



# Portal de Medicina de Emergencias.

<http://fly.to/emergencias>  
<http://www.emergencias.es.org>  
<http://www.emergencias.es.vg>

José Ramón Aguilar Reguero

Equipo de Emergencias 061 Málaga. España

# Documento original de Emerimagen

Accidentes con Múltiples Víctimas: Manejo.

Atentados Terroristas.

<http://www.emerimagen.com>

## Accidentes con Múltiples Víctimas: Manejo. Atentados Terroristas.

Concepto:

Se define la situación como accidente de múltiples víctimas a aquella en la que los sistemas de emergencia médica locales son desbordados y se ven incapaces de controlar la situación en los primeros quince minutos.

En los países occidentales industrializados tales situaciones se deben a accidentes relacionados con el transporte colectivo (por ferrocarril, transporte aéreo, o accidentes de tráfico), a siniestros en edificios públicos (incendios, atentados terroristas por bomba o con sustancias tóxicas, derrumbamientos de tribunas o disturbios en estadios, etc.), a accidentes durante la fabricación, el almacenamiento o el transporte de mercancías peligrosas, etc.

La diferenciación entre accidente con múltiples víctimas y catástrofe, la va a dar el número de heridos o pacientes y el lugar donde se produzca el incidente (o lo que es lo mismo, la disponibilidad de dispositivos para tratamiento in situ, traslado hacia centros asistenciales adecuados, y centros asistenciales adecuados suficientes), dado que según el sitio, en algunos lugares será una catástrofe una colisión de vehículos con tres heridos graves que requieren soporte vital avanzado al trauma, si sólo disponemos de una ambulancia medicalizada y una convencional, y sin embargo, en lugares con alta concentración de medios y personal adiestrado como Madrid, un atentado con 10 ó 12 heridos graves solo colapsaría los servicios de emergencia extrahospitalaria durante escasos minutos, por lo que solo sería un accidente con múltiples víctimas.

Ante situaciones de múltiples víctimas, es obligada la distribución de los recursos (aparatos, utensilios y herramientas) para su uso en la emergencia, así como la de las ambulancias y otros vehículos.

Dichos recursos deben mantenerse en un lugar de espera, ya que en la mayoría de casos la zona del impacto puede absorber solamente una cierta cantidad de unidades antes de que se congestione en tal grado que se produzca el colapso del sistema de transporte, produciendo retrasos inaceptables (como ocurrió en París en el incendio del centro Pompidou en el que se produjo tal colapso por las ambulancias que acudieron masivamente al siniestro, que hubo pacientes con necesidad de traslado que no pudieron trasladarse inmediatamente, puesto que las primeras ambulancias que acudieron al lugar, dado que no se efectuó una noria adecuada de transporte, no pudieron salir, ya que estaban bloqueadas por las últimas en llegar). Por lo tanto, en el mismo momento en que se reconozca que la situación lo demanda, se dispondrá una zona de estacionamiento-almacén-espera, que debe ser, además, el lugar adonde sean dirigidos los vehículos de los medios de comunicación social (prensa, televisión, etc.) y otras instituciones. Solamente se trasladará a la zona de impacto el equipo especializado que sea preciso utilizar.

El estacionamiento-almacenaje adecuado permite lo siguiente:

Evita una congestión excesiva de aparatos y vehículos en la zona de impacto.

Permite al jefe de operaciones disponer de tiempo para valorar las condiciones y las necesidades, previamente a la asignación de recursos, evitando también la tendencia a la toma de decisiones individuales, que podrían producir conflictos sin órdenes previas.

Permite al jefe de operaciones formular y aplicar estrategias de manejo sin confusión y presión ambiental.

Favorece un enlace de comunicaciones y transmisiones más efectivo, reduciendo tanto el tráfico de vehículos como el tráfico de radio durante los estadios iniciales críticos en la zona de impacto.

Responsabilidades en la zona de estacionamiento-almacenaje:

El responsable de la zona de estacionamientoalmacenaje deberá:

Coordinarse con el personal de seguridad (policía, fuerzas armadas, etc.) para bloquear las calles, cruces y otros puntos de acceso que es necesario preservar para el correcto desarrollo de las operaciones.

Asegurarse de que todos los aparatos y vehículos estén dispuestos y aparcados de forma adecuada y ordenada.

Mantener un registro de las unidades y recursos disponibles en la zona de almacenamiento-estacionamiento y un inventario de todo el equipo especializado y de los suministros médicos que pueden ser solicitados en la zona de impacto.

Mantener el enlace tanto con el jefe de operaciones en la zona de impacto, como con el centro de coordinación, para disponer el flujo de material y vehículos necesarios.

Situarse en una zona que sea visible y accesible tanto a las unidades que entran como a las que salen (p. ej., disponiendo que la unidad en la que está situado permanezca con las luces encendidas, mientras que el resto de unidades que abandonan la zona lo hacen con las luces rotativas y de emergencia apagadas).

Comunicar su localización al jefe de operaciones y al centro de coordinación, para que todas las unidades implicadas se dirijan adecuadamente a su zona de acción.

Cuando la magnitud del evento haga que los stocks habituales de suministros médicos y equipo se agoten, debe establecerse un sector de apoyo. Este sector es responsable de reunir y suministrar el equipo y suministros médicos necesarios para cumplir las previsiones de utilización.

El sector de apoyo, dentro de la estructura Organizativa de mando, debe estar directamente por debajo de la del jefe de operaciones, ya que es el responsable de satisfacer las necesidades de todos los sectores en la zona. Su localización física debería ser próxima al sector de tratamiento, ya que este sector tiene la mayor demanda de los servicios de apoyo.

Funciones del sector de apoyo:

El sector de apoyo sería responsable de las siguientes funciones:

Establecer una localización adecuada para la realización de sus operaciones de apoyo,

habitualmente cerca del sector de tratamiento.

Determinar las necesidades de suministros y equipo médico de otros sectores y coordinar la obtención de suministros adicionales no disponibles.

Informar al jefe de operaciones de las necesidades de recursos adicionales y del desarrollo de los acontecimientos.

Distribuir los suministros y equipos según las necesidades.

Coordinarse con otros sectores.

#### Sectores Calientes o Críticos:

Esta zona comprendería el área de impacto, que dependiendo de si está estable o inestable puede ser solamente donde se ejecuten las primeras medidas de soporte vital para poder ser trasladados los pacientes al sector de tratamiento, limítrofe, o en ocasiones, incluso ser solamente la zona en la que se recogerán los pacientes con las medidas mínimas de alineamiento e inmovilización (collarines, camillas de cuchara, etc.) para ser trasladadas al sector de tratamiento, o por el contrario, si es una zona controlada será no solo la zona de impacto sino también la zona de clasificación, en la que se efectuará el triage así como una primera actuación de tratamiento dirigida a la intervención en medidas mínimas que garanticen la vida, para ser trasladados los heridos a la zona de tratamiento.

#### Zona de impacto.

Cuando se produce un incidente del tipo que sea se espera un porcentaje aproximado del 20% de pacientes críticos, otro 20% de pacientes graves y un 60% de pacientes menos graves y leves. A esa zona de impacto deben llegar los primeros equipos sanitarios que se encargarán de un primer triage, pero sobre todo de su evacuación hacia una zona menos comprometida en el caso de que la zona sea inestable. En ese caso debería organizarse la primera Noria, que aquí sería de rescate hacia un sitio libre de peligro que podría coincidir con el sector de clasificación o bien un sitio cercano al punto natural de reunión al que han accedido los pacientes que han podido evacuarse por sus propios medios (posiblemente el que termine siendo el sector verde).

#### Sector de clasificación.

En esta zona de clasificación, socorro, asistencia o simplemente sanitaria, debería hacerse un segundo triage a partir del cual cada paciente debería ser enviado a una zona de tratamiento para cada grupo de pacientes en el caso de que los medios sean suficientes (Noria de recogida), o bien se instalaría allí el Puesto Médico Avanzado (PMA) tratándose solo a los pacientes prioritarios obviándose por el momento a los demás, si los recursos son insuficientes; En el caso de que las víctimas puedan considerarse un grupo, deben permanecer juntas hasta que las necesidades críticas del grupo hayan sido completadas.

#### Sector de tratamiento.

Aquí va a tratarse a los pacientes que lleguen a él antes de ser trasladados a su centro de tratamiento definitivo. En éste sector se trataran los problemas del paciente inmediatos que no se hayan tratado anteriormente, se efectuará la valoración secundaria

y se decidirá su traslado en un medio adecuado siempre a un centro útil, y se trasladará con los siguientes criterios: los mas graves al centro útil mas cercano y los menos graves o leves a centros mas alejados; siempre teniendo en cuenta los medios disponibles y el conjunto del grupo.

El triage es un proceso continuo, que se inicia por los primeros testigos de la catástrofe o las personas que llegan primero y debe ser vigilado y reevaluado estrechamente a lo largo de todo el proceso de salvamento y rescate, tratamiento y evacuación. La situación del paciente varía habitualmente y además cada jefe de sector es responsable de realizar este trabajo en su propio sector.

Ello implicaría que todo el personal presente en el sector de salvamento y rescate debería tener una preparación e instrucción sanitarias suficientes en atención médica de emergencia para la toma de decisiones de triage y etiquetamiento. En el caso de que no se dieran estas circunstancias, debería definirse un sector de triage cuya responsabilidad correría a cargo de una persona experimentada designada al efecto.

El triage puede definirse como la clasificación de dos o más víctimas, basada en la gravedad de sus lesiones o problemas médicos para identificar la prioridad asistencial en función de los recursos disponibles.

Según el NECEMS (New England Council for Emergency Medical Services), se han identificado los siguientes factores para un sistema alternativo de triage, en cualquier caso en que el número de víctimas impida el proceso habitual de atención médica:

1. Declaración de situación de múltiples víctimas. Se debe declarar esta situación en aquellas circunstancias en que se prevea que los servicios ordinarios de asistencia a la emergencia médica, no son capaces de controlar la situación en un plazo de 15 minutos.

2. Consideración de las víctimas como un grupo. En cualquier situación declarada de múltiples víctimas, el grupo entero debe considerarse como único. Cualquier análisis conceptual considerará la asistencia prestada al conjunto de las víctimas y las necesidades de cada persona incluidas en el contexto de las necesidades del grupo en su totalidad. Esta es una diferencia fundamental con la medicina de emergencia, en la que la atención médica es individualizada.

Tal situación indicaría por ejemplo, la denegación de realización de RCP en los primeros minutos de las operaciones o hasta que las necesidades críticas del grupo en su conjunto se hayan satisfecho y ello se debe a la considerable demanda de personal para realizar las maniobras de resucitación cardiopulmonar en víctimas que presentan una posibilidad de supervivencia mínima.

Podría disponerse que los fallecidos fuesen agrupados en una zona lejana habilitada al efecto, en la que las labores de identificación cobran especial importancia, por lo que deben reflejarse aquellos datos anatómicos o aquellas características que faciliten la identificación ulterior de los cadáveres. En algunas culturas, el manejo y disposición de los cadáveres, corre a cargo de grupos especiales (p. ej., en Israel, a cargo de personal del Ministerio de Asuntos Religiosos).

3. Inicio de las medidas de soporte vital. Deben identificarse rápidamente aquellas

situaciones que exijan una actuación inmediata para salvar la vida. Las víctimas inconscientes, con compromiso de la vía aérea, con hemorragias externas copiosas, etc., deben recibir atención inmediata.

4. Asistencia médica proporcional. Si dentro del grupo de asistencia sanitaria, existiese personal con diferentes grados de cualificación y competencia, deberían distribuirse en función de las patologías existentes, reservando aquellos con niveles más avanzados de preparación para los pacientes más críticos.

5. Niveles y normas de asistencia. En lo posible, debe actuarse mediante protocolos de actuación previamente establecidos, sencillos y teniendo en cuenta las prioridades decrecientes de salvar la vida, la función y la estética. De nuevo, debe tenerse en cuenta el principio de que la atención al grupo es prioritaria sobre la atención individualizada.

6. Traslado de pacientes en ambulancias. Una vez estabilizados lo mejor posible, los pacientes deben ser trasladados desde la zona de tratamiento a las zonas de cuidado definitivo, por lo que es precisa una determinación de prioridades en la evacuación, que vendrá determinada por el tipo y disponibilidad de medios de evacuación, debiendo indicarse a qué centros asistenciales deben ir dirigidas las víctimas y como deben ser los grupos asistenciales que realizarán el traslado.

#### Estructura del triage.

Los criterios que lo determinan deben tener en cuenta la sencillez, la flexibilidad y la organización rutinaria de los servicios de emergencia médica siempre que sea posible, y los procedimientos para su realización deben contemplar el uso de recursos económicos y de fácil obtención como pinzas de colores, cintas, uso de rotuladores, en el caso de no disponer de tarjetas; es típica la clasificación en colores rojo (extrema urgencia), amarillo (primera urgencia), verde (segunda urgencia) y negro (muertos o desahuciados) a la que se podría añadir otro color, blanco, en el momento en que la víctima estuviese en disposición de ser evacuada. Las tarjetas, caso de utilizarlas, deberían ser de plástico a fin de evitar su deterioro o destrucción por la lluvia, el barro, etc.

Existen varios sistemas de clasificación de heridos en base a los colores. No obstante, para no embrollar el tema aquí solo usaremos el mas aceptado internacionalmente, que es además el que sigue nuestro servicio.

El término triage proviene del Francés, ya que fue durante las Guerras Napoleónicas cuando los cirujanos franceses se vieron en la obligación de clasificar a los heridos con el objetivo de tratar eficazmente al mayor número de ellos.

Podría definirse como aquel acto médico-quirúrgico, mediante el cual se lleva a cabo una selección y distribución de las víctimas en grupos, asignándoles un orden de prioridad en función de sus necesidades vitales y de los recursos disponibles, con objeto de conseguir la mayor eficacia en su empleo, en beneficio del conjunto de los afectados. Solo es eficaz si es relativamente rápido y fiable, y permite desembocar en acciones sanitarias que incluyan el control del mayor número de heridos.

El triage determina el orden de prioridades en el empleo de los medios disponibles y su traslado en base a:

1.- Gravedad del lesionado.

2.- Potencial supervivencia, según posibilidad de control médico, recursos y distancia al lugar de tratamiento definitivo.

Los pacientes se clasificarían o etiquetarían, con tarjetas, pinzas, cintas de colores o etiquetas preparadas para la ocasión, dividiéndose en cuatro colores:

**Rojo:** Prioridad absoluta. Son los graves recuperables.

**Amarillo:** Segunda Prioridad. Son los graves estables.

**Verde:** Prioridad diferida. Heridos estables que incluso podrían andar.

**Negro:** Muertos y moribundos.

Esta clasificación puede y debe ser dinámica, ya que los pacientes pueden pasar de una a otra categoría según el tratamiento, su evolución o según vayan aumentando los medios disponibles. A continuación las describiremos mas detenidamente.

### **Rojos .**

Son el foco de atención en los accidentes colectivos con múltiples víctimas.

Criterios de Inclusión:

- Lesiones que producen shock o hipoxia con peligro vital inmediato.
- Pacientes que pueden ser estabilizados sin posterior atención continua.
- Pacientes con altas posibilidades de supervivencia ante tratamiento y transporte inmediato.

Dentro de este grupo podríamos incluir los siguientes ejemplos: O.V.A. sin P.C.R., neumotórax a tensión o abierto, shock hemorrágico, hemotórax, trauma abdominal, volet costal con compromiso respiratorio, quemaduras de menos del 40% con problemas respiratorios, T.C.E. con focalidad neurológica o G.C.S. menor de 10, amputación incompleta o aplastamiento de extremidad.

### **Amarillos.**

Pacientes con lesiones sistémicas sin hipoxia ni shock, pudiendo esperar aparentemente en el lugar hasta 45 minutos sin amenaza vital. Se trasladarán después de los rojos.

Criterios de Inclusión:

- Trauma abdominal estable hemodinámicamente.
- T.C.E. con G.C.S. superior o igual a 10.
- Fractura de pelvis o extremidades inferiores sin shock.
- Laceraciones músculo-esqueléticas sin sangrado.



- Quemaduras del 15 - 40% sin problemas respiratorios o de menor porcentaje si incluyen manos, pies, periné o cara.
- Fracturas abiertas de miembros.
- Lesiones medulares con paraplejia.

### Verdes.

No presentan alteración sistémica ni lesiones focales. Podrían esperar incluso horas al tratamiento definitivo.

Criterios de Inclusión:

- Quemaduras inferiores al 15% excepto en manos, pies, periné y cara.
- Lesiones de tejidos blandos que requieran desbridamiento, limpieza, sutura.
- Fracturas cerradas que permitan andar, sin compromiso vasculo-nervioso.

### Negros.

Se engloban en este apartado a los pacientes muertos y a todos aquellos que presentan lesiones tan grandes que incluso con atención óptima tienen escasas posibilidades de supervivencia.

Criterios de Inclusión:

- Lesiones cerebrales severas (heridas penetrantes, fracturas con salida de masa encefálica).
- Quemaduras de 2º o tercer grado con mas del 40%, especialmente si son ancianos o pacientes con patología asociada.
- Lesiones graves múltiples.

Siempre que no vaya en detrimento de la asistencia al resto de los accidentados, se transformarán en pacientes rojos según vayamos teniendo mas recursos disponibles.

Los pacientes fallecidos deberían ser trasladados a una zona aparte, para proceder a su identificación por familiares y/o la policía científica

### Blancos .

Algunos autores propugnan que en la zona de tratamiento o asistencia, se añada una tarjeta blanca a aquellos pacientes que tras ser reevaluados, ya están listos para su traslado.

En definitiva, es esencial una adecuada estructura de mando y una diferenciación en grupos operativos, que tendrán asignadas funciones diversas, que deberán ser ejecutadas a veces secuencialmente, pero con una frecuencia simultánea, por lo que son imprescindibles frecuentes ejercicios conjuntos de adiestramiento.

Consideración especial al atentado terrorista.

Según el primer informe OTAN sobre terrorismo internacional, publicado en 1987, los incidentes terroristas se habían multiplicado por 10 entre 1968 y 1980, y la tendencia era a seguir aumentando en los años siguientes.

En España, el terrorismo actualmente proviene casi en el 100% de ETA, y afortunadamente, dado que su organización esta resentida, cada día usan menos el atentado por bomba, pero como todos sabemos, cada vez que se produce, el número de heridos es elevado.

La capacidad letal de un artefacto explosivo va a depender de distintos factores:

Potencia y composición de la bomba.

Como es lógico, el número de pacientes y su gravedad van a estar relacionados con el tipo de explosivo y su cantidad (así como de la proximidad del paciente a la bomba). En el atentado de Beirut (Líbano) al cuartel de los marines americanos en 1983 en el que se usó un camión-bomba con una tonelada de explosivo, hubo 224 muertos inmediatos americanos, 54 muertos inmediatos franceses, 112 heridos americanos, y 22 franceses.

Medio en el que se produce la explosión.

El medio físico en el que se produce la explosión influye, ya que en el agua debido a su carácter no comprensible la velocidad de propagación de la onda explosiva es mayor que en el aire. El radio letal de una explosión en el agua es tres veces mayor (y esférico) que en el aire.

En el aire, se producen dos ondas de presión, una supraatmosférica con un pico de presión directamente proporcional a la capacidad lesiva del artefacto, y una onda de presión subatmosférica menos dañina.

En los espacios cerrados en cambio, se producen varios picos de presión reflejos tras el pico máximo dando una forma de sierra a la curva final producida por los rebotes de la onda de presión contra las paredes que no se caen, lo que hace un efecto sumativo a la presión máxima alcanzada.

Fisiopatología de la Lesión por onda explosiva.

La gravedad de la lesión vendrá determinada por:

- a) Como ya dijimos, el tipo de bomba y la cercanía del paciente al artefacto.
- b) La edad y el sexo de la víctima (niños, ancianos y sexo femenino son más vulnerables debido a menor masa muscular y menor resistencia tisular).
- c) Estado previo de la víctima (sano o enfermo).

- d) Zona anatómica dañada (los que fallecen precozmente lo hacen por lesión de SNC o hemorragia aguda)

1.- Lesión Primaria: Es debida al efecto de la onda de presión sobre el paciente, especialmente sobre los órganos que contienen gas, fundamentalmente el oído, el aparato respiratorio y el tubo digestivo.

Un efecto que aparece casi invariablemente en estos pacientes es la rotura timpánica, si bien tiene buen pronóstico, con tratamiento expectante, y que al cabo del año, prácticamente todos se han recuperado.

Los efectos sobre el pulmón, son en cambio mas graves. Pueden producirse infiltrados difusos bilaterales, con hemorragias intraalveolares, incluso embolias aéreas por formación de fistulas entre alveolos y venas pulmonares. Todas estas alteraciones finalmente son indistinguibles del Distress Respiratorio. Pueden también producirse desgarros pulmonares con neumo-hemotórax.

Pueden también producirse desgarros intestinales, mas frecuentemente de colon.

2.- Lesión Secundaria: Se producen lesiones penetrantes o no por proyectiles primarios (metralla, tornillería), secundarios (cristales, tornillos, ladrillos, astillas...).

3.- Lesión Terciaria: Es aquella patología producida por la fuerza de la masa de aire desplazada por la explosión, que proyecta el cuerpo, y es fundamentalmente traumática.

4.- Quemaduras del fogonazo: pueden ser químicas por la propia sustancia de la bomba, o térmicas por los gases calientes que se producen. En este apartado también pueden verse quemaduras por inhalación de gases y/o humos.

5.- Síndrome de Aplastamiento: por derrumbamiento de edificios, paredes, etc.

#### Organización sanitaria en atentados terroristas por bomba

1. Necesidad de una alarma lo más precoz posible a la Central con una información lo más completa y exacta posible.

2. Seguridad mediante un control estricto de la zona.

3. Despliegue de unidades que realicen un rescate de las víctimas (se dispondrá de equipos de dos a cuatro personas por víctima y un director de rescate que indique prioridades). Se constituirá la primera noria (noria de rescate o de camilleros).

4. Se realizará el primer triage o clasificación, que deberá ser sencillo. Ejemplo: graves: precisan tratamiento inmediato y hospitalización; leves: tratamiento ambulatorio y diferido; ilesos: a disposición policial; agonizantes: tratamiento paliativo; muertos: a disposición judicial.

5. Eventualmente estabilización, que en función de las posibilidades se tratará sea mediante soporte vital avanzado (la mortalidad en la primera hora se debe, en más del

50%, a hemorragia aguda).

6. Evacuación (se realizará en lo posible mediante vehículos de transporte colectivo, especialmente para los pacientes leves, que serán trasladados a los hospitales más lejanos, trasladando a los más graves a los centros útiles más cercanos, segunda noria de ambulancias) La circulación de los vehículos será unidireccional y las ambulancias se estacionarán de espaldas a la zona de impacto, en un sitio lo mas amplio posible y alejado al menos 50 metros del impacto, con los conductores en el interior de los vehículos hasta que la Policía determine seguridad en la zona.

Consideración especial al accidente con varios heridos graves

Hasta ahora hemos visto accidentes con múltiples víctimas, que afortunadamente son infrecuentes. Analicemos ahora cual puede ser nuestra actuación necesaria en otro tipo de accidente múltiple, aquel más cotidiano, en el que se implicarán dos o tres pacientes graves, teniendo a nuestra disposición (por momentos), solo un equipo.

Así cuando nos encontremos en esa situación los pasos idóneos a seguir podrían ser:

- Control de la situación: Aproximación y seguridad de los actuantes. La información recibida sobre el suceso configurará una primera visión subjetiva de lo que esperamos encontrar, pero es la aproximación al lugar de los hechos la que confirmará la posible gravedad de los pacientes. El primer obstáculo a manejar es la ansiedad, propia o de los que se encuentran en el lugar, que puede hacer olvidar el primer principio de actuación: la seguridad del equipo y del lugar.

Es fundamental mantener en todo momento una visión amplia de la escena que evite la llamada visión en túnel (incapacidad de divisar toda la escena centrándonos solo en lo más evidente).

- Confirmación del número de víctimas. También podrá hacerse un primer triage estimativo (visual) de los heridos.

- Comunicación con central pidiendo las unidades que creamos van a necesitarse para tratar a todas las víctimas.

Manejo de la situación.

El médico de la unidad con su equipo detrás aportando el material, irá explorando uno a uno los pacientes de forma rápida (no más de un minuto por paciente), prestando especial atención a: permeabilidad de la vía aérea, ventilación y comprobación del pulso y sus características, así como necesidad de control de sangrados incompatibles con la vida en corto espacio de tiempo. (en estos casos en los que con medidas básicas se ayude al herido, se desprenderá momentáneamente de un miembro del equipo que resolverá el problema rápidamente para luego unirse al equipo que sigue analizando el resto de los pacientes). Solo se demorará en un paciente en el caso de tener que solucionar problemas vitales inmediatos en pacientes recuperables con atención médica sencilla.

En el caso de pocos pacientes (dos o tres) no son necesarios elementos de triage (tarjeta o pinzas). Una vez que tengamos analizados todos los pacientes, nos dedicaremos a solucionar por el orden conocido (ABC) los problemas detectados. En el momento en que lleguen unidades de apoyo iremos asignando el más grave con un breve informe para que la unidad recién llegada se encargue de él y nosotros seguiremos controlando la situación hasta que llegue el coordinador, momento en el que nos ocuparemos del paciente más grave después de traspasarle a él la información necesaria.

Esta dinámica es discutible y siempre se podrán adoptar distintos modelos, si bien ésta es la que mejor nos va a nosotros, y dado que no he encontrado bibliografía al respecto, es de mi propia cosecha. Lo que si parece estar claro es que el que hace el triage, inicialmente hasta la llegada del médico coordinador, no trata pacientes, solo resuelve problemas.

#### Bibliografía:

1. Perales y Rodríguez de Viguri N et als. "Avances en Emergencias y Resucitación" Tomo I Ed. Edikamed. Barcelona, 1996.
2. Alted López E et als. "Medicina Intensiva Práctica: Atención al paciente politraumatizado". Ed. Idepsa. Madrid, 1992.
3. Tintinalli JE et als. Manual de medicina de urgencias. Ed.McGraw – Hill Interamericana. México DF, 1997.
4. Rodríguez Martín LJ; Serrano Ramos MT. "Taller de atención a catástrofes" Módulo de 6 horas del Curso de Urgencias y Emergencias y Transporte Asistido de Emergencia Ciudad Real. Ciudad Real, 1998