

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG. 186
1991	TRIAGE	OBJ. 3.15

3.15. TRIAGE

3.15.1 CLASIFICACIÓN MASIVA DE VÍCTIMAS.

La historia del TRIAGE se remonta a la Segunda Guerra Mundial. La gran cantidad de víctimas hizo pensar al personal médico en la necesidad de usar un sistema rápido, eficaz y de fácil aplicación para clasificar a los pacientes.

Anteriormente, el primer paciente que se atendería era también el primero en ser trasladado a un centro hospitalario especializado.

Con este nuevo sistema se resolvía la situación mencionada, en que se deja a muchos pacientes recuperables sin opción de salvarse y se trasladaba de primero al paciente mortalmente herido. Se toman otros parámetros con la idea de mejorar el PRONOSTICO DEL PACIENTE, SI ES TRATADO Y TRASLADADO RAPIDAMENTE A UN CENTRO HOSPITALARIO, SEGUN LA GRAVEDAD DE SUS LESIONES.

Para poder realizar este cambio tan radical en el manejo de emergencias, en especial las masivas, se requirió capacitar al personal médico y paramédico intra y extrahospitalario y, convencer a una opinión pública que no entendía estas prácticas. No fue, sino hasta junio de 1977 en que la Comisión de Servicios Médicos de Emergencia del Area Metropolitana de Chicago, en los Estados Unidos de Norteamérica, normalizó el uso del METTAG (tarjeta de triage para emergencias médicas) en el campo, para triage en casos de desastre.(1)

El advenimiento de este nuevo sistema de clasificación masiva de víctimas, no sólo agilizó el tratamiento pre-hospitalario, sino que proporcionó a los hospitales una información más exacta de lo que sucedía en el sitio de la emergencia al implantar el sistema de radio comunicación hospital - ambulancia y, de esta manera, el hospital preparaba sus equipos con base en la información que le fuere suministrada o si era del caso, enviaba a su personal médico al lugar, ahorrando de esta manera, tiempo y logrando una coordinación eficiente para el salvamento del mayor número de vidas.

El autor Edwin H. Spirgi, en su obra "DISASTER MANEGEMENT" ha definido claramente el "TRIAGE" o la selección de los pacientes, tomando en cuenta el principio de "el primero que llega, el primero que se trata", aplicado en la atención médica ordinaria, pero resulta inadecuado en las emergencias que afectan a grandes masas de población.

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG. 187
1991	TRIAGE	OBJ. 3.15

Spirgi dice, que " el triage tiene por objeto clasificar con rapidez a los heridos en función del beneficio que presumiblemente podrán obtener de la atención médica y no sólo de acuerdo con la gravedad de sus lesiones.

Algunos médicos y personal de emergencias e incluso moralistas pueden considerar cuestionable el tratar a pacientes a quienes se puede salvar antes que a los gravemente heridos o moribundos; pero esa estrategia, después de un desastre, es la única elección válida para el bien del mayor número de personas.

Se concede la prioridad más alta cuando una simple tensión inmediata e intensiva puede modificar dramáticamente la prognosis a corto o largo plazo. A los pacientes moribundos que requieren mucha atención para obtener un dudoso beneficio sobre su pronóstico se les atribuye la prioridad más baja.

EL TRIAGE es el único procedimiento que le permite dar un máximo de beneficio a la mayor parte de los heridos en una situación de desastre. Esta clasificación o agrupamiento de los heridos en masa a base del criterio médico de posibilidades de sobrevivir, es una medida necesaria para poder tratar a un gran número de víctimas **CON RECURSOS MEDICOS LIMITADOS** ya que la mayoría de los hospitales no tienen capacidad para almacenar recursos que afronten situaciones de emergencia colectiva.

Solamente la cantidad de heridos que necesitan distintos grados de atención médica hace necesario que la profesión médica y todos sus colaboradores adopten una filosofía de tratamiento distinta de la que se aplica en condiciones normales de funcionamiento.

Todo el personal de trabajo, tanto intra como extra hospitalario, debe conocer este sistema de clasificación.

1. ¿Quiénes deben hacer la clasificación de víctimas: "TRIAGE"?

A continuación se mencionan por separado sitios de clasificación:

a. Pre-hospitalario.

En este sitio, es necesario que el personal que atiende la emergencia no sólo sepa clasificar, sino que, además, tenga la destreza para proporcionar el Soporte Básico o Soporte Vital Avanzado.

Por lo tanto, se requiere de personal médico y paramédico con equipos médicos de urgencia que pueden proporcionar una atención

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG. 188
1991	TRIAGE	OBJ. 3.15

óptima a las víctimas para su traslado a los hospitales correspondientes.

Al inicio, según el número de víctimas, hay que realizar un triage rápido, para determinar qué se debe atender. Posteriormente, se reclasifican y se atienden a los que, por definición tienen un buen pronóstico, para darle Soporte Vital Avanzado y que sea trasladado a un centro hospitalario cercano.

2. Oficiales de " TRIAGE "

Serán los miembros del personal que más experiencia tengan en la materia. Al principio, sólo se dedican a clasificar y después colaboran con el resto de sus compañeros en las labores de la atención de la víctimas.

El jefe de la emergencia o el que asuma tal función deberá observar que el personal a su cargo labore con todas las medidas de seguridad, además valorará la escena y velará para que ésta también sea segura.

En caso de atención masiva de víctimas, la persona con más experiencia en el campo deberá ser el JEFE DEL OPERATIVO O EMERGENCIA y las autoridades locales deberán prestar toda su colaboración, sin distinción de grado, institución o nivel político en que se hallen.

En caso de que el sitio del desastre o emergencia sea INSEGURO, el jefe del operativo seleccionará un SEGUNDO SITIO de clasificación y atención de las víctimas. En ese lugar, se dará el tratamiento rápido que requiera cada paciente. Se hará una REVISION PRIMARIA Y SECUNDARIA de las víctimas de forma que su traslado no se retrase, excepto el tiempo estrictamente necesario para realizar un procedimiento urgente.

Desde 1987, en los Estados Unidos de Norteamérica, se está implantando la modalidad en la que el personal paramédico no puede dejar al paciente en el sitio de la emergencia por más de 10 minutos e inclusive deben capacitarse para la aplicación de vías endovenosas en ruta al centro hospitalario.

3. La tarjeta del triage.

A continuación se detalla el significado de la simbología utilizada en las tarjetas del TRIAGE. La tarjeta posee dos caras. Llamaremos cara A la que presenta un gran número de símbolos y la

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG. 189
1991	TRIAGE	OBJ. 3.15

cara B que tiene dos figuras humanas en vistas anterior y posterior, de mediano tamaño.

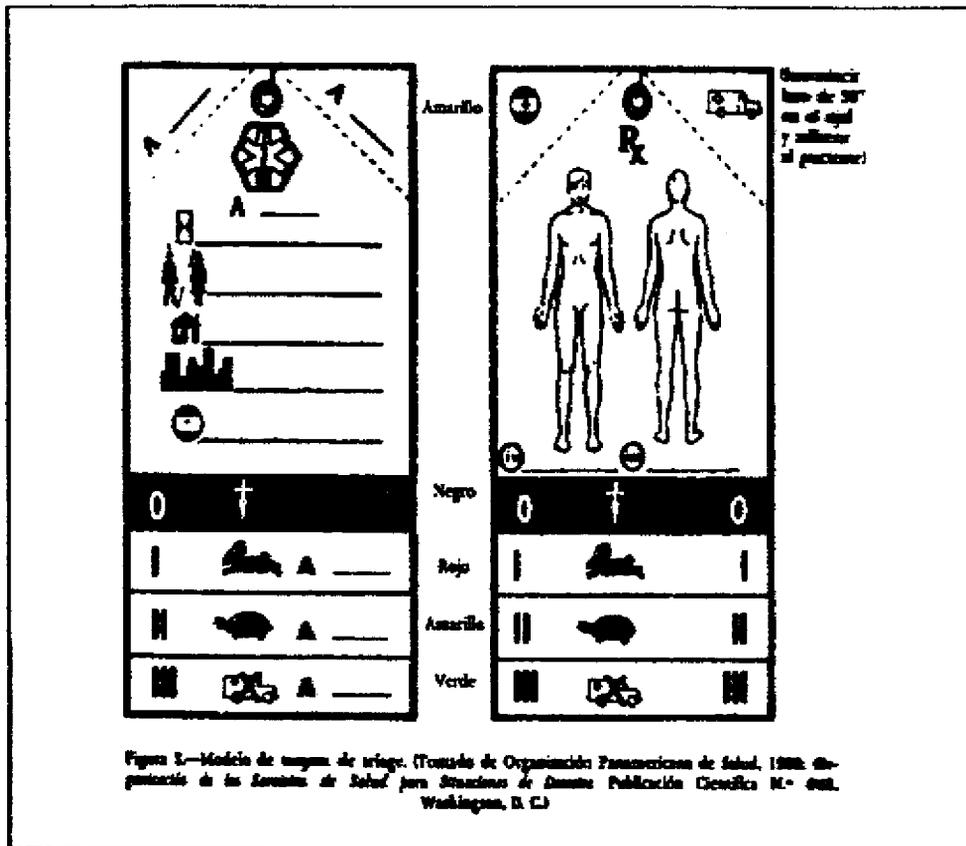


Figura 82—Modelo de tarjeta de triage. (Tomado de Organización Panamericana de Salud, 1988. Organización de las Naciones Unidas para la Salud, para Situaciones de Emergencia. Publicación Científica N.º 404, Washington, D. C.)

Figura 82 Tarjeta triage.

- a. Letra A: Esta letra se repite en cinco diferentes lugares. Estos son los sitios, en que se anota previo a su uso, un número consecutivo que normalmente oscila entre 0000 y el 9999. Dependiendo del número de ambulancias que las utilizan, cantidad de emergencias por estadísticas, etc., puede además asociarse este número con cualquier otra letra del alfabeto; por lo que su ordenamiento es arbitrario. Los sitios en que se presenta esta "A", son sólo aquellos desprendibles y que se requieren para la labor de identificación de pacientes trasladados (las esquinas, los colores rojo y amarillo, además de la tarjeta que queda con el paciente).

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG. 190
1991	TRIAGE	OBJ. 3.15

Esta letra, con su número consecutivo, sustituye los datos de la ficha de identificación; como nombre, edad, sexo, etc.: ya que en el sitio del desastre estos últimos no interesan y por medio de la numeración, posterior a la atención de las víctimas, se realizará el trámite ordinario de identificación.

- b. Reloj de arena: Aquí se anotará la hora en que fue clasificado el paciente.
- c. Figuras humanas: Solamente se marcará la correspondiente al sexo del paciente de esta tarjeta o sea. Si es masculino o femenino.
- d. Casita: Se anotará el nombre de la población, sitio o lugar: en el que se desarrolló el evento que se atiende.
- e. Edificios: Anotar el nombre de la ciudad a la que pertenece la población anterior.
- f. Circulo con cruz: En este espacio, el médico, paramédico u oficial de triage, anotará el nombre del hospital al que se referirá el paciente. Cabe destacar, que para tener un buen control y no saturar los centros hospitalarios receptores, se debe llevar un seguimiento constante del número de los pacientes que aún están en el lugar y requieren traslado, número de pacientes ya trasladados a cada centro hospitalario y disponibilidad de éstos para recibir más pacientes y en qué condiciones.

Otro aspecto básico para decidir el traslado es el tipo de atención que requieran el paciente para salvar su vida, y la distancia del lugar del triage, al centro hospitalario que cuenta con esos recursos, desde el punto de vista de tiempo de transporte.

Valoraremos ahora el significado de los símbolos de la cara B:

- g. Esquina superior derecha: Es desprendible. Tiene el dibujo de una ambulancia y recordemos en su reverso está un número consecutivo.

Será arrancada en el puesto comando de ambulancias y trasladada con el propósito de anotar el lugar al que se refirió el paciente y, una vez concluida la emergencia, buscar todos

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG. 191
1991	TRIAGE	OBJ. 3.15

los datos que consideremos importantes para el estudio casuístico.

- h. Esquina superior izquierda: Al igual que el anterior, se desprende, pero esta quedará en el sitio en que se halló el paciente en el lugar del desastre, con el fin de que nos sirva para que los investigadores, cuerpos policiales, o cualquier otro grupo autorizado, realicen un mejor mapeo de cómo y dónde se hallaron las víctimas y poder realizar estudios cruzados de información.
- i. Figuras humanas: Son vistas anterior y posterior del cuerpo humano, el oficial de triage marcará rápidamente la o las lesiones que presente el paciente, lo cual servirá para que tanto el centro de atención primaria en el sitio del desastre, como el hospital receptor puedan determinar de una forma rápida y precisa el tipo y lugar de éstas, evitándose por consiguiente, la pérdida de tiempo valiosísimo en revisar una y otra vez al paciente.
- j. Circulo IV, IM: Se anotará los medicamentos aplicados al paciente (nombre y cantidad) y su vía de administración; y IV = intravenoso, IM = intramuscular. Por ejemplo: 1 dipirona IM, vía con D5W (dextrosa 5%) IV.

Las nuevas tarjetas de triage traen además un espacio para anotar la hora de la aplicación, lo cual es de suma importancia con algunos tipos de drogas, que no pueden repetirse hasta cierto tiempo después una dosis de otra, estrictamente.

También se evita de esta forma que el paciente se le administre en forma repetida o a intervalos muy cortos, los mismos tratamientos.

4. Significado de los colores.

A excepción del color negro, que está fijo al resto de la tarjeta, todos los demás colores están adheridos a la misma por medio de líneas de puntos; porque facilita su desprendimiento.

El último color que marca la tarjeta es el que indica la mayor o menor severidad, de las lesiones en el paciente, y por lo tanto, la velocidad de atención y traslado de éste. Por ello es necesario tener absoluta certeza que el color que indique la tarjeta es el correcto, y que un paciente clasificado inicialmente como amarillo sea al cabo de un tiempo rojo, sin que haya mediado otra circunstancia que la tira amarilla se soltara por una mala

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG. 192
1991	TRIAGE	OBJ. 3.15

confección o manipulación de ésta. DE CUALQUIER FORMA HAY QUE EVITAR ESTAS SITUACIONES.

De un error, como el expuesto anteriormente, podrá depender la vida de cualquier otro paciente.

- a. Color negro: Significa que el paciente al momento de valorarse está muerto. Para poder clasificar un paciente dentro de esta categoría se valorarán completamente sus signos vitales, en caso de que no se observen lesiones mortales obvias. A la menor duda se procederá a revalorar, siempre con el propósito de dar el beneficio de la duda a éste.

En pacientes que evidentemente están muertos, no pierda demasiado tiempo, recuerde que hay otros que pueden salvarse con su auxilio oportuno.

- b. Color rojo: Esta clasificación es de sumo cuidado. Recuerde que dependiendo del número de pacientes y sus tipos de lesión, así será la utilización de su criterio técnico-profesional. Sólo llevarán este color aquellos pacientes con lesiones graves, que se beneficiarán con el auxilio médico hospitalario en forma dramática.
- c. Color amarillo: Se calificarán, dentro de este color, todos aquellos pacientes que al momento de la valoración presenten lesiones que pueden ser tratadas con los recursos existentes (en el sitio del desastre), ya que no atentan en forma alguna contra la vida del paciente.

Recordemos que en países como el nuestro, no podemos agotar todos los recursos de una sola vez; por lo que hay que racionalizarlos de forma tal que, en ningún momento, perdamos de vista el orden de prioridades.

- d. Color verde: Este color tiene función dual. Dentro de esta categoría, clasificaremos todos aquellos pacientes con lesiones menores, que no requieren casi del todo su traslado a un centro hospitalario en forma rápida, o sea, que pueden esperar el tiempo suficiente para que los servicios hospitalarios vuelvan a un nivel normal.

Se clasificarán también dentro de esta categoría, todos aquellos pacientes que presenten lesiones mortales, los cuales aún con el beneficio de cuidados intensivos, no sobrevivirán. Estos paciente moribundos deberán esperar con

PROXEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG. 193
1991	TRIAGE	OBJ. 3.15

los cuidados óptimos, la evacuación de los que si se beneficiarán con tratamiento intra-hospitalario.

ES MUY IMPORTANTE ENFATIZAR QUE UNA VEZ EVACUADOS TODOS LOS PACIENTES CLASIFICADOS COMO ROJOS. SI ALGUNO DE ESTOS MORIBUNDOS PRESENTA SIGNOS DE VIDA DEBERA INMEDIATAMENTE SER CLASIFICADOS COMO ROJOS Y, POR LO TANTO, TRASLADADOS CON IGUAL RAPIDEZ.

SIMBOLOGIA: SIGNIFICADO

COLOR NEGRO

0
FUNAL = PACIENTE FALLECIDO

COLOR ROJO = PACIENTE PRIORITARIO

I = PRIORIDAD UNO (1)
CONEJO = TRASLADASE RAPIDO COMO UN CONEJO

COLOR AMARILLO = PRIORIDAD SECUNDARIA

II = SEGUNDA PRIORIDAD
TORTUGA = TRASLADASE LENTO COMO TORTUGA

COLOR VERDE = PRIORIDAD TERCIARIA

III = TERCERA PRIORIDAD
AMBULANCIA TACHADA = NO REQUIERE TRANSPORTE

Como podemos observar, las tarjetas fueron diseñadas con el fin de que los camilleros, choferes de ambulancia o particulares sin un conocimiento mayor que el anterior, no tenga que preguntar absolutamente nada. Una vez que se le ordena que traslade al paciente etiquetado, sólo se fijará en el color, pero si resultase que el camillero es daltónico, utilizará entonces los números, y si no conoce los números, podrá entonces recurrir a las figuras, las cuales le indicarán la velocidad y/o necesidad del traslado de igual manera que los colores o la numeración.

5. Lesiones de acuerdo con el color.

Se presentará a continuación, algunos ejemplos de lesiones, según categorías anteriores descritas.

a. Categoría roja:

- Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.
- Paro cardiaco (presenciado y sin otra complicación mayor)
- Pérdida apreciable de sangre (más de 1 litro)
- Pérdida de conciencia

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG.194
1991	TRIAGE	OBJ.3.15

- Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- Algunas fracturas graves:
 - pelvis
 - tórax
 - Fracturas de vértebras cervicales
 - Fracturas o luxaciones donde el pulso no puede detectar por debajo del sitio o fractura o luxación.
 - Conmoción severa
 - Quemaduras (complicadas por daño a las vías respiratorias).

b. Categoría amarilla:

- Quemaduras de segundo grado, que cubre más del 30% de superficie corporal quemada SCQ.
- Quemaduras de tercer grado, que cubre más del 10% del SCQ.
- Quemaduras complicadas por lesiones mayores o lesiones a tejidos blandos o fracturas menores.
- Quemaduras de tercer grado que involucran áreas críticas como manos, pies, o cara, pero sin que existan problemas de vías respiratorias.
- Pérdida moderada de sangre (de 500 a 1000 cc).
- Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral.
- Pacientes conscientes con trauma cráneo-encefálico importante (tan serio como para causar un hematoma subdural o confusión mental). Estos pacientes mostrarán uno de los siguientes signos:
 - Salida de líquido cefalorraquídeo por oído o nariz.
 - Aumento rápido de la presión sistólica.
 - Vómito en escopetazo (como proyectil).
 - Cambios en la frecuencia respiratoria.
 - Pulso menor de 60 por minuto.
 - Hinchazón o amorcramiento por debajo de los ojos. (ojos de mapache).
 - Pupilas anisocóricas.
 - Colapso.
 - Respuesta motora débil o no presente.
 - Reacción débil a la estimulación sensitiva (estupos profundos).

c. Color verde:

Lesiones Menores:

- Fracturas menores (dedos, dientes, etc.)
- Otras lesiones menores, abrasiones, contusiones.

PRONEM	RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS	PAG.195
1991	TRIAGE	OBJ.3.15

- Quemaduras menores:
 - Quemaduras de segundo grado que cubren menos del 5% del cuerpo.
 - Quemaduras de tercer grado que cubren menos del 2% de superficie corporal.
 - Quemaduras de primer grado que cubren menos del 20% del cuerpo, incluyendo manos, pies y cara.

Lesiones mortales

- Quemaduras de segundo y tercer grado de más del 40% del cuerpo, en las que la muerte parece razonablemente cierta.
- 2.- Quemaduras de segundo y tercer grado de más del 40% del cuerpo, con otras lesiones mayores, así como fracturas mayores lesiones cráneo-encefálicas mayores, lesiones torácicas, etc.
- Lesiones craneales donde el tejido cerebral está expuesto y el paciente se encuentra inconsciente.
- Lesiones cráneo-encefálicas donde el paciente está inconsciente.
- Lesiones de la columna vertebral donde hay ausencia de sensibilidad y movimiento.
- Paciente mayor de 60 años con lesiones mayores.

Es de hacer notar, como se dijo anteriormente que existe una línea muy tenue entre estos pacientes y los de tarjeta roja. Si hay algunos pacientes con tarjeta roja, habrá que decidir el uso de este sistema.

Si no hay otros pacientes con tarjeta roja, los pacientes con tarjeta verde con aparentes lesiones mortales se convierten en candidatos para colocarse la tarjeta roja.

La razón es muy simple. Si hay muchos pacientes con tarjeta roja con posibilidades de sobrevivir, y pacientes con tarjeta verde que no podrán ser salvados debido a sus lesiones, el tiempo usado en los lesionados moribundos podría ser dedicado entonces al paciente con posibilidades de sobrevivencia.

6. Remoción de cadáveres (tarjeta negra).

- a. Pacientes no atrapados o sepultados. Se removerán en el siguiente orden:
 - Pacientes con tarjeta roja.
 - Pacientes con tarjeta amarilla.
 - Pacientes con tarjeta verde.

<i>PRONEM</i>	<i>RESCATE EN ESPACIOS CONFINADOS</i>	<i>PAG.196</i>
<i>1991</i>	<i>TRIAGE</i>	<i>OBJ.3.15</i>

b. Pacientes atrapados o sepultados. Se removerán en el siguiente orden:

- Pacientes con tarjeta roja
- Pacientes con tarjeta amarilla.
- Pacientes con tarjeta verde.
- Pacientes no atrapados o sepultados con tarjeta negra.
 - Pacientes atrapados con tarjeta negra.