

TRIAGE

AUTORES:

José Manuel Vergara Olivares. Medico 061 de Ceuta

Andrés Buforn Galiana. Adjunto de Urgencias. Hospital Clínico de Málaga

Clara Rodríguez Serrano. DUE. Unidad de Diálisis. Clínica Santa Elena MALAGA

Correspondencia:

José M. Vergara Olivares

e-mail: ceutra@terra.es

061 Ceuta. Avda. de Otero s/n, 51002 CEUTA

INDICE

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. DESARROLLO Y RESPUESTA**
- III. OBJETIVOS**
- IV. TIPOS DE TRIAGE**

I. INTRODUCCIÓN

Denominación con la que conocemos hoy en medicina la elección, selección o clasificación, y concretamente el método usado en la práctica prehospitalaria para clasificar a pacientes víctimas de un suceso con gran número de afectados, antes de que reciban la asistencia precisa.

Normalmente tiene que ponerse en marcha ante situaciones que desbordan la capacidad habitual de asistencia en la zona, por lo que el objetivo primordial de esta clasificación será la de proporcionar a los equipos y medios de rescate una visión global del número de víctimas, alcance de las lesiones y las prioridades en cuanto a tratamiento inicial y evacuación.

Al tratarse de un proceso dinámico, y poco habitual en nuestro entorno, sería recomendable la práctica de simulacros en los que intervinieran las distintas fuerzas de rescate, ya que de la experiencia de los equipos involucrados en estos procesos depende el éxito de las operaciones de triage.

Es evidente que todo este proceso, de producirse, debería contar con una coordinación eficaz, varias unidades móviles de transporte, sistemas de comunicaciones adecuadas y personales suficientes. Dicha coordinación debería ser asumida por un facultativo con amplia experiencia en urgencias, pero además con suficientes dotes de mando, serenidad y gran sentido clínico y que deberá fundamentar sus decisiones en estos tres pilares: Inspección, Evaluación y Decisión.

II. DESARROLLO Y RESPUESTA

Ante una situación real de incidente con múltiples víctimas, los equipos de emergencia y protección civil se activarán como habitualmente tengan por costumbre pero con la excepcionalidad de que, en este caso concreto, deberá activarse todo el sistema de emergencias de la zona: hospitales, tanto públicos como privados, liberando camas para poder acoger víctimas; cuerpos de seguridad (Policía, Guardia Civil, Bomberos) fundamentales para las tareas de desincaeración (víctimas atrapadas) y para control de fuegos, y todos aquellos equipos médicos móviles con capacidad para tratar y evacuar víctimas.

Una vez en la zona del incidente, deberá habilitarse un espacio seguro, amplio y con buen acceso para las ambulancias. En esta zona de rescate se practicará la primera

clasificación o el primer triage, que siguiendo los planteamientos expuestos por el Dr. Álvarez Leiva, para que sea eficaz debe cumplir una serie de reglas:

- Rápida. Para no retrasar la atención a otras víctimas, no debiendo demorar la evacuación de una víctima clasificada y estabilizada. Se acepta como norma general que el tiempo máximo para clasificar a una víctima fallecida no debe superar los 30 segundos, 1 minuto para una leve y 3 minutos para una grave.
- Completa. Nadie debe ser evacuado antes de ser clasificado, con las excepciones de la pura lógica, tales como situaciones meteorológicas desfavorables, oscuridad o riesgo potencial importante para los equipos.
- Precisa y segura. Ante la duda de en qué categoría incluir a una víctima, nos decidiremos siempre por la categoría más grave, ya que la rectificación no siempre será posible.
- Sentido anterógrado. Una vez que la víctima ha abandonado determinado escalón, debe alcanzar el destino que se le fijó.

Igual que en la RCP existe la nemotecnia del ABC, en el triage existe la triple E (etiquetaje, estabilización y evacuación.)

III. OBJETIVOS

- .- Actuación lo más rápida posible en el lugar de los hechos.
- .- Clasificación y atención a los heridos más graves, que morirían en los primeros momentos (vía aérea, hemorragias, dificultades respiratorias), de no ser rápidamente atendidos con maniobras rápidas y sencillas.
- .- Documentar a las víctimas (datos de filiación, lesiones, prioridad, atención recibida)
- .-Control del flujo y distribución de las víctimas.
- .- Aplicación de medidas diagnósticas y terapéuticas si procede.
- .- Discernir rápidamente entre pacientes críticos y pacientes que no lo son (amenazas para la vida son hemorragia, asfixia y shock.)
- .- A la hora de priorizar se considera que el salvar la vida tiene preferencia sobre salvar el miembro, y la función sobre el defecto anatómico.

IV. TIPOS DE TRIAGE

Son variados dependiendo del número de víctimas, entrenamiento del personal, hospitales de referencia (número y distancia), pero todos ellos hacen referencia a una clasificación según la gravedad de la víctima. Se acepta internacionalmente la clasificación según códigos de colores: rojo, amarillo, verde y negro (ampliable a blanco y gris, pero tiende a confundir más). También existen equivalencias en cuanto a los colores y a la urgencia y prioridad en cuanto al inicio de maniobras terapéuticas y evacuación, pero no es la intención de los autores confundir ó enredar más a los lectores, no obstante existe bibliografía abundante al respecto donde el lector podrá ahondar todo lo que desee en esta terminología y sus conceptos

El color rojo corresponde a un paciente grave, crítico, pero RECUPERABLE, y si contamos con los medios necesarios es el de primera elección para su atención. (Shock, PCR presenciada, inconsciencia, quemados con mas del 25% de superficie corporal afectada, etc.)

El color amarillo correspondería a un paciente grave pero estable. Son de segunda prioridad, y en teoría podrían esperar algunas horas sin tratamiento (hemorragias sin shock hipovolémico, heridas en cavidades, TCE, etc.)

El color verde sería para el paciente lesionado de forma leve, que podría ser trasladado aunque no necesariamente en una ambulancia medicalizada. Se trataría de una tercera prioridad. (heridas musculares, fracturas sin cuadros de shock acompañantes, contusiones en general, etc.)

El color negro es para el paciente fallecido o agónico.

Los colores deben ser visibles, bien con tarjetas que se cuelgan a las víctimas o bien coloreando frente o zonas visibles de estas con rotuladores (según los medios disponibles se podrán usar pinzas de colores etc...). Una opción válida para la adjudicación de los colores y de fácil aplicación sería la siguiente:

- -la primera ayuda que llegue a la zona del incidente debe indicar a las víctimas que se trasladen a una zona cercana, fuera de peligro y previamente señalizada (árbol, poste, banderín, etc.), sin forzar a nadie
- - a los que puedan desplazarse sin ayuda se les asignará código VERDE
- - posterior e inmediatamente se procederá a la clasificación de las víctimas que no han podido desplazarse, no empleando mas tiempo del necesario. Esta clasificación se hará teniendo en cuenta: la respiración (B), la circulación (C) y el estado mental de las víctimas (N).

(B)- RESPIRACIÓN.

Si no respira espontáneamente o tras abrir la vía aérea → Negro o Gris

Si respira espontáneamente o tras abrir vía aérea (tener presente la maniobra frente-mentón)→ ROJO

Si el equipo que acude en primer lugar está suficientemente cualificado determinará frecuencia respiratoria y si ésta es > de 30→ ROJO y si <de 30 →PASAR A (C)

(C)- CIRCULACIÓN

Si el equipo no está cualificado comprobaremos signos indirectos de circulación, como movimientos (dedos, lengua, etc.)

Si por el contrario, el equipo está cualificado valorará pulso carotídeo durante no menos de 5 segundos y:

- si es débil y/o irregular→ROJO
- si es fuerte→PASAR A (N)
- si no hay pulso→NEGRO O GRIS

Si existiese hemorragia deberemos taponar el punto de salida, bien por el propio enfermo o con algún lesionado de código verde si fuese posible (nunca por el propio evaluador)

(N)-ESTADO NEUROLÓGICO

Se valorará la obediencia a órdenes sencillas y concretas como por ejemplo: mueve tal miembro o tal otro, abre y cierra los ojos, aprieta las manos, etc. Y

Si obedece→AMARILLO

No obedece→ROJO

En situaciones óptimas de poder hacer un segundo triage, se reevaluará a los lesionados, dedicando mas tiempo y ayudándonos de un mínimo aparataje (tensiómetro, pulsioxímetro, etc.)

En una 2ª reevaluación, ó incluso 1ª si se dispone de personal suficiente y experimentado, nos valdremos de los siguientes parámetros para tener unos índices pronósticos:

Escala de Glasgow (ver tabla)

Tensión arterial sistólica

Frecuencia respiratoria

Expansión pulmonar

Tiempos de relleno capilar

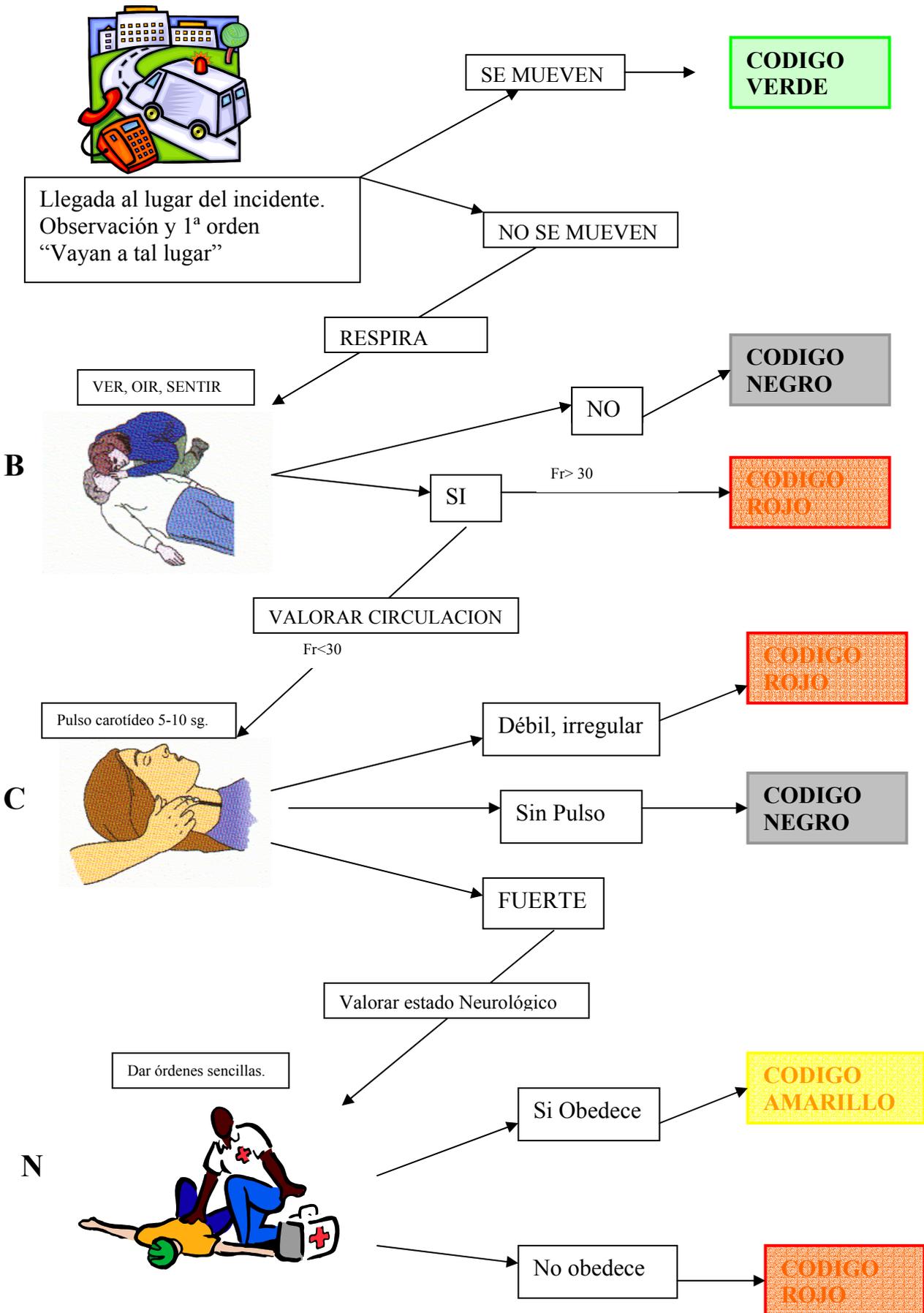
Estos 5 parámetros son conocidos como RTS (Revised Trauma Score) descritos por Champion y cols. Son rápidos, funcionales y de un alto valor predictivo sobre las víctimas de un siniestro con múltiples víctimas.

Una vez evaluada y clasificada una víctima deberemos proceder al control de la vía aérea en víctimas inconscientes (apertura y colocación de un tubo orofaríngeo), mantenimiento de la integridad de la columna cervical (mediante el empleo de collarines, salvo en víctimas con heridas penetrantes en cabeza o cuello), así como el control de las hemorragias (mediante presión y torniquetes si procede)

Según el Plan Atlas/Samiuc, el orden de tareas asistenciales que acompañan al Triage en presencia de múltiples víctimas con limitación de recursos, serían:

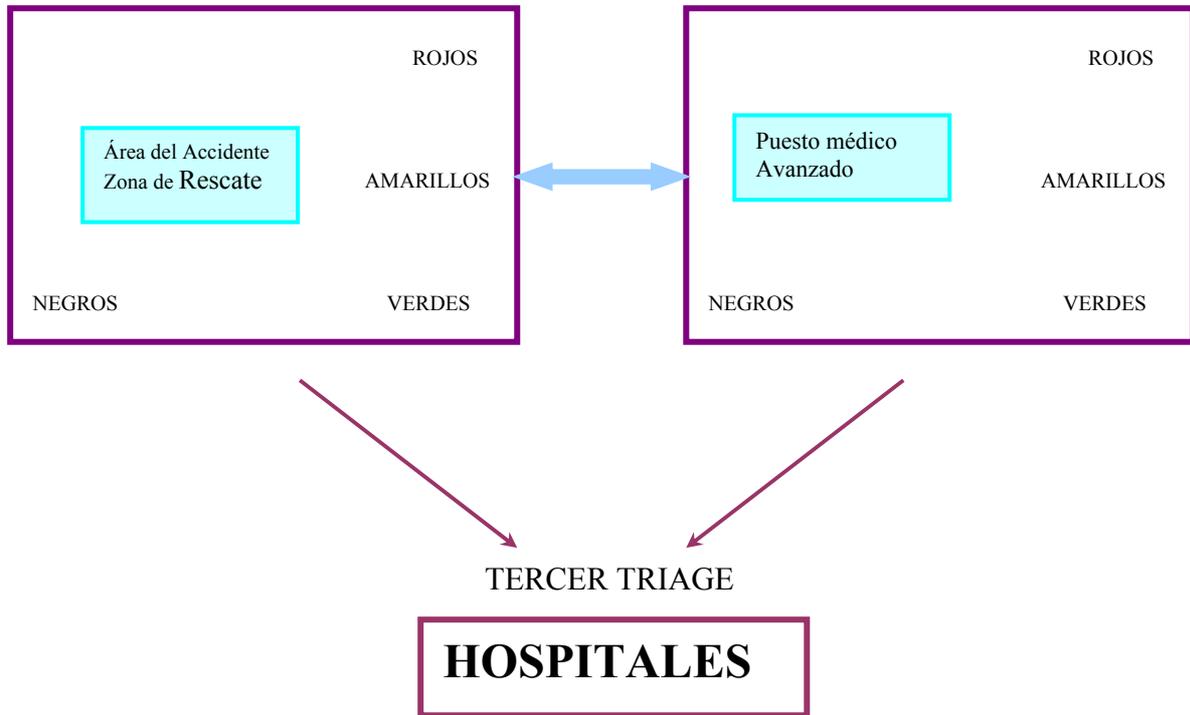
1. Control temporal de la vía aérea
2. Control externo de las hemorragias
3. Control de los neumotórax
4. tratar el shock poscontrol del sangrado
5. Tratamiento avanzado de la vía aérea
6. Manejo del trauma de extremidades
7. Tratamiento de las quemaduras >25%
8. Traumas torácicos
9. Traumas Espinales
10. Fasciotomias y amputaciones
11. Control de las heridas abiertas
12. Cerrar heridas craneales
13. Traumas abdominales
14. Traumas craneales con Glasgow 6-7
15. Quemaduras de + del 50 %
16. Quemaduras de + del 75 %

Reseñar por último que todas las acciones encaminadas al mejor y mas completo tratamiento de las victimas deberá hacerse desde una acción coordinada con múltiples personas y estamentos por lo que al mismo tiempo que se pone en marcha el dispositivo asistencial prehospitalario , deberá iniciarse el equivalente hospitalario, ya que resulta lógico pensar que, todas las catástrofes terminaran siempre en los hospitales, lo que hará necesario una logística y reordenación de todas las estructuras del hospital u hospitales, clínicas, centros de salud.



PRIMER TRIAGE

SEGUNDO TRIAGE



ESCALA DE COMA DE GLASGOW

APERTURA DE OJOS	
ESPONTANEA	4
EN RESPUESTA A LA VOZ	3
EN RESPUESTA AL DOLOR	2
NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	
ORIENTADA	5
CONFUSA	4
PALABRAS INAPROPIADAS	3
SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
NINGUNA	1
RESPUESTA MOTORA	
OBEDECE ÓRDENES	6
LOCALIZA EL DOLOR	5
RETIRADA	4
FLEXIÓN	3
EXTENSIÓN	2
NINGUNA	1

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Berdud Godoy I, Martín-Malo A, Jiménez Murillo L, Aljama García P. En: Medicina de urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 2ª ed. Córdoba. Hospital universitario Reina Sofía. 2000. 453-460.
- ❖ Rivero Sánchez M, Rubio Quiñónez J, Cózar Carrasco J, García Gil D. En: Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. 2001. Edición electrónica: www.uninet.edu
- ❖ Sánchez Sobrino B, Gallego Martínez JL. En: Guías de actuación en urgencias. 1ª ed. Madrid. Hospital Puerta de Hierro. 1999. 145-148
- ❖ Carrasco Jiménez M. S., Álvarez Leiva Triage: Concepto y diferencias entre civil y militar. Estado actual
- ❖ Maslanka AM. Scoring Systems and triage from the field. Emerg Med Clin North Am 1993 feb; 11(1) 16-27
- ❖ American College of surgeons. 6º Edition de advanced Trauma Life Support
- ❖ Plan Atlas/ Samiuc. 1ª Edición. Nov. 1998.-308-331