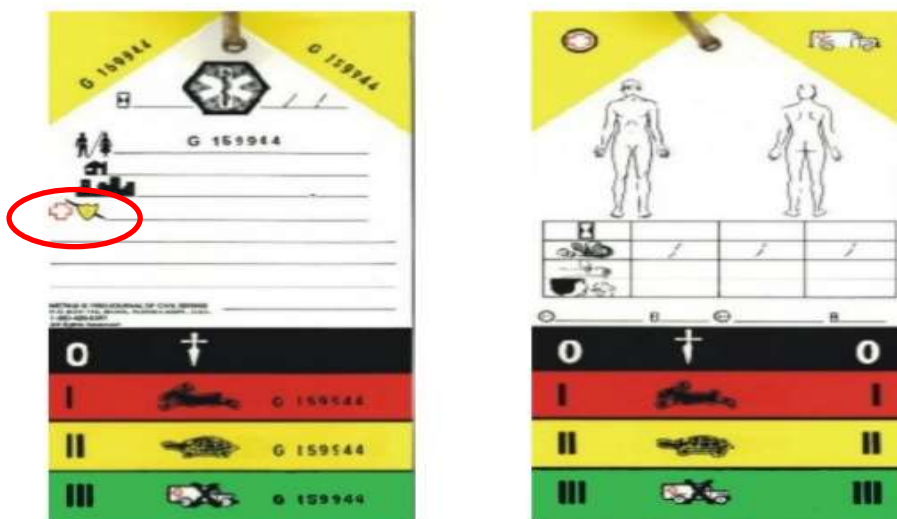
Las tarjetas sí deben ser rellenas por el persona, servirán como método de transferencia al no poder disponer de tiempo para hacerla de forma efectiva.

13.¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la forma de rellenar la tarjeta de triaje es falsa?

- a) La silueta de hombre/mujer sirve para identificar el sexo.
- b) La fecha debe ponerse con formato: día, mes, año.
- c) La figura de la ciudad nos servirá para poner la ciudad o población donde pertenece.
- d) La figura del escudo sirve para poner los apellidos del paciente.

RESPUESTA d).

La figura del escudo va acompañada de una figura de una cruz y no s sirve para poner los antecedentes médicos de interés del paciente.



14.¿Cuál de los siguientes sistemas de triaje hospitalario es más precisa y permite clasificar adecuadamente a los pacientes?

- a) Puntuación de la severidad de las lesiones.
- b) Orden de llegada.
- c) Edad.
- d) Cronológico.

RESPUESTA a).

Aunque es cierto que, evidentemente, deben llegar al hospital primero los pacientes más graves, la situación compleja de estos puede hacer que su situación varíe en muy poco tiempo, así que no es recomendable.

El criterio de edad no ha quedado definido para la selección de prioridad.

15.En áreas muy alejadas del núcleo urbano y con muchos accidentados se utilizará un triaje:

- a) Pentapolar.
- b) Tetrapolar.
- c) Tripolar.
- d) Bipolar.

RESPUESTA c)

El tipo de triaje que se va a realizar en un primer momento dependerá de los recursos disponibles, el número de accidentados y la cercanía a núcleos hospitalarios. El jefe del PMA es el encargado de decidir qué tipo de triaje es el más correcto para cada ocasión.

El triaje bipolar se utiliza en muy pocas ocasiones, y divide a los pacientes entre vivos, y muertos.

El triaje tripolar los divide en 3: muertos, graves y leves, o traducido a nuestro epígrafe: aquellos que morirán hagamos lo que hagamos, aquellos que pueden morir y hay que actuar de forma inmediata y aquellos que se van a beneficiar con poco que hagamos.

La clasificación tetra y pentapolar los divide en 4 y 5 niveles, son los más conocidos en la actualidad (como el STAR, tetrapolar).

16. En caso de una mujer gestante es falso que:

- a) Debamos tener cuidado con la administración de líquidos.
- b) Debamos transportarla en decúbito lateral izdo.
- c) Siempre debemos hacer la RCP.
- d) Todas son ciertas.

RSPUESTA a)

Las mujeres gestantes aumentan fisiológicamente su volemia casi un 50%, por esta razón seremos generosos al reponerlos, siempre que se pueda debemos transportarla en decúbito lateral izquierdo o con la cadera levantada para facilitar el retorno venoso, la RCP siempre deberá hacerse por tener la posibilidad de salvar al feto.

17. Respecto a los AMV y a las Catástrofes, señala la INCORRECTA:

- a) En un AMV no se desborda la capacidad asistencial y en la Catástrofe si.
- b) En ambas situaciones existe una desproporción entre la demanda asistencial y los recursos disponibles que en el AMV puede durar horas y en la catástrofe días o una semana.
- c) En ambas situaciones se precisa de recursos externos para atender ese colapso asistencial.
- d) En la Catástrofe puede existir cierto grado de disfunción e inoperatividad de infraestructuras o servicios básicos o esenciales de la comunidad.

RESPUESTA c).

En los AMV se vale de sus propios recursos, en cambio, en la Catástrofe se precisa de recursos externos.

ACCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS: hace referencia a aquellos casos en los que se produce un elevado número de lesionados, que **no desborda** la capacidad asistencial de la zona (comarca o área sanitaria), pero que supone una desproporción inicial (cuantitativa y/o cualitativa) entre las necesidades asistenciales, logísticas, de organización o de otra índole y los recursos habituales operativos.

Su resolución requiere la puesta en marcha de un plan estratégico preestablecido de los Servicios Médicos de Emergencia Extrahospitalarias

y de Planes de Emergencia Hospitalarios ante este tipo de incidentes. Supone la intervención de recursos propios no operativos, pero sí activables de manera urgente. Esta situación es limitada en el tiempo y espacio. No comporta disfunción ni inoperatividad de infraestructuras y servicios básicos o esenciales para la comunidad, ni de comunicaciones o telecomunicaciones.

CATÁSTROFE: Suceso desgraciado y casi siempre imprevisible, que conlleva la presencia simultánea o encadenada de gran número de lesionados y/o muertos, con daños materiales lo suficientemente importantes como para desestabilizar la capacidad de los servicios de emergencias regionales, si no se toman antes las medidas que pueden mitigar el problema. Implica una gran desproporción entre las necesidades asistenciales y los recursos de un área sanitaria, provincia o región, y puede existir algún grado de disfunción o inoperatividad, por el colapso en el ámbito asistencial, de organización, logístico, organizativo o de infraestructuras básicas comunitarias. Precisa de apoyo externo logístico, organizativo y sanitario en el área afectada. Suele durar días o incluso una semana, hasta la vuelta a la normalidad.

18. Respecto al triaje en situación de catástrofe:

- a) Si existen dudas sobre qué nivel de prioridad asignar, se considerará al paciente en el nivel superior.
- b) El triaje debe ser rápido y completo, debiendo clasificar por grupos a las víctimas que se encuentren en un espacio y tiempo determinado, antes de su traslado.
- c) Será anterógrado, no debemos volver a evaluar a una víctima ya triada hasta que no hayamos evaluado a todas.
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d).

Recomendaciones para la aplicación efectiva del triaje:

- **Rápido:** para no retrasar la valoración del resto de las víctimas: 30 segundos para clasificar a un lesionado fallecido, 2 minutos par aun lesionado leve y unos 3 minutos para uno grave.

- **Completo:** antes de trasladar a una víctima, deben haber sido clasificadas, por grupos, las víctimas que ese encuentren en un espacio y tiempo determinado.
- **Anterógrado:** no debemos volver sobre un lesionado hasta que se hayan evaluado a todos.
- **Permanente:** se debe reevaluar de manera continua a los lesionados.
- **Preciso y seguro:** si existen dudas sobre la categoría en la cual incluir a un paciente, se debe hacer en la clasificación superior (sobretriage).

19. Respecto al modelo de triaje BÁSICO:

- a) Permiten reducir la confusión inicial y despejar la escena, discriminando las víctimas graves de las que no lo son y estableciendo una orden de prioridad para el rescate y traslado.
- b) Se realiza en el punto de impacto (área de salvamento).
- c) Lo harán los primeros intervinientes, habitualmente personal no sanitario (bomberos, CFSE, TTS,...).
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d).

Todas son características del triaje básico o primario.

20. No son ejemplos de sistemas de triaje básico:

- a) START.
- b) SHORT.
- c) TSR.
- d) SAVE.

RESPUESTA c).

El TSR es ejemplo de triaje avanzado. Son ejemplos de triaje básico:

- STAR.
- STARm (usa el pulso en vez del relleno capilar).
- SHORT.
- SAVE.

- CFT (Care Fligth Triage)

21. Son características del triaje avanzado (2º triaje):

- a) Es realizado por personal sanitario (médicos y enfermería).
- b) Su objetivo es estabilizar y derivar a las víctimas a centro útil.
- c) Evitar oleadas indiscriminada a hospitales.
- d) Todas son características del triaje avanzado.

RESPUESTA d)

El triaje avanzado es la clasificación ejercida por personal santilario (médicos y enfermería con formación en soporte vital avanzado y en manejo avanzado de IMV para priorizar la estabilización y derivación de las víctimas a centro útil, según su gravedad y posibilidades de supervivencia. Centro útil es el que dispone de suficientes recursos para el tratamiento de una víctima

Son objetivos del triaje avanzado:

- Evitar la pérdida de vidas.
- Estabilización y evacuación precoz.
- Adecuar SVA: trauma, quemados, NRBQ.
- Trazabilidad (registrar el recorrido de la víctima a lo largo de la cadena asistencial): mediante tarjeta de triaje (registramos número de tarjeta, lesiones y constantes, datos de identidad, tratamiento recibido y prioridad según gravedad).
- Evitar oleadas indiscriminadas a hospitales.
- Reducir supratriage, controlar infratriaje.
- Adecuarlo a nuestros sistemas sanitarios.

22.Cuál no es una variable del NTS (New Trauma Score):

- a) Glasgow.
- b) Intervalos para PAS.
- c) Frecuencia respiratoria.
- d) Sat O2.

RESPUESTA c).

El T-RTS (Triage-Revised Trauma Score) utiliza las variables: Glasgow, PAS y FR. Recientemente, se ha realizado una modificación del RTS, New Trauma Score (NTS) significativamente superior, como predictor de mortalidad en pacientes traumatizados. Utiliza la puntuación original para calcular el Glasgow, modifica los valores de los intervalos para PAS y sustituye la variable frecuencia respiratoria por la saturación de oxígeno.

23. Son ejemplos de triaje avanzado:

- a) Triage-Revised Truama Score (T-RTS).
- b) Age and Sistolic Blood Pressure Score y Glasgow Coma Scale (MGAP)..
- c) Escala de Glasgow.
- d) Todas las opciones son ejemplos de Triage avanzado.

RESPUESTA d).

Son ejemplos de triaje avanzado:

- T-RTS (Triage-Revised Truama Score): el basado en la Escala del Trauma Score Revisado (TSR) incluye la Escala de Coma de Glasgow.
- MGAP: Age and Sistolic Blood Pressure Score y Glasgow Coma Scale.
- GAP: Age and Sistolic Blood Pressure Score
- Escala de Glasgow.

Recientemente, se ha realizado una modificación del RTS, New Trauma Score (NTS) significativamente superior, como predictor de mortalidad en pacientes traumatizados. Utiliza la puntuación original para calcular el Glasgow, modifica los valores de los intervalos para PAS y sustituye la variable frecuencia respiratoria por la saturación de oxígeno. Su rango de puntuación oscila entre 3-23, clasificando así a los pacientes según su riesgo de muerte en cuatro grupos:

- Bajo (T-NTS 18-23).
- Intermedio (T-NTS 12-17).
- Alto (T-NTS 6-11).
- Muy alto (T-NTS 3-5).

24. En la evaluación primaria del paciente politraumatizado se puede:

- a) Descubrir lesiones letales en pocos minutos.
- b) Iniciar estabilización del paciente.
- c) Realizar RCP.
- d) Todas son correctas.

RESPUESTA d).

La evaluación primaria tiene como objetivo descubrir las lesiones letales en pocos minutos. En esta fase se inicia la estabilización del paciente. En caso de necesidad de reanimación cardiopulmonar, este es el momento adecuado.

25.Cuál de los siguientes apartados no forma parte de la evaluación primaria:

- a) Airway.
- b) Blood.
- c) Circulation.
- d) Valoración neurológica.

RESPUESTA b).

La evaluación primaria se compone de 5 apartados que se recuerdan por sus iniciales ABCDE: Airway, Breathing, Circulation valoración neurológica y Exposición. Aunque recientemente, las nuevas recomendaciones insisten en que el orden debe ser XABCDE.

26. El objetivo del apartado A-Airway es:

- a) Asegurar una correcta ventilación.
- b) Valorar el estado circulatorio y control de sangrado.
- c) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea con control cervical.
- d) Valorar el estado de conciencia.

RESPUESTA c).

El objetivo de la Airway es asegurar la permeabilidad de la vía aérea con control cervical. Para la apertura de la vía aérea se prefiere la maniobra de elevación del mentón o el adelantamiento mandibular, evitando la tracción

y con alineamiento neutro. La doble maniobra frente-mentón está contraindicada en trauma.

27. La mayor tasa de mortalidad en los pacientes politraumatizados se produce en:

- a) Las semanas siguientes al traumatismo.
- b) Primeras horas-días tras el accidente.
- c) Los primeros minutos.
- d) En cualquiera de las situaciones anteriores.

RESPUESTA c)

Desde el punto de vista cronológico se definen tres períodos de mortalidad traumática:

- Comprende los primeros minutos. Se debe a hemorragia masiva (por rotura de grandes vasos), o lesión cerebral irreversible. Representa el 50% de todas las muertes. Solo es evitable con medidas preventivas.
- Primeras horas-días tras el accidente. Se debe a causas evitables como la obstrucción de la vía aérea, neumotórax o hematoma epidural. Representa el 40% de la mortalidad total. Sería evitable con asistencia médica inmediata. Ha descendido drásticamente desde la introducción de la TC con contraste y la E-FAST.
- Abarca las semanas siguientes a traumatismo. Las causas de muerte son el FMO y la sepsis. Representa el 10% de todas las muertes.

28. Ante una hemorragia externa grave, señale lo incorrecto:

- a) Actuaremos antes de la A-Airway.
- b) Existe suficiente evidencia científica que avale la eficacia de la elevación de una extremidad mientras se comprime el punto sangrante por lo que se recomienda tal práctica.
- c) Ante una hemorragia externa no controlable, el torniquete debería ser usado inmediatamente.
- d) No se deben realizar clampajes vasculares con pinzas para detener hemorragias, ya que se podrían causar lesiones a otras estructuras vecinas (los nervios suelen discurrir junto con las arterias).

RESPUESTA b).

Actualmente NO existe suficiente evidencia científica que avale la eficacia de la elevación de una extremidad mientras se comprime el punto sangrante, por lo que actualmente no se recomienda tal práctica.

El resto de las opciones son correctas.

29. Durante el control de la B-Breathing, señale lo incorrecto:

- a) Es recomendable monitorizar la ventilación mediante capnografía, e intentar mantener una ETCO₂ entre 35-45 mmHg.
- b) La FR normal en un lactante puede abarcar entre 25-50 rpm.
- c) Todo paciente con taquipnea debe recibir oxígeno suplementario a alto flujo
- d) Durante la oxigenoterapia se debe intentar mantener una SatO₂ del 100%.

RESPUESTA d).

En la actualidad existe evidencia científica de que un exceso de oxigenación (hiperoxia) puede ser perjudicial para el paciente. Por ello, se recomienda un aporte de oxígeno suplementario suficiente como para conseguir una saturación de oxígeno en torno al 95% y no tratar de alcanzar el 100%.

	Normal	Anormal
Adulto	10-20 rpm	< 8 y > 24
Niño pequeño	15-30 rpm	< 15 y > 35
Lactante	25-50 rpm	< 25 y > 60

30. Respecto a la evaluación secundaria señale lo INCORRECTO:

- a) Durante la evaluación secundaria volveremos a valorar los apartados ABCDE.
- b) Recogeremos los antecedentes personales así como eventos relacionados con el trauma.

- c) Durante la valoración neurológica, recogeremos datos como Glasgow, glucemia y pupilas.
- d) Durante la evaluación secundaria, el examen físico sigue la secuencia de la cabeza, las estructuras maxilofaciales, columna cervical y el cuello, el tórax, abdomen y pelvis, periné-recto-vagina, el sistema músculo-esquelético y el sistema neurológico

RESPUESTA a).

La evaluación secundaria es la exploración física minuciosa y completa de la cabeza a los pies, una vez hecha la evaluación primaria (ABCDE/XABCDE), buscando lesiones directas producidas por el traumatismo y alteraciones en el funcionamiento de distintos órganos y sistemas, iniciando o continuando tratamientos ya establecidos. Debe recoger, siempre que sea posible: anamnesis, exploración física y reevaluación.

31. Ante el aviso de un AVM, son funciones del Jefe de la Guardia:

- a) Alertar a los profesionales de medicina, enfermería, auxiliares y celadores de Urgencias del turno siguiente al actual y al Responsable de Urgencias. También al jefe de mantenimiento.
- b) Contactar con las centrales de Urgencias y Emergencia del área: CCU-112, Central de Bomberos, Policía Local, Policía Nacional, Guardia Civil, Cruz Roja, Protección Civil, para tener la mayor información disponible sobre el incidente.
- c) Alertar al Servicio de Seguridad para despejar las áreas de los terrenos propios del hospital y adyacentes, y establecer accesos de entrada y salida unidireccionales.
- d) Todas son funciones del Jefe de Guardia.

RESPUESTA d).

El Jefe de Guardia deberá encargarse de que se realicen las siguientes funciones, en tanto el Comité de Catástrofes se constituya:

- Alertar al Comité de Catástrofes.

- Alertar a los profesionales de medicina, enfermería, auxiliares y celadores de Urgencias del turno siguiente al actual y al Responsable de Urgencias. También al jefe de mantenimiento.
- Suspender la salida del turno que se encuentra trabajando.
- Contactar con las centrales de Urgencias y Emergencia del área: CCU-112, Central de Bomberos, Policía Local, Policía Nacional, Guardia Civil, Cruz Roja, Protección Civil, para tener la mayor información disponible sobre el incidente.
- En función de la dimensión y el tipo de incidente, se activarán los recursos especiales (incidente biológico, químico, radiactivo, etc)
- Prevención de riesgos Laborales: equipos de protección adecuados al tipo de incidente para todos los profesionales de Urgencias y otros servicios con intervención inicial prevista.
- Alertar al Servicio de Seguridad para despejar las áreas de los terrenos propios del hospital y adyacentes, y establecer accesos de entrada y salida unidireccionales.
- Alertar al personal del Servicio de UCI, Anestesia y Cirugía. En algunos incidentes concretos, los Servicios de Trauma, M.Interna y Pediatría serán los más implicados.
- Alertar el Plan de pre-altas de planta.
- Alertar al personal de los Servicios Centrales del hospital de la situación.
- Alertar al personal de mantenimiento, Farmacia y Almacén, para el posible despliegue del PMA (Puesto Médico Avanzado) en los terrenos del hospital y apertura del Almacén de Catástrofes.
- Alertar a los Servicios de Documentación y Atención al Usuario.
- Alertar al Servicio de Personal.
- Alertar al Gabinete de Prensa.

Estos cometidos son obligación del Jefe de la Guardia y del Comité de Catástrofes reunido en el Gabinete de Crisis.

32. Respecto al sistema de triaje START, señale la CORRECTA.:

- a) Se trata de un sistema de triaje pentapolar.
- b) Agrupa a los pacientes en 5 niveles de prioridad.
- c) Aquellos pacientes que puedan andar son considerados como verdes.

- d) Los pacientes considerados como naranja serán aquellos graves que padezcan una urgencia relativa.

RESPUESTA c)

El sistema de triaje START se trata de un triaje tetrapolar, existen 4 niveles de priorización, rojo-amarillo-verde-negro. En el primer apartado se valorará si puede andar (verde) o no, en cuyo caso seguirá la valoración.

33. Se encuentra de guardia y lo requieren en un accidente de tráfico con salida de vía y vuelco, con 4 heridos:

- **Chica de 19 años fuera del vehículo que grita pidiendo ayuda y presenta dolor en brazo izquierdo.**
- **Varón, 30 años, atrapado, conductor, con signos de traumatismo craneal, inconsciente y no respira.**
- **Embarazada de 38 años, se queja de dolor abdominal y presenta marca del cinturón de seguridad, FR, FC y relleno capilar normal.**
- **Niño de 6 años que llora, presenta abundante sangrado por cuero cabelludo, sudoroso y taquipneico con FR 35 rpm, Glasgow normal y relleno capilar retrasado.**

Tras las lesiones y sintomatología descritas y atendiendo a los criterios de triaje básico START ¿cuál sería la actitud o afirmación correcta?:

- a) **Paciente fuera del vehículo, prioridad 2, amarillo.**
- b) **Paciente embarazada, rojo, prioridad 1 por estar embarazada.**
- c) **Niño de 6 años, prioridad 2, amarillo.**
- d) **Varón de 38 años, si después de abrir vía aérea no respira pasa a color negro-fallecido y si respira para a prioridad 1 rojo.**

RESPUESTA d)

La paciente fuera del vehículo que grita y pide ayuda con dolor brazo aunque no te dice que anda, podía ser catalogada como verde, además no te especifica nada que te haga sospechar como amarillo o rojo.

La embarazada de 38 años, no se puede catalogar como roja por el mero hecho de estar embarazada. Como respira con FR normal, pulso normal y responde a órdenes sería amarilla.

Niño de 6 años que respira y lo hace con una FR > 30 rpm es catalogado como rojo.

La correcta es la d) varón de 38 años que no respira, si le abriéramos vía aérea y respirara pasaría a rojo y si no respirara pasaría a negro.

34. Respecto al triaje y clasificación de los heridos en un AMV, señalar la opción CORRECTA:

- a) Una limitación del método START es que tiene a un infratriaje.
- b) Una ventaja de las tarjetas de triaje de uso común (de criterio cromático) es que aportan información rápida sobre el deterioro del paciente y sobre su mejoría.
- c) Se aconsejan que las tarjetas de triaje vayan atadas a las muñecas, los tobillos o a la ropa del paciente.
- d) Si no se dispone de tarjetas de triaje u otros elementos destinados a ese fin, se aceptará marcar con rotulador la piel del paciente (preferentemente la frente), con "XXX" se pretende indicar que el paciente presenta lesiones severas que requieren tratamiento inmediato.

RESPUESTA c)

Fue pregunta de la OPE 2017 de Médico de Urgencias de A.P., la respuesta en plantilla fue la d). Yo no he encontrado nada que me justifique esa respuesta, en el temario que os mandé os dice que si no hay etiquetas se puede escribir sobre la piel el color o texto directo o usar las iniciales I-D-M-E (Inmediato, diferido, menor, expectante).

Las tarjetas nunca deben ir sobre la ropa porque acaban perdiéndose al retirarla, siempre unidas al paciente.

Ante la duda el triaje debe supratriar.