

Anexo No.2

CLASIFICACIÓN DE VICTIMAS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES - TRIAGE ²⁶

INTRODUCCIÓN

La medicina tradicional se ha ocupado en nuestro país del problema cada vez más frecuente de los desastres y su principal consecuencia para la salud, como lo es la alta morbimortalidad que representan algunos tipos específicos de eventos, como es el caso de los terremotos, accidentes en el transporte terrestre y aéreo, atentados, entre otros.

La atención de lesionados en masa es un término que se aplica a aquellos eventos en los que los recursos asistenciales se ven sobrepasados y la situación se ve descompensada. Cuando la disponibilidad de recursos es adecuada, se habla que el evento está compensado.

La medicina tradicional se diferencia de la medicina de desastres en dos elementos básicos: rendimiento y eficacia; se puede incluso pasar de una medicina a la otra en aquellas emergencias en las que, aun sin arrojar un número considerable de lesionados, los medios materiales y el personal resulten insuficientes para sobreponerse a dicho acontecimiento.

En estos casos, se pretende atender en forma prioritaria a aquellos lesionados que tengan más probabilidad de supervivencia, procurando tratar el mayor número de ellos en el menor tiempo posible.

Obedeciendo a los parámetros de tratamiento y posibilidades reales de atención que impone tal situación; estos procedimientos implican una selección y por lo tanto una opción para aquellos que tienen mejores posibilidades de sobrevivir.

La palabra “priorizar” indica que se está dando una preferencia y por lo tanto alguien tendrá que esperar por su turno.

La priorización puede incluso conducir a que algunos lesionados no recibirán atención alguna, con el supuesto de que no podrán sobrevivir, a pesar de que en otras circunstancias y contando con recursos suficientes podrían salvar su vida.

Sin embargo, tanto analistas teóricos como la experiencia práctica, coinciden en señalar que una correcta priorización disminuye la mortalidad dentro de los lesionados críticos.

Estas acciones son emprendidas tanto por la comunidad afectada, como por el personal de socorro y salud desde el sitio mismo del impacto, así como por el personal de salud que los apoya durante el período que dura la fase de emergencia, o máxima demanda en la atención en salud, posterior a la ocurrencia del evento.

La participación de personal de socorro y salud en estas acciones implica gran responsabilidad, experiencia y rapidez en la acción.

²⁶ Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria, Ministerio de la Protección Social © 2005.

La selección se basa en un procedimiento asistencial de carácter diagnóstico, que luego debe ser complementado con cuidados iniciales de urgencia, estabilización del lesionado, supervivencia y transporte hacia los demás niveles de atención en salud.

La clasificación de heridos en masa debe tener en cuenta:

- El tipo de desastre y sus efectos sobre la salud.
- El número de heridos.
- La disponibilidad, acceso y categoría de los recursos hospitalarios en torno a la zona de desastre.
- Las posibilidades de evacuación, transporte y remisión de los lesionados.
- El grado de control local sobre la emergencia.
- El tipo, gravedad y localización de las lesiones.
- La recuperación inmediata y el pronóstico.

La mayor demanda de atención en salud se presenta en las primeras horas de la fase de emergencia, luego del impacto, pudiendo presentar incrementos elevadísimos en las primeras horas, para luego decrecer con igual intensidad en horas o días siguientes, aún en los desastres mayores.

Es durante estos primeros momentos en los que se debe asumir una filosofía y unos protocolos precisos para la atención en salud de un gran número de lesionados.

Origen y definición del triage

El triage es un término de origen francés (del verbo trier, cribar u ordenar) y originariamente un término militar que significa seleccionar, escoger o priorizar; se ha implementado en conflictos militares que datan de las guerras de Napoleón, en relación con la atención del gran número de heridos en combate.

Desde ese entonces a nuestros días, el concepto de triage se ha ido adaptando a nuevas condiciones de atención médica de emergencias y desastres, y actualmente se aplica tanto a los desastres naturales como a aquellos originados por el hombre.

Se entiende por triage el "Proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia", diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo.

La aplicación de los diferentes conceptos sobre el triage de los lesionados comprende una serie de acciones que se complementan entre sí, como son:

- La evaluación de los lesionados según su gravedad.
- La asignación de prioridades según la posibilidad de sobrevivencia.
- La identificación.
- La estabilización.
- La asignación de su destino inmediato y final.

Todas estas acciones deben estar enmarcadas dentro de esquemas estandarizados de atención de emergencias.

El procedimiento de triage debe ser aprendido y practicado tanto por el personal de socorro, como por el personal de salud que en determinado momento llegue a desempeñar tal función; para esto debe procurarse el siguiente perfil:

- Tener entrenamiento y experiencia en atención de pacientes urgentes.
- Capacidad de liderazgo para asumir su función en momentos críticos.
- Destreza en la valoración rápida de los lesionados.
- Conocimiento del sistema de atención de emergencias de la zona y de la institución en donde se realiza el triage.
- Claridad y recursividad en la toma de decisiones.
- Buenas condiciones físicas.

Aspectos éticos

Un desastre se caracteriza por la pérdida de balance entre las necesidades y los recursos disponibles, casos en los que se hace difícil proveer cuidado inmediato a todas las víctimas, por lo que la aplicación del concepto del triage está asociada a múltiples aspectos éticos.

Cuando el triage es requerido, es de obligatorio cumplimiento tanto los derechos humanos como las normas del derecho internacional humanitario, según se trate de un evento de origen natural o antrópico.

Se debe respetar el consentimiento informado, aún en eventos masivos.

El triage debe basarse exclusivamente en los criterios de asistencia médica establecidos.

Categorías y criterios de triage

La Medicina Militar, de concepción casi exclusivamente quirúrgica distingue la siguiente clasificación de los lesionados que llegan del frente de combate:

1. Afectados por el uso de armas de exterminio.
2. Heridos graves que llegan en camilla y en transporte sanitario.
3. Heridos leves, ambulatorios, que llegan en transportes ordinarios o por sus propios medios.
4. Enfermos de cualquier tipo.

Esta clasificación determina a su vez la priorización en la evacuación de los lesionados al siguiente nivel de atención:

- **Tratamiento inmediato:** Heridos a quienes se espera que la asistencia médica disponible pueda salvarles la vida o el funcionamiento de algún órgano.
- **Tratamiento tardío:** Heridos que después de recibir atención médica de urgencia están expuestos a un mayor riesgo por el retraso limitado del tratamiento posterior.
- **Tratamiento mínimo:** Heridos que no necesitan hospitalización y pueden ser dados de alta después de recibir los primeros auxilios.
- **Tratamiento expectante:** Personas con lesiones tan graves y críticas a quienes solo un tratamiento complejo y prolongado les ofrecería alguna esperanza de vida.

El Comité Internacional de la Cruz Roja establece en su manual de "Cirugía para víctimas de guerra" el siguiente criterio de clasificación:

- Grupo A: Aquellos cuyas lesiones son tan leves que pueden ser manejados bajo el concepto de autoayuda. Estos deben ser rápidamente separados de otros grupos

para no interferir con el manejo de heridas de mayor severidad.

- Grupo B: Aquellos cuyas lesiones requieren evaluación y cuidado médico, pero cuya vida no corre peligro y pueden ser manejados con tratamientos simples y compresas en una estación médica en el terreno o en el departamento de emergencias de un hospital ubicado fuera de la zona de conflicto y que no esté saturado.
- Grupo C: Aquellos cuyas heridas demandan atención quirúrgica. Estos a su vez se clasifican en tres prioridades:
 - Prioridad 1. Casos que requieren reanimación y cirugía urgente, en especial aquellos afectados por asfixia y hemorragia.
 - Prioridad 2. Casos que requieren cirugía diferible, probablemente asociados a reanimación con lesiones de órgano blanco o vasculares.
 - Prioridad 3. Casos que requieren cirugía no urgente.
- Grupo D: Aquellos con lesiones severas cuya muerte es inevitable o esté fallecido.

En nuestro medio, con base en las amenazas latentes y de acuerdo con la experiencia práctica de las últimas décadas, se ha adoptado la siguiente clasificación de los lesionados, al igual que la asignación de un código de colores que identifica no solo la gravedad de su lesión (categoría), sino también el orden en que debe ser atendido o evacuado (prioridad):

Prioridad tipo I ó ROJA

Se aplica a los lesionados de CUIDADOS INMEDIATOS, quienes requieren una

atención médica urgente, ya que por la gravedad de sus lesiones pueden perder su vida y con los recursos disponibles tienen probabilidad de sobrevivir.

Prioridad tipo II ó AMARILLA

Se aplica a los lesionados de CUIDADOS INTERMEDIOS O DIFERIBLES, quienes requieren una atención médica que da lugar a espera.

Prioridad tipo III ó NEGRA

Se aplica a los lesionados de CUIDADOS MINIMOS, es decir, a aquellos cuyas lesiones son de tal gravedad, que existen pocas o ninguna probabilidad de sobrevivir, pero que merecen algún grado de atención médica.

Prioridad tipo IV ó VERDE

Se reserva para aquellos lesionados de CUIDADOS MENORES, o sea los que presentan lesiones leves o que su atención puede dejarse para el final sin que por ello se vea comprometida su vida.

Prioridad tipo V ó BLANCA

Este color se utiliza para las personas fallecidas.

Todos estos criterios para la clasificación de los lesionados por colores, como ya lo hemos mencionado, implican una elección, la cual se ve complementada por un diagnóstico preliminar, cuidados iniciales, estabilización, medidas de supervivencia y transporte, los cuales se realizan siguiendo una serie de etapas de triage, como son:

- Etapa diagnóstica: Que conduce a la categorización por colores en cada nivel de triage, según el orden de atención.

- Etapa terapéutica: Que permite adoptar los primeros pasos en el manejo de las lesiones según su gravedad.
- Etapa de preparación: En la que se prepara y organiza la evacuación de los lesionados hacia el siguiente nivel de triage.

Etiquetaje (tagging)

Uno de los ingredientes más importantes dentro del proceso de triage es la identificación de los lesionados mediante el uso de etiquetas o tarjetas ("tags"), las cuales se colocan a los lesionados durante la etapa de diagnóstico, en las que se consigna sucesivamente toda la información sobre la categoría o prioridad del lesionado, diagnóstico inicial y consecutivo, medicamentos aplicados, hora de aplicación, etc.

El principio de etiquetar y luego dar tratamiento debe ser aplicado en relación con el concepto del triage.

Las tarjetas deben tener impreso el color o el letrero que indique el orden de agravamiento (categoría) de los lesionados.

Sin embargo, es preciso hacer claridad sobre la diferencia que hay entre el orden de agravamiento y el orden de prioridad, ya que en el primero iría de verde a amarillo, rojo, negro y blanco, y en el segundo va de rojo a amarillo, negro, verde y blanco, que es finalmente el orden de atención.

La tarjeta debe llevar el orden de agravamiento, de manera que permita seguir la secuencia lógica que puede presentar un lesionado en su recorrido para la atención hospitalaria definitiva desde la zona de impacto.

El uso de cualquier tipo de tarjetas debe iniciarse desde la zona de impacto y llenarse la

información en forma sucesiva a medida que el lesionado avanza hacia los siguientes niveles de triage, los cuales se describen más adelante.

Ya en el hospital en el cual se le brinde la atención definitiva, la tarjeta es complementada por la historia clínica habitual.

Las tarjetas se deben recolectar al finalizar la fase de emergencia, con el fin de constatar el registro colectivo de lesionados que debe llevar cada unidad de salud.

Niveles de triage

Los distintos niveles en los que debe ser realizado el triage se implementan en función de la disponibilidad de recursos en el sitio y en la red de instituciones prestadores de servicios de salud existentes en la zona afectada.

NIVEL I DE TRIAGE

El triage primario es aquel que se realiza directamente en la Zona de Impacto, es una clasificación en función de la necesidad de tratamiento médico inmediato, rápido y sencillo, en el que la primera actividad que se realiza es la de obtener una visión general de la magnitud de la emergencia y la necesidad de recursos extras.

Existen diversas escuelas que hablan de la forma como debe ser abordado el triage primario, las cuales en general coinciden en determinar la valoración de la movilidad del lesionado, la valoración de la vía aérea, la respiración y la circulación.

Se debe adoptar una metodología simple, rápida y replicable, que pueda ser aplicada por cualquier voluntario con un mínimo de entrenamiento médico apropiado.

La severidad del criterio de clasificación es directamente proporcional a la magnitud del evento.

Durante el triage primario se persiguen los siguientes objetivos:

- Hacer una evaluación diagnóstica inicial de los lesionados.
- Prestar un auxilio inmediato en los casos en los que haya compromiso directo de la vida del lesionado.
- Clasificar los lesionados de acuerdo con la evaluación inicial de sus lesiones y asignarles una prioridad.
- Trasladar los lesionados al centro de atención y clasificación de heridas más cercano.

El procedimiento de triage inicial es el primer filtro en el flujo de los lesionados, lo cual puede evitar mediante una adecuada clasificación, la "inundación" y probable bloqueo de los siguientes niveles de atención.

El personal de socorro que llega al sitio de la emergencia, define entre las personas de mayor experiencia el responsable del triage primario, quien luego de establecer el criterio de clasificación de cada lesionado procede a realizar el ("tagging") o rotulado.

Sus demás compañeros lo acompañan para llenar la información inicial de la tarjeta e iniciar de inmediato la atención de los lesionados que requieran maniobras básicas de reanimación, contención de hemorragias, manejo del shock, inmovilizaciones, etc., y preparar la evacuación en orden de prioridades.

Un método útil y ágil para el triage "in situ", consiste en el llamado TRIAGE EN BARRIDO, en el cual el responsable del triage primario, seguido de sus equipos de colaboradores, recorren la zona de impacto una y otra vez,

tratando de identificar primero los lesionados de categorización roja, luego amarilla, negra, verde y blanca, sucesivamente.

En sitios de difícil acceso y topografía quebrada, el triage se debe realizar en el orden en que se van localizando los lesionados.

NIVEL II DE TRIAGE.

El triage secundario es el que se realiza en el Centro de Atención y Clasificación de Heridos (CACH) o Módulo de Estabilización y Clasificación (MEC).

Es una clasificación basada en la urgencia de evacuación para el tratamiento definitivo.

El responsable de este nivel de triage debe ser un médico o enfermera con amplio criterio, sentido común y experiencia en el manejo de los diferentes tipos de traumatismo.

Debe procurarse información sobre la evaluación inicial de la magnitud del evento desde la zona de impacto, con el fin de decidir la severidad en el criterio de triage.

Durante el triage secundario se persiguen los siguientes objetivos:

- Revisar la prioridad de los lesionados provenientes de la zona de impacto y evaluar su estado clínico.
- Estabilizar los lesionados de acuerdo con la valoración clínica.
- Brindar tratamiento prehospitalario a los lesionados que no requieren atención institucional.
- Trasladar los lesionados hacia las unidades hospitalarias de acuerdo con la prioridad asignada y la complejidad de cada institución.
- Llevar un registro colectivo adecuado de

todos los casos atendidos.

El procedimiento de triage secundario es el siguiente filtro en el flujo de los lesionados, lo cual puede evitar el bloqueo de los hospitales, siendo este el objetivo más importante de todo el proceso de atención de lesionados.

La ubicación del CACH o MEC para el triage secundario, debe tener en consideración los siguientes aspectos:

- Proximidad a la zona de impacto, pero fuera del área de riesgo.
- Ubicación en una zona segura, localizada en contra de la dirección del viento en casos de contaminación química.
- Protección de elementos climáticos.
- Fácil visibilidad para la víctimas o los organismos de apoyo.
- Rutas de acceso para evacuación terrestre y aérea.

Una serie de actividades deben ser llevadas a cabo en el CACH en forma cronológica, en la medida en que los lesionados ingresan provenientes de la zona de impacto; con el fin de dar un orden lógico a estas acciones.

El coordinador del CACH debe establecer un PROCESO DE ATENCIÓN Y EVACUACIÓN de los lesionados, en las siguientes fases:

FASE I

- Identificación y tratamiento de los lesionados con prioridad roja.

FASE II

- Estabilización de lesionados prioridad roja.

- Iniciar tratamiento de lesionados prioridad amarilla.

FASE III

- Evacuación lesionados prioridad roja.
- Estabilización lesionados prioridad amarilla.
- Iniciar tratamiento lesionados prioridad negra.

FASE IV

- Evacuación lesionados prioridad amarilla.
- Evacuación lesionados prioridad negra.
- Iniciar tratamiento lesionados prioridad verde
- Definir la salida o evacuación.
- Realizar procedimientos legales.

La prioridad en la evacuación depende en gran medida, de los recursos de transporte disponibles en el C.A.C.H.

Si el número de lesionados iguala el número de vehículos (situación compensada), el procedimiento puede ser sencillo: aquellos que son estabilizados primero se evacúan de inmediato.

Sin embargo, si el número de lesionados excede el número de vehículos disponibles (situación descompensada), la prioridad de evacuación debe ser dada a aquellos lesionados críticos, seleccionándolos incluso dentro de un mismo grupo de prioridad.

NIVEL III DE TRIAGE.

Es el que se realiza a nivel hospitalario, en aquellas unidades de salud a las que son

remitidos los lesionados procedentes del CACH ó MEC.

El responsable del triage en este nivel debe ser un médico debidamente entrenado, con una sólida experiencia en traumatología, buen criterio y sentido común, estar informado de la magnitud del evento y tener un conocimiento claro de los esquemas habituales de atención de emergencias tanto extra como intra-hospitalarios.

Durante el triage terciario se persiguen los siguientes objetivos:

- Revisar la prioridad de los lesionados provenientes de la zona de impacto y del CACH y evaluar su estado clínico.
- Estabilizar los lesionados de acuerdo con la valoración clínica.
- Brindar tratamiento hospitalario a los lesionados.
- Planear la utilización racional de quirófanos, servicios de rayos X, banco de sangre y laboratorio, así como del recurso humano.
- Trasladar los lesionados hacia otras unidades hospitalarias teniendo en cuenta la racionalización de recursos según la complejidad de cada institución.
- Hacer un registro colectivo adecuado de todos los casos atendidos.

Una serie de actividades deben ser llevadas a cabo en el hospital a la llegada de los lesionados; un procedimiento aplicable en estos casos es el TRIAGE EN EMBUDO, el cual permite una recepción, valoración y clasificación de los lesionados, para su ubicación en las áreas de expansión hospitalaria, evitando así una mayor congestión de las zonas internas ya ocupadas.

Es importante para lograr este objetivo, ubicar adecuadamente la zona de triage en la parte externa de la unidad hospitalaria, de forma que cuando los lesionados ingresen a la planta física, lo hagan ya con una destinación específica.

La zona de triage hospitalario, debe ubicarse en la vía de acceso al área de urgencias, lugar donde debe realizarse el procedimiento de triage terciario por el médico clasificador responsable, quien no administra tratamiento alguno; su misión es solo la del triage, con el apoyo de una enfermera calificada, quien le colaborará con la clasificación y dos o tres auxiliares quienes harán el tarjeteo (tagging) respectivo; además debe haber un responsable del registro colectivo de los lesionados.

Luego de este primer paso, los lesionados pasan a cada una de las AREAS DE EXPANSION, previamente establecidas en el plan de emergencia hospitalario y debidamente señalizadas con FRANJAS DE COLORES que las ubiquen claramente, con el fin de recibir el tratamiento definitivo de acuerdo con sus lesiones y el nivel de complejidad de la entidad de salud que los recibe.

Labor que es ejecutada por los equipos de atención y reclasificación identificados por los colores de triage y asignados a cada área; estos equipos pueden hacer una clasificación dentro de cada grupo de lesionados, con el objeto dar una nueva prioridad en la atención definitiva, sin que esto implique cambiar su color.

De igual forma, dependiendo de la complejidad de la entidad de salud que asume este triage terciario, se puede realizar una REMISION INTERHOSPITALARIA de lesionados, con el fin de ubicar los lesionados en los hospitales más adecuados para brindar tratamiento a sus lesiones.

Atención a los lesionados según su clasificación

Resulta a menudo difícil tratar de asignar prioridades estando frente a un gran número de lesionados, pues se corre el riesgo de orientar los esfuerzos tratando de salvar un lesionado crítico sin posibilidades de supervivencia, mientras otros menos críticos hubiesen podido sobrevivir con intervenciones simples tales como despejar vías respiratorias, controlar una hemorragia o prevenir el shock.

El procedimiento del triage implica decisiones complejas, las cuales deben ser tomadas por personal debidamente entrenado.

El personal de salud debe estar preparado para afrontar los problemas de tipo sociológico que se sabe afectan tanto a los lesionados y afectados en general, como al personal de salud y socorro que les presta auxilio.

La utilización de procedimientos sencillos y uniformes, económicos en recurso humano y material, puede dar como resultado la disminución de la mortalidad.

A continuación se plantea el tipo de lesionados que en teoría, deben ser clasificados dentro de cada color y sus normas de manejo, sin embargo la flexibilidad es la clave, puesto que es la magnitud del desastre, la ubicación y disponibilidad de recursos lo que determina la clasificación definitiva de los lesionados.

Los PRINCIPIOS GENERALES en la atención de los lesionados son:

- Salvar vidas es la prioridad.
- Aplazar actividades electivas o de mayor complejidad (aplazar cierre de heridas primarias, utilizar férulas en vez de yesos).
- Simplificar al máximo los procedimientos.
- Asignar funciones a todo el personal de

salud y de socorro.

- Llevar registros en forma adecuada.
- INFORMAR oportunamente al Puesto de Mando Unificado.

A. ATENCIÓN A LESIONADOS CRÍTICOS RECUPERABLES PRIORIDAD I ROJA.

Los lesionados considerados en este grupo son los que presentan:

Problemas respiratorios en general

- Heridas en tórax con dificultad respiratoria.
- Paro respiratorio o cardiorespiratorio presenciado o reciente
- Neumotórax a tensión.
- Asfixia traumática.
- Asfixia por gases inhalados.
- Heridas deformantes en cara o maxilofaciales.
- Múltiples heridas.
- Evisceración.
- Abdomen agudo.
- Lesión de columna con compromiso cervical incompleto.

Shock o riesgo de shock por:

- Hemorragias severas.
- Síndrome de aplastamiento.
- Quemaduras eléctricas.
- Quemaduras de 2º grado y mayores de 20% en extensión.
- Quemaduras de 3º grado en cara, manos, pies mayores del 10%.
- Taponamiento cardíaco.
- Avulsiones extensas.

- Fracturas abiertas o múltiples heridas graves.

Otras:

- Exposición de vísceras.
- Histéricos o en estado de excitación máxima.
- TEC grado III (Glasgow 4-8).
- Status convulsivo.

Gineco – Obstétricas:

- Trabajo de parto activo.
- Sangrado vaginal abundante.

Personal de apoyo:

- Auxiliadores con lesiones de alguna consideración, quienes puedan por esto desviar la atención del resto de los compañeros del grupo.

Se pueden plantear una serie de recomendaciones sobre el manejo de este tipo de lesionados, dependiendo del nivel de triage. Recuerde que los lesionados críticos recuperables se hacen irrecuperables a medida que transcurre el tiempo sin recibir atención.

Las principales medidas terapéuticas en este grupo son mantener permeable la vía aérea y reemplazar el volumen sanguíneo.

A nivel del triage primario y secundario, se debe revisar claramente el criterio de clasificación, debido a la tendencia de querer incluir a todos los lesionados críticos en esta prioridad, olvidando la posibilidad real de sobrevivencia.

En el triage terciario se debe tener en cuenta:

- Hacer una estricta reclasificación al ingreso al hospital y dentro del área roja.
- Revisar y disponer de inmediato del mayor

recurso posible de quirófanos, sangre, instrumental y personal.

- Considerar inicialmente los procedimientos quirúrgicos cortos.
- Dar prioridad a los lesionados con diagnóstico claro, hemoclasificados y con maniobras de estabilización que les permita soportar el acto anestésico.
- Si es posible, utilizar cirujanos hábiles y rápidos en los procedimientos iniciales y relevarlos luego con el resto del personal.
- No olvidar hasta donde sea posible, mantener los cuidados de asepsia y antisepsia, lo cual permite reducir las complicaciones posteriores.
- Utilizar los equipos de Rayos X y los exámenes de laboratorio solamente si el criterio clínico, por si mismo, es insuficiente para establecer el diagnóstico. Los exámenes de laboratorio esenciales para situaciones de desastre son: Hemoglobina, hematocrito, recuento de blancos, glicemia, hemoclasificación y pruebas cruzadas, citoquímico de orina, nitrógeno ureico, ionograma y gases arteriales.
- Manejar los lesionados admitidos para hospitalización con historia clínica completa; la tarjeta sólo es útil como medio de remisión.
- La fase crítica de la emergencia se debe manejar con los recursos propios, cualquier ayuda externa tarda en llegar y es de difícil adaptación al medio.

B. ATENCION A LESIONADOS DE CUIDADOS INTERMEDIOS O DIFERIBLES PRIORIDAD II AMARILLA.

Los lesionados considerados en este grupo son los que presentan:

Dolor torácico y arritmias sin compromiso hemodinámico:

- Angor pectoris.
- Infarto Agudo de Miocardio.
- Arritmias.

Crisis convulsivas:

- Trauma encefalocraneano.
- Hipoxia.

Pérdida de conciencia sin dificultad respiratoria.

- TEC grado II (Glasgow 9-13).
- Trauma torácico sin disnea.

Fracturas mayores sin signos de shock:

- Pelvis.
- Fémur.

Otras lesiones sin shock.

- Quemaduras de 10-20% en extensión y 2º grado en profundidad.
- Quemaduras menores del 10% en extensión y de 3º grado.
- Ingestión de tóxicos sin compromiso hemodinámico o dificultad respiratoria.

Las recomendaciones aplicables a este segundo grupo son en principio, las mismas que para la prioridad roja.

El equipo de triage asignado al área amarilla debe estar igualmente preparado para recibir lesionados provenientes del área roja, que se

hayan estabilizado, o remitir aquellos amarillos que se compliquen al área roja.

C. ATENCION A LESIONADOS DE CUIDADOS MINIMOS O MORIBUNDOS PRIORIDAD III NEGRA.

Los lesionados considerados en este grupo son los que presentan:

- Paro cardiorespiratorio no presenciado o prolongados (más de 20 minutos).
- Aquellos cuyas lesiones impiden las medidas de reanimación.
- Paro cardiorespiratorio en desastres con gran número de lesionados.
- Quemaduras de más del 60% en extensión y de 2º o 3º grado en quienes la muerte es inminente.
- Quemaduras de más del 50% en extensión corporal, asociadas a lesiones mayores (TEC, trauma de tórax y abdomen, fracturas múltiples).
- Lesiones cerebrales con salida de masa encefálica.
- TEC con estupor profundo o coma (Glasgow menor de 4).
- Lesiones de columna cervical con signos de sección medular.

En este tipo de lesionados es necesario tener en cuenta factores como la edad, el tipo de lesión, estado de conciencia, posibilidad de reanimación, presencia de sangrado profuso, anemia y calidad de la respiración.

Es obligatorio evitar o aliviar el dolor, además de mantener la hidratación.

Un médico clasificador debe valorar regularmente los lesionados de este grupo, ya que cuadros clínicos que parecen desesperados en el momento de la admisión pueden, en una segunda valoración ser transferidos al área roja, cuando la fase de emergencia ha pasado.

Un principio ético fundamental es que nunca se debe abandonar un lesionado en forma categórica y definitiva, no importa cual sea su estado crítico.

Si el lesionado está consciente, debe enfrentarse al dolor o a la muerte inminente como consecuencia de su estado de salud.

El dolor tiene un componente emocional y uno físico y está condicionado por la situación misma del desastre, la pérdida de seres queridos y bienes materiales, la desintegración del núcleo familiar y comunitario, y la cercanía de otros que sufren.

El lesionado debe elaborar su duelo, entendido como la reacción natural a la pérdida de algo querido. Las fases de este proceso se conocen como:

- "Shock emocional" o confusión por el impacto; dura unas horas o pocas semanas.
- Añoranza o búsqueda del objeto perdido; suele durar meses o años.
- Desorganización y desesperanza; tiempo variable.
- Reorganización o renovación.

Existen además factores que afectan la elaboración del proceso de duelo haciendo que este se resuelva de una manera patológica; el conocimiento de estos factores, ayudará al personal de salud a manejar de una forma adecuada a los lesionados de este grupo, sin olvidar que este mismo personal puede ser afectado por estos procesos.

En lo referente a la farmacoterapia recomendada para estos casos, es necesario contar con una dotación mínima en cuanto a:

- Analgésicos de uso parenteral (Dipirona, Morfina).
- Sedantes (Diazepam).
- Tranquilizantes (Clorpromazina).
- Neurolépticos (Haloperidol).
- Analgésicos orales - AINES (Ibuprofen, Piroxicam).

Un lesionado moribundo debe manejarse siempre en forma individual, brindársele bienestar y comodidad, respetar su ideología y creencias religiosas, dársele explicación adecuada sobre sus lesiones e inquietudes.

Por último, desde el punto de vista médico, se recomienda:

- Mejorar la disnea a través del uso adecuado de cánulas, intubación, oxígeno y morfina.
- Pasar sonda vesical en caso de retención urinaria.
- Inmovilizar eficazmente todas las fracturas.
- Detener las hemorragias con vendajes compresivos.
- Aliviar la sed.
- Efectuar cambios frecuentes de posición.
- Controlar el vómito con el uso de antieméticos parenterales.

D. ATENCION A LESIONADOS DE CUIDADOS MENORES O LEVES PRIORIDAD IV - VERDE

Los lesionados considerados en este grupo son los que presentan:

- Heridas de piel y tejidos blandos, que no presenten signos de shock o pérdida de pulso distal.
- Fracturas cerradas sin signos de hemorragia interna.
- Quemaduras de 1º grado en profundidad, sin importar su extensión.
- Quemaduras de 2º grado menores del 15% en extensión.
- Quemaduras de 3º grado menores del 2% en extensión.
- Lesión en columna a nivel dorsolumbar.
- Glasgow 14 - 15
- Shock psíquico sin agitación.
- Afectados.

Es probable que en la mayoría de desastres, este sea el grupo más numeroso de lesionados, por lo tanto su atención debe hacerse en forma ágil, pero adecuada; es preferible aplazar un poco su atención que hacerlo en forma precipitada; se recomienda por lo tanto:

- Realizar examen físico completo y un manejo cuidadoso de sus lesiones.
- Lavar todas las heridas, cubrirlas con material estéril y NO SUTURARLAS si no hay condiciones para hacerlo, o hasta que se levante la fase de alerta para el sector salud.
- Inmovilizar todas las fracturas y controlar siempre el dolor.
- Prestar atención individual a los lesionados con shock síquico.
- Llevar un registro adecuado de todos los casos atendidos.

E. MANEJO DE CADÁVERES PRIORIDAD V - BLANCA.

La última prioridad por supuesto, se asigna a las personas que fallecen como consecuencia de la emergencia.

Tanto las entidades de socorro, como el sector salud, deben tener presente los aspectos de medicina legal aplicables a situaciones de emergencia y desastre, basados en el Código vigente; en esta reglamentación se incluyen aspectos relacionados con:

- Levantamiento de cadáveres.
- Necropsia médico-legal.
- Certificado de defunción.
- Traslado de cadáveres.
- Identificación.

Al igual que en los grupos anteriores, también en este grupo se debe llevar un registro adecuado de las víctimas, con el fin de completar la información de los efectos de la situación de emergencia o desastre.

De acuerdo con las recomendaciones sobre registro de la información, mediante el establecimiento de la CADENA DE INFORMACIÓN que se describe a continuación.

Triage pediátrico

Según los reportes de la experiencia israelí (Mor, Waisman), los principios de triage en niños son los mismos que en los adultos, sin embargo, la prioridad de los niños con respecto a los adultos es controversial.

El criterio aplicado comunmente en el triage primario, basado en la posibilidad del paciente de moverse, puede no aplicarse en los niños, muchos de los cuales no pueden caminar, hay cambios en los parámetros

fisiológicos en relación con la edad, entre otros aspectos.

El modelo propuesto establece cuatro categorías para la clasificación de los niños, así:



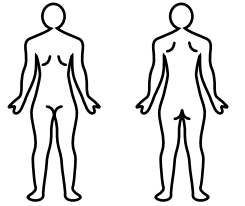

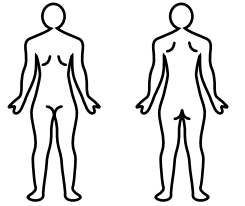

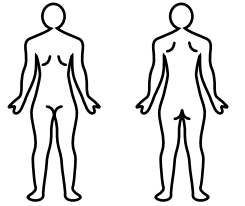
- Cuidados inmediatos.
- Cuidados urgentes.
- Cuidados menores.
- Cuidados mínimos - no recuperables .

Esta categorización es similar a la propuesta en Colombia para el manejo general de multitud de lesionados, por lo que podría manejarse el mismo criterio para ambos casos.

Se agregaría sólo el color blanco para los fallecidos, puesto que el rojo se seguiría aplicando a los de cuidados inmediatos, el amarillo a los de cuidados urgentes, verde a los de cuidados menores y el negro a los no recuperables.

DIAGRAMA No.8

MODELO DE TARJETA DE TRIAGE

Zona de Impacto 0001	 Ministerio de la Protección Social	M.E.C. 0001																								
Fecha: Día Mes Año																										
Hora: : A:M <input type="checkbox"/>																										
Hora: : P:M <input type="checkbox"/>																										
Evento: _____																										
Lugar: _____																										
Nombre: _____																										
Edad: _____ Sexo: _____																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Zona de Impacto 0001</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">  Ministerio de la Protección Social </td> <td style="width: 33%; text-align: center;">M.E.C. 0001</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> Signos Vitales Pulso Respiración Temperatura </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> Localización de lesiones  </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> Medicamentos aplicados _____ _____ </td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow; height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="background-color: black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: green; height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="background-color: red; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: yellow; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: green; height: 20px;"></td> </tr> </table>		Zona de Impacto 0001	 Ministerio de la Protección Social	M.E.C. 0001	Signos Vitales Pulso Respiración Temperatura			Localización de lesiones 			Medicamentos aplicados _____ _____														
Zona de Impacto 0001			 Ministerio de la Protección Social	M.E.C. 0001																						
Signos Vitales Pulso Respiración Temperatura																										
Localización de lesiones 																										
Medicamentos aplicados _____ _____																										