

"Documento original en mal estado"

no ha sido del conocimiento (además, es más, nos queda una cantidad sumamente importante de médicos que aún la desconocen, y los que en ocasiones la han utilizado, en los momentos críticos para una clasificación adecuada, han fallado. Esto ha sido demostrado plenamente en los simulacros que hemos realizado en diferentes hospitales del país, aun con preparación previa del personal, gracias también al esfuerzo de la Cruz Roja Costarricense que no sólo se sumó al programa, sino que incluso envió a confeccionar tarjetas para mejorar sus sistemas e incorporarse al nuevo modelo de atención masiva.

Este tipo de problema nos ha dado a entender que el TRIAGE, no es sólo un conocimiento técnico, aplicable como cualquier otro. Por el contrario, su aspecto práctico es vital y para su entendimiento y manejo eficaz, se requiere el entrenamiento constante.

Hasta este momento, no ha sido posible que todas las ambulancias del país circulen y atiendan sus pacientes, utilizando esta tarjeta, o, por lo menos, que los equipos pre-hospitalarios del área metropolitana lo hagan; esto por diversos factores que mencionaremos a continuación:

- 1- Desconocimiento del sistema por parte del personal intra-hospitalario.
- 2- Falta de entrenamiento para un uso adecuado por parte del personal pre-hospitalario.
- 3- Tarjetas que se arrancan o sufren daño muy fácilmente.
- 4- Costos para la fabricación de las mismas, en materiales más resistentes.

Como mencionaba anteriormente, a pesar que hemos realizado esfuerzos sumamente costosos desde 1984, para difundir su utilidad y función, no creo que a la fecha hallamos logrado algo más que el conocimiento teórico de las mismas.

Les preguntaremos ahora: **VALDRÍA REALMENTE LA PENA CONTINUAR HACIENDO TARJETAS SI TIENEN TANTAS DESVENTAJAS?, O SERIA MAS VIABLE, BUSCAR UN SISTEMA MAS COMODO Y EFECTIVO PARA NUESTRO PAIS?**

De eso trata este planteamiento. Analizaremos ahora que es el sistema de "TRIAGE".



El autor Edwin H. Spirgi en su obra "Disaster Management" ha definido claramente el triage o la 'selección de pacientes', observando que el principio de: **el primero que llega = el primero que se trata**, que se aplica en la atención médica ordinaria, resulta inadecuado en las emergencias que afectan a grandes masas de población. *

Spirgi dice además, * que el triage tiene por objeto clasificar rápidamente a los heridos en función del beneficio que presumiblemente podrán obtener de la atención médica y no sólo de acuerdo a la gravedad de sus lesiones. * (2)

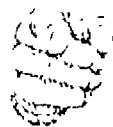
Algunos médicos y personal de emergencias o incluso moralistas pueden considerar cuestionable, desde cualquier punto de vista el tratar a pacientes a quienes se puede salvar antes que a los gravemente heridos moribundos; pero esa estrategia, después de un desastre, es la única elección válida para el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

Se concede la prioridad más alta cuando una simple atención 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 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 sobrevivencia, 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, sin entrar a detallar aquí, cuáles de estos recursos son más lábiles al deterioro por su bodegaje.

Solamente la cantidad de heridos que necesitan distintos grados de atención médica, durante las primeras horas después de un desastre masivo, hacen 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.

Para mi concepto, todo el personal de trabajo tanto intra como extra hospitalario, debe conocer el sistema de clasificación, aunque claro, los más importantes son



USTEDES
LOS
MÉDICOS



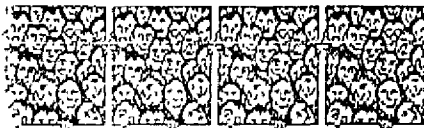
EL ' TRIAGE '

SISTEMA DE CLASIFICACION MASIVO DE VICTIMAS

EXPERIENCIA INTRA Y EXTRA HOSPITALARIA en Costa Rica

La historia del "TRIAGE" en el mundo se remonta a la Segunda Guerra Mundial, donde la gran cantidad de victimas hizo pensar al personal medico, sobre la necesidad de usar un sistema rapido, eficaz y de facil uso para poder clasificar a los pacientes ya no en la forma usual, en que el primero que se atendia era tambien el primero en ser trasladado a un centro hospitalario especializado. Con este nuevo sistema, ya no solo se resolvía la situacion anterior que dejaba muchos pacientes recuperables sin opcion oportuna de salvarse, sino que además no se trasladaba tampoco de primero al paciente mortalmente herido. Se comenzaron a tomar otros parametros sumamente importantes como lo es 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, principalmente masivas, no solo requirio el esfuerzo de capacitar al personal medico y paramédico intra y extrahospitalario, además el de convencer a una opinion publica, que no entendia estas practicas. No fue sino hasta Junio de 1977 en que la Comision de Servicios de Emergencia del area metropolitana de Chicago, en los Estados Unidos de Norteamérica, normalizo el uso del METTAG (Tarjeta de Triage para Emergencias Medicas) en el campo, para triage en casos de desastre.(1)



El advenimiento de este nuevo sistema de clasificacion masiva de victimas, no solo dio agilidad al tratamiento prehospitalario de las personas afectadas, sino que proporciono a los hospitales una informa-

cion mas exacta de lo que sucedia en el sitio de la emergencia al implantar el sistema de radio comunicacion hospital-ambulancia, y de esta manera el hospital preparaba sus equipos con base a la informacion que le fuera suministrada o si era del caso, enviaba a su personal medico al lugar, ahorrando de esta manera tiempo y logrando una coordinacion exquisita para el salvamento del mayor numero de vidas.

En 1984, el sistema de TRIAGE, fue traído a Costa Rica por la Unidad de Emergencias Medicas y Rescate de Bomberos-INS, y fue adoptado como una de sus modalidades de trabajo.

Se iniciaron inmediatamente las gestiones para la elaboracion de tarjetas y una vez confeccionadas estas, se comenzo una serie de giras por todo el pais, con el fin de difundir nuestro nuevo (para Costa Rica) programa.

La primera conferencia sobre el Triage se impartio en este pais en el Hospital San Juan de Dios en la sesion conjunta de Cirugia y Medicina en Junio de 1984. A partir de ese momento se continuo con los diferentes servicios de emergencias de los hospitales de Guapiles, Limon, Quepos, etc.,... hasta que en 1985, se integro en un programa conjunto del CENDEISS y el Colegio de Medicos y Cirujanos para capacitacion del personal medico en materia de manejo de emergencias.

A partir de 1986, la Comision Nacional de Emergencia, por medio de su Sector Salud, asume estos programas y continua capacitando al personal ya no solo medico y paramédico hospitalario sino además al personal de Bomberos, Cruz Roja y cualquier otra institucion que tuviese personal capacitado para el manejo de Desastres Naturales o provocados por el hombre.

Hasta la fecha gracias a la colaboracion del Instituto Nacional de Seguros se lograron imprimir las primeras 2000 tarjetas, con las que se ha realizado la capacitacion de todo el personal anteriormente citado.

Actualmente, dada la experiencia de este pais en el manejo de las tarjetas, en caso de emergencias, podemos ya valorar que su uso,

La experiencia, continua demostrando todo lo dicho. Se requiere de una practica constante, para poder realizar el triage.

En las ultimas emergencias de tipo masivo en que he participado no se ha realizado, esto debido a que la condicion de los pacientes ha sido optima, (verdes) y no se ha requerido el decidir seriamente sobre un numero elevado de vidas, a cual se traslada o no.

Dentro de la eficacia de una plan para la atencion de victimas en masa, la capacitacion de los miembros de la organizacion y de otras que normalmente se hacen presentes es fundamental.

Ademas del personal medico y paramedico, creo se debe capacitar a diferentes grupos u organizaciones tales como:

Bomberos



Policia

(la mejor capacitada)



Ejercito

(en los paises que lo tengan)



Periodistas



En estos ultimos hay que demostrarles no solo la utilidad del sistema. Tambien hay que entrenarlos para que participen en el sitio de desastre, colaborando en lo que se requiera, para el beneficio de las victimas y sus familiares.

Personal hospitalario



Se requiere que ciertos grupos de empleados, vitales para el buen desarrollo de la atencion de victimas se entrene, y colaboren con el personal medico. (esto queda a criterio de los encargados del plan de emergencia del hospital).

Personal voluntario



Debera capacitarse al personal voluntario de instituciones como la Cruz Roja, Bomberos, Policia, etc.,. A este personal no necesariamente los vamos a entrenar como oficiales de triage, pero si en el conocimiento basico del sistema y su forma de colaborar.

A quien mas



Esto quedara a criterio de las instituciones. Entre mas personal conozca los mecanismos existentes en el pais, para hacer frente a un desastre con multivictimas, mejor sera la forma de enfrentar el problema con su ayuda.

Como hemos podido observar, el TRIAGE; no es una materia de facil manejo, por el contrario, existen ocasiones en que la persona que lo realice tendra todo un reto para sus conocimientos y no podra eludir la responsabilidad que, por alguna circunstancia de la vida, le corresponda.

De todas las organizaciones anteriormente citadas, no todo su personal debe ser entrenado. Hay que diferenciar entre las instituciones que por tradicion, capacidad o responsabilidad realizan esta dura labor de clasificacion y otras instituciones, que por aspectos legales, de orden o cualquier otro motivo, participan en el trabajo. A estas ultimas, les enseñaremos lo que es el sistema, no intentaremos convertir a su personal en oficiales de Triage. Inclusive, en las instituciones encargadas de tal funcion, se debera escoger al personal mas idoneo, para obtener el mejor resultado.

QUIENES DEBEN HACER LA CLASIFICACION DE VICTIMAS

* TRIAGE *

En mi modesta experiencia, desde 1984; he podido valorar diferentes aspectos que vale la pena mencionar por separado en lo que se refiere a los 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 avanzado de vida a los pacientes.

Por lo tanto se requiere de personal médico y paramédico, con equipos médicos de urgencia, que puedan proporcionar una atención óptima a las víctimas, para su ulterior traslado a los hospitales correspondientes.

Inicialmente según el número de víctimas, no queda más que realizar un TRIAGE rápido, sólo para determinar que se atiende o no. Posteriormente a esto se reclasifica y se atiende lo que por definición es de un buen pronóstico, para darle soporte de vida avanzado y que sea trasladado a un centro hospitalario cercano.

'Oficiales de TRIAGE':

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

El jefe de la emergencia o el que asuma tal función deberá observar que los anteriores, laboren con todas las medidas de seguridad, además, valorará la escena y velará porque 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 que el sitio de desastre o emergencia sea INSEGURO, el jefe del operativo, seleccionará un SEGURO O SITIO de clasificación y atención de las víctimas.

En ese lugar, se hará el procedimiento rápido que requiere para parar

la hemorragia o una revisión 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.

b: intra-hospitalario

A este nivel, se requiere que los hospitales, dentro de sus planes de atención masiva de víctimas, tengan plenamente definido quien o quienes serán los responsables de esta labor.

Deseo aclarar en este punto, algunos conceptos que sobre este aspecto he adquirido con mis años de práctica en la atención de emergencias extra-hospitalarias,

Los simulacros en que he participado, tanto dentro como fuera de mi país, en ciudades pequeñas, con recursos médicos limitados y poca cantidad de personal capacitado me han hecho preguntarme, si en un momento de desastre, para la atención de multi-víctimas, SÓLO UN MEDICO ESPECIALISTA puede realizar el TRIAGE? •

Los años, me han despejado la incógnita: NO. En caso de un desastre que afecte una pequeña o mediana población, con todas las limitaciones que conocemos, el desperdiciar tal vez al único cirujano en realizar labores de TRIAGE no es lo sensato.

La experiencia en mi servicio me ha demostrado que lo anterior es muy cierto. El personal a mi cargo, no es médico y realizan el triage con muchísimo acierto. Los servicios de emergencias según el NÚMERO DE VICTIMAS Y LA DISPONIBILIDAD DE PERSONAL, deben tener dentro de sus planes de atención masiva, una persona alterna que ejecute esta labor, con el fin que el personal médico, pueda entonces dedicarse a sus funciones específicas profesionales.

El sitio de TRIAGE, dentro del hospital, debe presentar todo tipo de facilidades, tanto para las ambulancias, como para el personal de apoyo. Los aspectos de seguridad deben ser sumamente estrictos y no permitir el ingreso de familiares, curiosos, prensa o cualquier otra persona que pueda entorpecer las labores, y el personal del hospital como un todo debe respetar y colaborar con esta regla.

Errores comunes en el manejo masivo de victimas (3)

En la mayoría de los sitios de desastre, en donde se requiere ejecutar o poner en práctica el TRIAGE, se recogen experiencias valiosas para el manejo de emergencias futuras.

Las evaluaciones periódicas tanto intra como inter-institucionales, ayudan a proveer una mejor coordinación en el momento que se necesita.

El recoger los errores en forma constructiva, para mejorar el sistema y corregirlos en la medida de lo posible, son el indicador del avance del mismo.

Mencionare a continuación los errores que aun con el personal mas capacitado, se pueden presentar:

Fallo en el establecimiento de un comando unificado. En la mayoría de los casos, cada una de las instituciones participantes, tiende a querer manejar la emergencia bajo sus propios lineamientos, sin coordinar con las demas. En la labor realmente profesional, esta situacion no debe darse, por el contrario; todas las instituciones deben unificar esfuerzos tanto en la coordinación de su personal como de sus equipos y materiales.

Fallo al no establecer una zona de estacionamiento;

Con el proposito que el personal voluntario o permanente que se dirija a la zona de emergencia en sus vehiculos, tanto particulares como institucionales, se requiere tener una amplia zona de parqueo y de esta manera evitar las aglomeraciones que en muchas ocasiones nosotros mismos ocasionamos.

Fallo en el pedido de ayuda temprana;

El personal que organiza el PUESTO COMANDO, debe tener una nocion exacta o por lo menos lo mas aproximada posible de las necesidades que se requieren para el manejo de la emergencia en todos los campos de una forma rapida y eficiente, para solicitar lo necesario con prontitud.

Fallo en la delegacion de la autoridad en los diferentes sectores o zonas del area de desastre.

Recordemos que, dentro del area de desastre, el personal se divide con el proposito de realizar diferentes funciones por ejemplo: triage, extraccion, tratamiento, transporte, suministros, etc, y cada uno de los encargados de area debe comunicar al PUESTO COMANDO, lo que acontece; de esa forma este lograra la unificacion en la toma de decisiones y podra asimismo informar a quien lo desee todos los aspectos o labores que se estan desarrollando.

Fallo en las anotaciones;

Todas las personas que laboran a cargo de un area determinada deberan anotar todos los hechos que se suceden, el error radica en dos aspectos: 1- NO LLEVAR PAPEL Y LAPIZ,

2- NEGLIGENCIA.

Fallo en la identificacion del personal;

Todo el personal dentro del area, debe estar plenamente identificado, con el proposito de evitar que personas ajenas a las instituciones participantes penetren en el PERIMETRO EXTERNO.

En el caso de personal uniformado, no requerira de esta, pero los no uniformados voluntarios o permanentes libres, que hagan acto de presencia, si la necesitaran.

Fallo en los reportes progresivos al PC;

Todos los jefes de area deberan tener sistema de radiocomunicacion con el puesto comando, e informarle periodicamente de lo que acontece.

Fallo del personal oficial del P.C;

Los encargados del puesto comando no podran asumir funciones que no les competen, pues pierden la vision global del trabajo en el area de desastre; asi como tampoco tendran disputas entre ellos. La diferencia de criterios se solucionara con la discusion constructiva, respetando por norma el criterio especializado.

Fallo en la clasificacion *triage*;

Para evitar las malas clasificaciones se requiere de entrenamiento y experiencia tecnica-profesional.

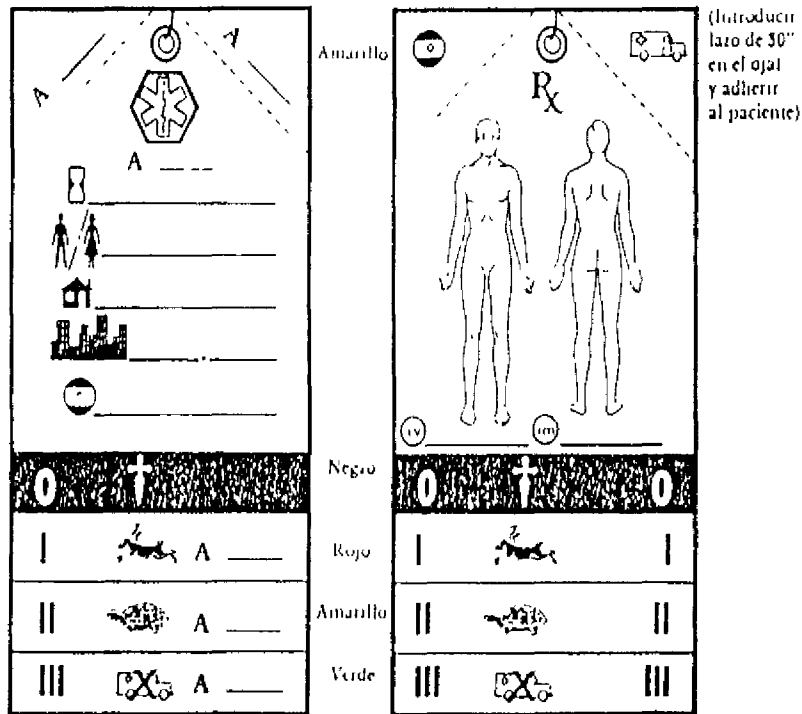
Fallo en el resguardo de la seguridad de la escena;

Los oficiales a cargo, en el PC o en las diferentes areas velaran porque el sitio sea seguro para el desempeno de su funcion.

De no ser asi, deben buscar la forma de asegurarlo. En ningun momento, el buen rescatador expone su vida ni la de sus colaboradores, si hay oportunidad de protegerse mejor.

SIGNIFICADO DE LA SIMBOLOGIA EN LA TARJETA DE 'TRIAGE'

Modelo de tarjeta de *triage*



ME T I A G.

En junio de 1977 la Comisión de Servicios Médicos de Emergencia del área metropolitana de Chicago normó el uso de la ME T I A G (Tarjeta de Triage para Emergencias Médicas) en el campo, para triage en casos de desastre. Fuente: ME T I A G, *Journal of Civil Defense*, P. O. Box 910, Starke, Florida 32091.

Estoy plenamente seguro, que muchos de mis lectores, pensarán que una vez más, estoy repitiendo lo que todos conocen!, pero cuantos de los que hoy me critican por continuar con ecología sobre este tema; se sentirán plenamente seguros de poder ser oficiales de triage en un desastre y más aun, controlar con la eficacia que la situación demande, a todas las instituciones que normalmente participan en este tipo de eventos?

Para mí, también es una interrogante!. pero: solo capacitandonos u entrenandonos día a día, podremos estar psíquica y profesionalmente preparados para tomar las decisiones precisas sobre la vida de otros seres humanos y en condiciones sumamente desfavorables.

Detalla en la continuación el significado de la simbología utilizada en las tarjetas de TRIAGE, no sin antes mencionarles que, de su opinión con base a su experiencia, se debe tomar una decisión sobre que tipo de tarjeta o contraseña, es superior a la actual tarjeta, guarda la misma información u es de un precio más razonable o incluso recuperable; aspecto que no se logra con el actual método.

Como se observa, la tarjeta presenta dos caras. Llamaremos cara A la que presenta un gran número de símbolos, y cara B; la que está representada por dos figuras humanas en vistas anterior u posterior, de mediano tamaño.

Letra 'A': Esta letra se repite en diferentes lugares.

Estos son los sitios, en que se anota previo a su uso, un número consecutivo que normalmente oscila entre el 0000 y el 9999. Dependiendo del número de ambulancias que las utilizan, cantidad de emergencias por estadística, 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 solo aquellos desprendibles u 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).

Esta letra, con su número consecutivo, sustituye los datos de la ficha de identificación, como nombre, edad, etc., 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.

Esta letra, con su número consecutivo, sustituye los datos de la ficha de identificación, como nombre, edad, etc., 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.

Reloj de arena: aquí se anotará la hora en que fue clasificado el paciente, o la hora de aplicación de algún medicamento tanto IM como IV en la escena o en el traslado.

Figuras humanas: Solamente se marcará, la correspondiente al sexo del paciente de esa tarjeta o sea, si es masculino o femenina.

Casita: Se anotará el nombre de la población, sitio o lugar, en que se desarrolló el evento que se atiende.

Edificios: Anotar el nombre de la ciudad a la que pertenece la población anterior.

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 pacientes que aun están en el lugar y requieren traslado, número de pacientes ya trasladados a cada centro hospitalario y disponibilidad de los mismos para recibir más pacientes y en que condiciones.

Otro aspecto básico para decidir el traslado, es el tipo de atención que requiere 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:

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

Sea arrancada en el puesto comando de ambulancias y traslados, con el propósito de anotar el lugar al que se refirió el paciente y una vez concluida la emergencia buscar todos los datos que consideremos importantes para el estudio casuístico.

Esquina superior izquierda: Al igual que la anterior se desprende; pero esta, quedará en el sitio en que se halló al 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 mapa de como y donde se hallaron las víctimas y poder realizar estudios cruzados de información.

Figuras humanas: Son vistas anterior y posterior del cuerpo humano; el oficial de triage, marcara 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 las mismas, evitándose por consiguiente, la pérdida de tiempo valiosísimo en revisar una y otra vez al paciente .

Círculo IV, IM: Se anotarán los medicamentos aplicados al paciente (nombre y cantidad) y su vía de administración; IV = intravenoso, IM= intramuscular. Por ejemplo: 1 dipirona IM, vía con D5W (dextrosa al 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 al paciente se le administren en forma repetida o, a intervalos muy cortos los mismos tratamientos.

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, lo que 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 del mismo. Por ello es necesario tener absoluta certeza que el color que indica la tarjeta, es el correcto, y que un paciente clasificado inicialmente como amarillo no sea al cabo de un tiempo rojo, sin que halla mediado otra circunstancia que la tira amarilla se sollase por una mala confección o manipulación de la misma. DE CUALQUIER FORMA HAY QUE EVITAR ESTAS SITUACIONES.

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

COLOR NEGRO:

Significa que el paciente al momento de la valoración está muerto. Para poder clasificar un paciente dentro de esta categoría se valorarán completamente sus signos vitales, en caso que no se observen lesiones mortales obvias. A la menor duda, se procederá a revaluar,

siempre con el propósito de dar el beneficio de la duda a mismo.

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

color rojo:

Esta clasificación es de sumo cuidado. Recuerde que dependiendo de 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.

color amarillo:

Se clasificaran 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 aguda 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.

color verde:

Este color tiene una 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 pacientes moribundos, deberán esperar con los cuidados óptimos, la evacuación de los mismos, para beneficiarse con tratamiento intrahospitalario.

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

SIMBOLOGIA: SIGNIFICADO.

COLOR NEGRO= PACIENTE FALLECIDO.

0= " "

PUNAL= " "

COLOR ROJO = PACIENTE PRIORITARIO.

I = PRIORIDAD UNO (I).

CONEJO = TRASLADASE RAPIDO COMO UN CONEJO.

COLOR AMARILLO = PRIORIDAD SECUNDARIA.

II = SEGUNDA PRIORIDAD.

TORTUGA = TRASLADASE LENTO, COMO TORTUGA.

COLOR VERDE = PRIORIDAD TERCERIA.

III = TERCERA PRIORIDAD.

AMBULANCIA TACHADA = NO REQUIERE TRANSPORTE.

Como podemos observar, las tarjetas fueron diseñadas con el fin de que los camilleros, choferes de ambulancias, 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, solo 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.

Presentaré a continuación, algunos ejemplos de lesiones, según categorías anteriormente descritas.

categoría roja:

- 1) Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.
- 2) Paro cardiaco (presenciado y sin otra complicación mayor)
- 3) Pérdida apreciable de sangre (más de 1 litro)
- 4) Pérdida de conciencia.
- 5) Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- 6) Algunas fracturas graves:
 - a) pelvis;
 - b) torax;
 - c) fracturas de vértebras cervicales;
 - d) fracturas o luxaciones donde el pulso no puede detectarse por debajo del sitio de fractura o luxación;
 - e) conmoción severa;
 - f) quemaduras (complicadas por daño a las vías respiratorias)

categoría amarilla:

- 1) Quemaduras de segundo grado, que cubren más del 30 % de S.C.
- 2) Quemaduras de tercer grado que cubren más del 10 % de S.C.
- 3) Quemaduras complicadas por lesiones mayores o lesiones a tejidos blandos o fracturas menores.
- 4) Quemaduras de tercer grado que involucran áreas críticas como manos, pies, o cara, pero sin que existan problemas de vías respiratorias.
- 5) Pérdida moderada de sangre (de 500 a 1000 cc)
- 6) Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral.
- 7) Pacientes conscientes con trauma craneo-encefálico importante (tan serio como para causar un hematoma subdural o conmoción mental). Estos pacientes mostrarán uno de los siguientes signos:
 - a) salida de líquido cefalorraquídeo por oído o nariz.
 - b) aumento rápido de la presión sistólica.
 - c) vómitos en escopetazo (como proyectil).
 - d) cambios en la frecuencia respiratoria.
 - e) pulso menor de 60 por minuto.
 - f) inyección o amoratamiento por debajo de los ojos. (ojos de mapache)
 - g) pupilas anisocóricas.

ES MUY IMPORTANTE ENFATIZAR QUE HAY 17 FUJOS. TODOS LOS PACIENTES CLASIFICADOS COMO ROJOS, SI ALGUNO DE ESTOS MO- RIBUNDOS, PRESENTA SIGNOS DE VIDA, DEBERA INMEDIATAMENTE SER RECLASIFICADOS COMO ROJOS Y POR LO TANTO TRASLADADOS CON IGUAL RAPIDEZ.

SIMBOLOGIA: SIGNIFICADO.

COLOR NEGRO= PACIENTE FALLECIDO.

0= " "

PUNAL= " "

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 TERCERA.

III = TERCERA PRIORIDAD.

AMBULANCIA TACHADA = NO REQUIERE TRANSPORTE.

Como podemos observar, las tarjetas fueron diseñadas con el fin de que los camilleros, choferes de ambulancias, 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, solo 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.

Presentaré a continuación, algunos ejemplos de lesiones, según categorías anteriormente descritas.

categoría roja:

- 1) Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.
- 2) Pulso cardíaco (presenciado y sin otra compensación mayor)
- 3) Pérdida apreciable de sangre (más de 1 litro)
- 4) Pérdida de conciencia.
- 5) Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- 6) Algunas fracturas graves:
 - a) pelvis,
 - b) torax,
 - c) fracturas de vértebras cervicales,
 - d) fracturas o luxaciones donde el pulso no puede detectarse por debajo del sitio de fractura o luxación;
 - e) contusión severa;
 - f) quemaduras (complicadas por daño a las vías respiratorias)

categoría amarilla:

- 1) Quemaduras de segundo grado, que cubren más del 30 % de
- 2) quemaduras de tercer grado que cubren más del 10 % de SA
- 3) quemaduras complicadas por lesiones mayores o lesiones a órganos blandos o fracturas menores.
- 4) quemaduras de tercer grado que involucran áreas críticas no manos, pies, o cara, pero sin que existan problemas de vías respiratorias.
- 5) Pérdida moderada de sangre (de 500 a 1000 cc)
- 6) Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral.
- 7) Pacientes conscientes con trauma craneo-cerebral importante (tan serio como para causar un hematoma subdural o contusión mental). Estos pacientes mostrarán uno de los siguientes signos:
 - a) salida de líquido cefalorraquídeo por oído o nariz.
 - b) aumento rápido de la presión sistólica.
 - c) vómitos en escopetazo (como proyectil).
 - d) cambios en la frecuencia respiratoria.
 - e) pulso menor de 60 por minuto.
- 8) Inclinación o amoratamiento por debajo de los ojos. (ojos del mapache)
- 9) pupilas anisocóricas.

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

SIMBOLOGIA: SIGNIFICADO.

COLOR NEGRO= PACIENTE FALLECIDO.

0= " "

PUNAL= " "

COLOR ROJO = PACIENTE PRIORITARIO.

I = PRIORIDAD UNO (1).

CONEJO = TRASLADASE RAPIDO COMO UN CONEJO.

COLOR AMARILLO = PRIORIDAD SECUNDARIA.

II = SEGUNDA PRIORIDAD.

TORTUGA = TRASLADASE LEHTO, COMO TORTUGA.

COLOR VERDE = PRIORIDAD TERCERIA.

III = TERCERA PRIORIDAD.

AMBULANCIA TACHADA = NO REQUIERE TRANSPORTE.

Como podemos observar, las tarjetas fueron diseñadas con el fin de que los camilleros, choferes de ambulancias, 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, solo 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.

Presentaré a continuación, algunos ejemplos de lesiones, según categorías anteriormente descritas.

categoría roja:

- 1) Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.
- 2) Paro cardiaco (presenciado y sin otra complicación mayor)
- 3) Pérdida apreciable de sangre (más de 1 litro)
- 4) Pérdida de conciencia.
- 5) Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- 6) Ningunas fracturas graves:
 - a) pelvis;
 - b) torax;
 - c) fracturas de vértebras cervicales;
 - d) fracturas o luxaciones donde el pulso no puede detectarse por debajo del sitio de fractura o luxación;
 - e) conmoción severa;
 - f) quemaduras (complicadas por daño a las vías respiratorias)

categoría amarilla:

- 1) Quemaduras de segundo grado, que cubren más del 30 % de S
- 2) Quemaduras de tercer grado que cubren más del 10 % de S
- 3) Quemaduras complicadas por lesiones mayores o lesiones a tejidos blandos o fracturas menores.
- 4) Quemaduras de tercer grado que involucran áreas críticas como manos, pies, o cara, pero sin que existan problemas de vías respiratorias.
- 5) Pérdida moderada de sangre (de 500 a 1000 cc)
- 6) Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral.
- 7) Pacientes conscientes con trauma craneo-encefálico importante (tan serio como para causar un hematoma subdural o concusión mental). Estos pacientes mostrarán uno de los siguientes signos:
 - a) salida de líquido cefalorraquídeo por oído o nariz.
 - b) aumento rápido de la presión sistólica.
 - c) vómitos en escopetazo (como proyectil).
 - d) cambios en la frecuencia respiratoria.
 - e) pulso menor de 60 por minuto.
 - f) hinchazón o amoratamiento por debajo de los ojos. (ojos de mapache)
 - g) pupilas anisocóricas.

Fallo al dar tratamiento en el sitio en que se halla el paciente y no en el que se tiene destinado para tal fin;

En la mayoría de los casos el personal no puede dejar a un lado los sentimientos y procura ayudar a las víctimas en el mismo sitio en que se hallan. Esto no es lo óptimo, debido a que altera el orden y el seguimiento del tratamiento efectuado. Por tanto, hay que trasladar a las víctimas al AREA ESPECIFICA DE TRATAMIENTO.

Falta de control en el P.C, del personal de refuerzo;

Todo el personal de cualquier institución, que se presente a colaborar al área de desastre, se reportará con el representante de la misma en el puesto de comando. Recordemos que si la emergencia va a durar muchas horas, se requiere de personal sustituto por lo que es necesario tener en el área personal descansado que pueda rápidamente sustituir a sus compañeros. Este listado servirá también, en el momento de realizar el informe de labores.

Por aspectos de orden y disciplina, debe ser una norma este procedimiento en cada organización.

Dispersión de los pacientes en el área de tratamiento;

En este lugar es importante que se dividan los pacientes según sus lesiones clasificadas (solo rojo, sólo amarillos y sólo verdes).

No debemos olvidar la sensibilidad de los pacientes conscientes del suceso y no dejar a un verde junto a un rojo al que se le está brindando soporte de vida avanzado.

Tampoco podemos olvidar el cuidado de todos los pacientes. Hay que estar pendiente de todas sus necesidades y vigilarlos constantemente.

Fallo del personal médico, en la aplicación rápida de tratamientos;

Esto se debe, principalmente; al desconocimiento del médico de el personal que le rodea, por lo que tiende a no ordenar, sino más bien a intentar solucionar él, todos los problemas. El otro factor que influye enormemente es que el médico no tenga entrenamiento adecuado y por tanto, desconozca su rol.

Fallo entre el personal encargado del transporte y el comando de transporte;

Cada vez, que uno o más pacientes van a ser trasladados, el chofer o conductor de la ambulancia va a recibir la orden del encargado de dirigir estas labores, debido a que éste conoce exactamente la situación de hospitales, ambulancias con que cuenta, etc., por el contacto directo que mantiene con el puesto comando, más la información que ha recopilado de todos los momentos de esa área.

En ningún momento se debe permitir que el conductor decida el sitio de traslado del paciente sin la previa autorización del jefe o encargado del transporte.

Falta de personal asistencial en las ambulancias;

Ni el conductor y mucho menos el encargado de transporte, debe permitir que esto suceda. Hay que garantizar el estado del paciente hasta su ingreso al hospital, con un acompañante que lo asista.

Fallo en no alertar al o los hospitales de la situación, o se hace muy tardíamente;

El puesto comando, al integrarse y valorar la situación debe notificar en primera línea, a los centros hospitalarios, con el propósito de que activen sus planes y obtengan un mejor pronóstico sobre los pacientes que le ingresen.

Otras fallas que se presentan y no requieren explicación por lo contundentes, son:

Fallo del hospital en su área de Triage;

Fallo del hospital en el diseño de los servicios de emergencias, para el ingreso y salida de ambulancias.

Fallo de los conductores al acercarse demasiado e incluso entrar al perímetro externo o al interno sin autorización;

Fallo en el abastecimiento de suministros médicos;

Además de todas éstas, se pueden producir algunas otras que por razones obvias, habrá que mejorar y evitar su continuidad. De esto la necesidad de la EVALUACION POSTERIOR AL DESASTRE.

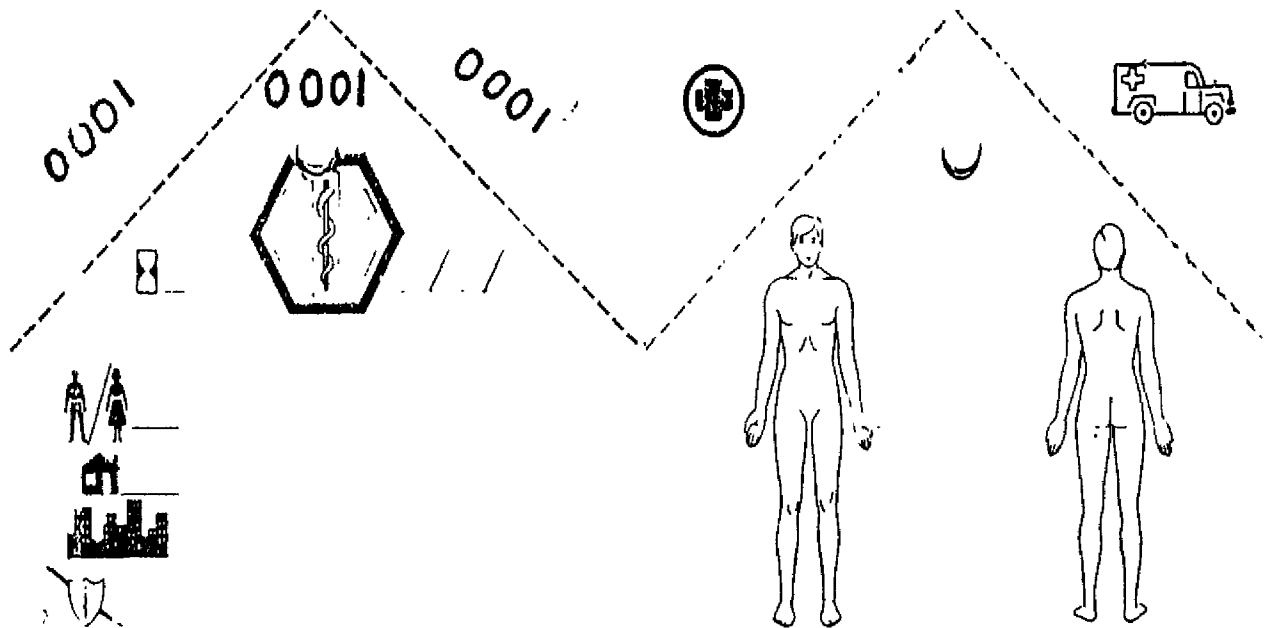
En la siguiente hoja, hallarán un mapa, que identifica las diferentes zonas en que se debe dividir un área de desastre, con el fin de que se acostumbren a un patrón de organización previamente definido.

La posición de los componentes, en ningún momento es estricta, por el contrario, al igual que en la matemática, el orden de los factores (en este aspecto), no altera el producto, si todas las condiciones de manejo son óptimas.

Es importante enfatizarles que a partir de lo denominado perímetro externo, no se debe permitir el paso de ninguna persona sin identificación.

EN LA ZONA I, TAMBIEN DENOMINADA: PERIMETRO INTERNO, SOLO PODRAN PERMANECER LAS PERSONAS CON LABORES ESPECIFICAS, POR LO QUE SU ACCESO DEBE SER MAS RESTRICTIVO.

LA TARJETA DE TRIAGE




	/	/	/

IV _____ I _____ III _____ II _____


0		0		0
I		I		I
II		II		II
III		III		III

LA TARJETA NEGRA


0005 0005 0005




03:20 5/01/89




Desamparados

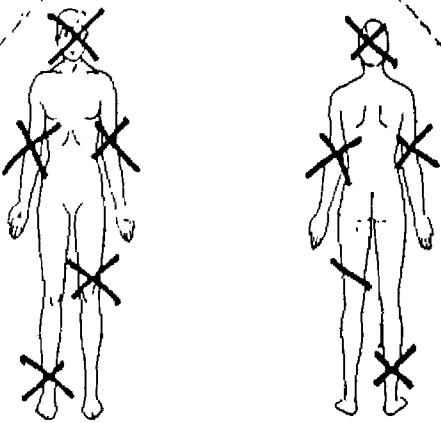






San José . C.R.







Pcte. con aplastamiento
cráneo-facial y mutilaciones
múltiples.





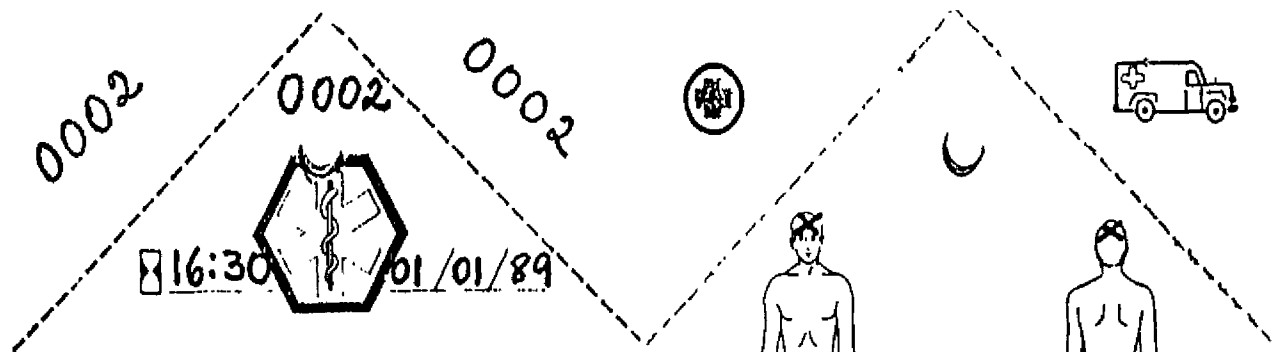
	03:20		
	— / —	/	/
	—		
	—		














0 +

0 + 0

LA TARJETA ROJA

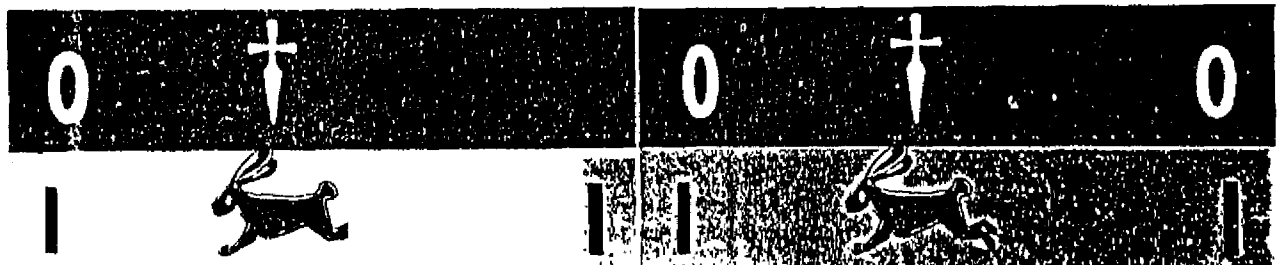



 San Pedro
 San José .C.R.
 +  Pacte. 32 años T.C.E.+P.C.+
 Herida penetrante en miembro inferior der.

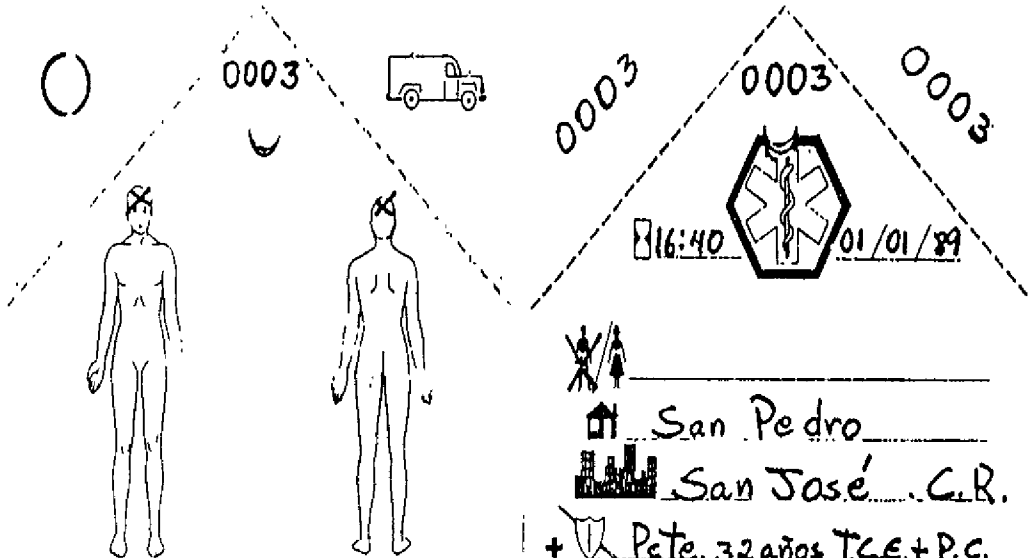
	16:32	16:45	
	120/70	120/70	/
	100	70	
	20	20	





D5W





Ⓜ 3 DEXA 16:25 Ⓜ _____ 8 _____



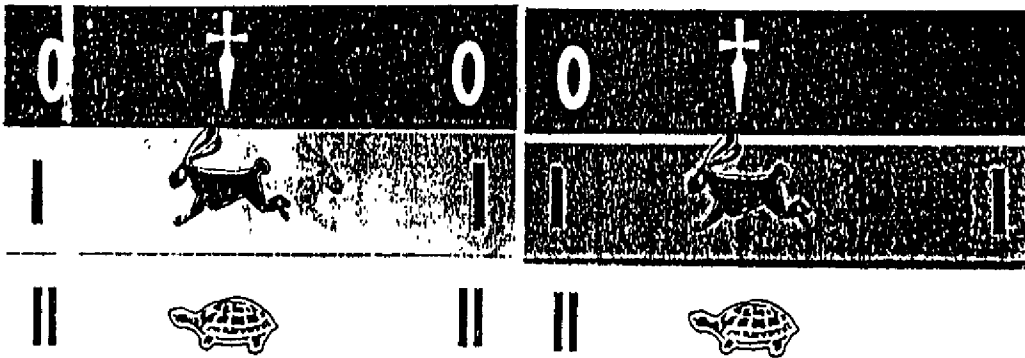
LA TARJETA AMARILLA



 _____
 San Pedro _____
 San José .C.R.
 Pate 32 años T.C.E.+P.C.
 Consciente y orientado al
 momento de su revisión primaria.

	16:40		
	130/80	/	/
	90		
	25		


DSW
 ④ 3 DEXA. 16:45 ④ _____





LA TARJETA VERDE


0004 0004 0004


16:50 02/01/89




































 Guadalupe

 San José . C.R.

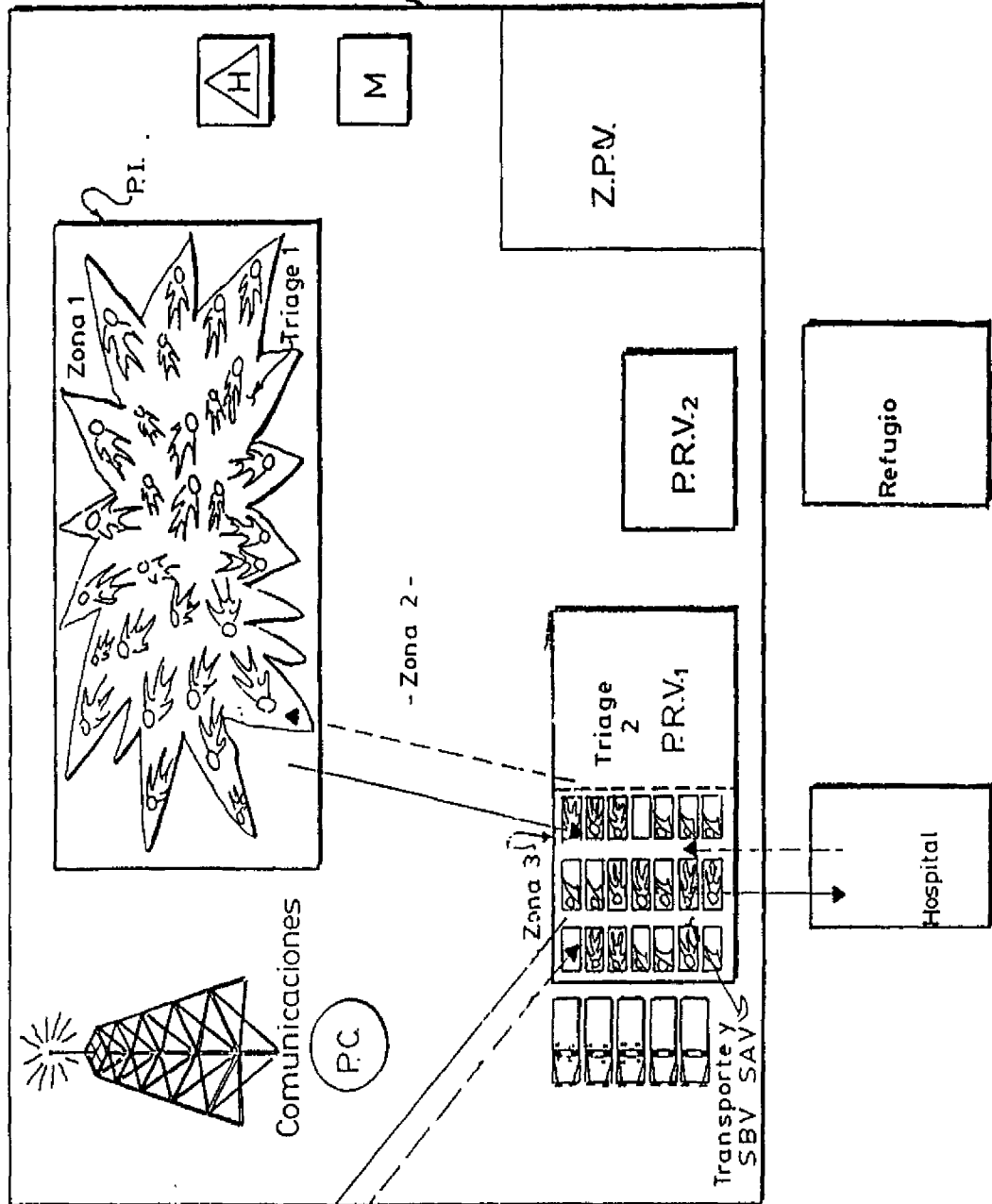
 Pcte. 26 años con escoria-
ciones múltiples, conciente
orientada

	16:53		
	120 / 80	/	/
	100		
	25		

④ _____ ④ Dipirna 16:55

PERIMETRAJE



SIMBOLOGIA

- P.C. - Puesto Comando
- P.I. - Perímetro Interno
- P.E. - Perímetro Externo
- P.R.V.1 - Puesto de Recolección de víctimas
- P.R.V.2 - Puesto de Recolección de víctimas Secundarias (Verde)
- P.P.V. - Zona de Parqueo de Vehículos
- S.B.V. - Soporte básico de Vida
- S.A.V. - Soporte avanzado de vida
- H. - Helipuerto
- M. - Morgue

BIBLIOGRAFIA

- (1) METTAG. Journal of Civil Defense, P.O. Box 910,
Starke, Florida, 32091. 1977.

- (2) SPIRGI, Edwin H. Disaster Management, A Prentice
Hall Publishing and Communications Company,
Bowie, Maryland, United States of America, 1984.

- (3) MORRIS Gary, Common Errors in Mass Casualty
Management, Jems, February, 1986.

- (4) Organizacion Panamericana De La Salud,
Organizacion de los servicios de salud para situaciones
de desastre, Ed. OPS, Publicacion cientifica No 443,
Organizacion Mundial de la Salud, Washington, D.C.
20037, E.U.A. 1983