

TRIAGE

El triage nos permite **priorizar, categorizar, seleccionar** el orden de atención. La regla general es darle mayor prioridad a los enfermos que vivirán solo si son tratados, por sobre los que vivirán aún sin tratamiento o que morirán aún con tratamiento médico.

Priorizar también el uso de medios materiales y humanos y priorizar la evacuación. Es una herramienta que utilizamos en la atención a múltiples víctimas, con la finalidad de aportar **orden al caos**.

Definir quién precisa atención inmediata, quién puede esperar 2 horas, quién está tan mal que no tiene remedio y quién ya está muerto. Así podríamos simplificar la explicación del triage.

Una de las características del triage es que **debe ser repetido constantemente**: en escena, en área de tratamiento, tras tratamiento, antes de evacuación, en el hospital, etc.

Los sistemas de categorización son de gran ayuda para distinguir aquellos pacientes cuyas posibilidades de sobrevivir son significativamente mayores si el cuidado médico es máximo, de aquellos que morirán aún con el mejor tratamiento posible.

Si las manos son pocas y la escena comprende varios sectores con víctimas, quizá sea preciso formar varios **equipos de triage**.

Los pacientes pueden ser categorizados según el daño que tengan mediante parámetros anatómicos o fisiológicos. Entre las categorizaciones anatómicas más usadas está el Índice de Gravedad de las Lesiones (*Injury Severity Score* – I.S.S.). El rango es de 1 a 16 puntos correspondiendo los valores más altos al mejor pronóstico.

El **primer triage** puede realizarse en el área de clasificación, a la entrada del Puesto Sanitario Avanzado, y en casos en los que los medios de rescate son escasos o dificultosos, este primer triage puede realizarse en el punto de impacto.

Si estamos ante un incidente con sustancias peligrosas el triage **se pospone a la descontaminación**, (ver informe de descontaminación en www.sobreincendios.com) que es la prioridad absoluta. Recordemos que, salvo mejor criterio sobre el terreno, no se inicia tratamiento hasta que todos hayan sido triados, así que es una prioridad completar el triage antes que iniciar el tratamiento en el Puesto Sanitario Avanzado.

Clasificaciones

Hay distintas clasificaciones a saber:

En 2 categorías:

- Vivos y muertos.

En 3 categorías:

- Ambulantes, no ambulantes y muertos (muy útil en áreas de rescate de gran peligro: es prioritario buscar y sacar a los vivos que no pueden andar)

En 4 categorías:

- **Rojos**, **amarillos**, **verdes** y **negros** (en esta clasificación bajo la tarjeta de negro se incluyen muertos y moribundos)

En 5 categorías:

- **Rojos**, **amarillos**, **verdes** y **azules** (también llamados grises: moribundos, irrecuperables) y **negros**.

Hay varios modos de hacer esta asignación de categorías:

Métodos lesionales: según las lesiones más o menos graves o potencialmente graves se hace la asignación.

Métodos funcionales: nos fijamos en el estado del paciente, más que en las lesiones concretas. Uno de ellos es el método **START (Simple Triage and Rapid Treatment)** es un método validado y reconocido internacionalmente como útil, que a continuación vamos a describir.

Es especialmente útil como primer triage. **DEBEMOS APRENDERLO TODOS:** técnicos, enfermería y médicos. El método se fija en cuatro cosas:

- ¿Deambula?
- Respiración
- Perfundión
- Mental

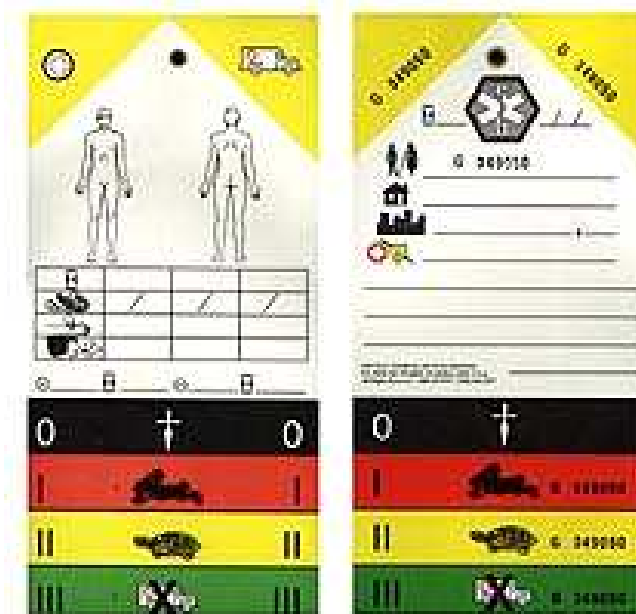
Solo se permiten 2 tratamientos durante el triage: **abrir vía aérea y cohibir hemorragias** (gestos que salvan vidas) con cánulas oro faríngeas o de Mayo y vendajes, o con tracción mandibular y compresión por otros intervinientes distintos del encargado de triage.

Para abrir vías aéreas sería aceptable, la posición lateral de seguridad aún en pacientes traumatológicos.

Durante el triage **no se sugieren ni ordenan otros tratamientos.**

1. **¿pueden andar?**, si el paciente **entiende y es capaz de cumplir la orden** entonces es verde; puede esperar y le ordenamos "siga a este señor de cruz roja y no se separe de él".

Los verdes deben ser agrupados, apartados y supervisados por un sanitario por si se complican, y **deberán ser evaluados nuevamente en cuanto esto sea posible**. La función del señor de la cruz roja, o quien quiera que hayamos elegido, es acompañarlos y cuidar de ellos hasta que sean evacuados, previa filiación, por ambulancia colectiva, furgoneta o bus.



Con esta sencilla operación ya hemos aclarado la escena. Algún ileso puede, no obstante, incluso convertirse en voluntario de camillero o ayudar a cohibir una hemorragia.

2. Contamos las Respiraciones: si son 0, se hace un intento por abrir la vía aérea (tracción mandibular).

2.1. Si comienza la respiración el paciente es rojo, se le pone cánula oro faríngea o se deja en posición de seguridad (esto es nada ortodoxo, pero si el número de víctimas es elevado y aún no hay suficiente personal es lo único que podemos hacer que nos permita abrir vía aérea, prevenir aspiraciones y continuar el triage). **No se continúa la evaluación, ya está triado** ya sé que es rojo, no continúo la evaluación de este paciente.

2.2. Si no respira a pesar de abrir Vía Aérea es negro. No se continúa evaluación, ya está triado. Este paciente no se moverá del lugar, a no ser que estorbe. Es un cadáver judicial.

2.3. Si las ventilaciones son **>30** es rojo. No se continúa la evaluación, ya está triado.

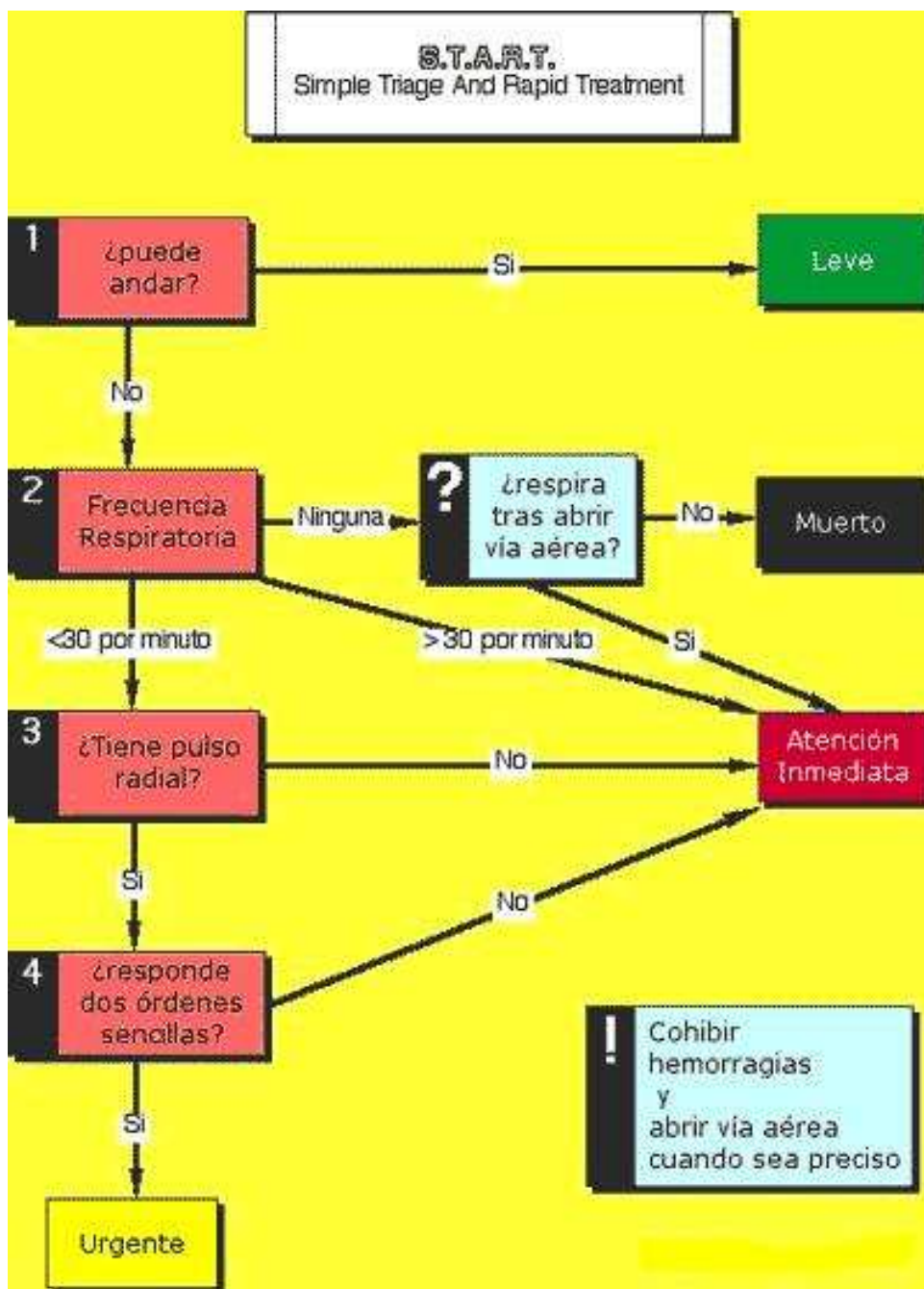
2.4. Si son **<30** pasamos al siguiente punto.

3. Recordemos: Aquí llegamos con una víctima que no puede andar y tiene menos de 30 respiraciones por minuto.

Evaluamos la **Perfusión**: ¿tiene pulso radial? Si no lo tiene es **Rojo**.

No se continúa la evaluación, ya está triado. Si tiene pulso radial continuamos.

El método **START** original, considera la valoración del relleno capilar, pero este es poco fiable en condiciones de escasa luz y en bajas temperaturas; de modo que preferimos el pulso radial como indicador de la tensión arterial sistólica.



4. Evaluamos estado mental con dos preguntas simples (p.ej. ¿cómo se llama? tóquese la nariz: si no responde o está confuso es rojo. Si responde es amarillo.

A cada paciente triado le ponemos su tarjeta y seguimos avanzando. No nos paramos en ninguno más que para efectuar las maniobras salvadoras. El movimiento entre los heridos debe ser fluido, continuo y ordenado.

El segundo triage es, por definición, el previo a la evacuación y que marca la prioridad de esta, debe realizarse, preferentemente con métodos lesionales, teniendo en mente que es la necesidad de cirugía urgente y salvadora la que marca la pauta.

START no tiene la categoría de **moribundo**. Estos son considerados **Rojos**, serán dados por moribundos tras valoración más detenida en el Puesto Sanitario Avanzado.

Otra clasificación: Escala de CRAMS - CRAMP

- C** Circulación
- R** Respiración
- A** Abdomen
- M** Motor
- S** Lenguaje (Speak)

Triage en desastre con víctimas múltiples

Se hace en el lugar de la catástrofe; este tipo de triage difiere del que usa para un caso en el que los recursos son ilimitados y por lo tanto, debe priorizarse el cuidado del paciente. Un desastre con víctimas múltiples se entiende cuando se está frente a él y los recursos no alcanzan para las víctimas.

Cuando el desastre es múltiple, los recursos se destinan a los pacientes que tienen más posibilidades de vivir, si reciben atención inmediata.

1. Categoría atención inmediata (con riesgo de vida)
2. categoría atención diferida (sin riesgo de vida) y dentro de ésta:
 - a- ambulatorios
 - b- no ambulatorios
 - c- estables
 - d- muertos o moribundos.

1-Los que necesitan atención inmediata

Son los lesionados que tienen en forma visible lesiones graves anatómicas; por ejemplo, heridas penetrantes o alteraciones fisiológicas graves como respiración anormal (menos de 12 o mayor de 30), inestabilidad cardiovascular

(pulso mayor de 100), lleno capilar lento, pulso débil, alteración de conciencia o signos neurológicos de paralización. Lógicamente puede haber falsos positivos o negativos, por lo que se debe repetir el triage al ingreso del paciente al hospital.

2-La atención diferida de pacientes:

Es para aquellas víctimas que necesitan cuidado médico, pero no tienen riesgo inmediato de vida, pérdida de extremidades u órganos. Esto se puede categorizar rápidamente al pedirles que se separen en dos grupos, los que pueden caminar y los que no pueden hacerlo. El primer subgrupo se le puede alejar del sitio del desastre para evitar más riesgo de lesiones y su tratamiento y traslado se hace en este nuevo sitio. El segundo grupo que no camina puede dividirse fisiológicamente en **estables e inestables**.

Los primeros en trasladarse son los **inestables**, luego los **estables**. En último lugar se encuentran aquellos que no caminan y que están muertos o moribundos, son quienes tienen la última prioridad para el traslado.

Triage en desastre masivo

El problema en esta situación es diferenciar a las víctimas graves de aquellas que están moribundas o muertas, pues aquí los recursos no alcanzan para todos o se encuentran a muchas horas del lugar de tratamiento, por lo que la categorización anterior se limita a distinguir a aquellos pacientes que están moribundos o muertos; teniendo en cuenta que a medida que pasan las horas pueden ir cambiando de categoría.

La idea es hacer lo mejor para el mayor número de víctimas, lo que implica **salvar vidas y no extremidades**, en una situación evidentemente límite.

En el lugar del desastre, la primera prioridad es para aquellos que tienen una posibilidad más razonable de vivir y que al ser tratados en el lugar, disminuyen sus posibilidades de morbilidad y mortalidad.

El tratamiento comienza con el triage; las víctimas clasificadas como moribundas son las que tienen pupilas fijas y dilatadas, lesiones penetrantes severas en el tórax; presión arterial de 50 mmhg o menos después de la resucitación inicial o quemaduras menores, las víctimas con ventilación inadecuada son trasladadas despejando la vía aérea; si no obtiene ventilación espontánea se la pasa a la categoría de moribundo y si vuelve a la normalidad se la deja en la categoría de traslado inmediato.

La segunda prioridad en el lugar del accidente es el control de las hemorragias externas con compresiones sobre la zona afectada.

El cambio de las condiciones fisiológicas se puede producir en el tiempo, por lo que hay que hacer **triage secundario y terciario** mientras se definen los recursos disponibles. Lo ideal es realizarlo cada 15 minutos en el lugar del

accidente; una vez en el centro asistencial deberá volver a hacerse otro triage de todas las víctimas.

Plan rápido de evaluación

Evaluación de la ventilación	
Ninguna	Muerto
Anormal	Inmediata atención
Normal	Controlar perfusión
Proveer control de la vía aérea	

Evaluación de la circulación	
Pulso radial ausente	Inmediata atención
Pulso radial presente	Control del estado de conciencia
Proveer control de hemorragias	

Evaluación del estado de conciencia	
No abre los ojos	Inmediata atención
Abre los ojos	Demorado

Triage intrahospitalario

Si el paciente es llevado a un centro no especializado y el médico no tiene la capacidad o los medios adecuados de tratamiento, el paciente debe ser **resucitado, estabilizado y trasladado** al lugar más cercano al que cuente con los medios y el personal idóneo para su tratamiento.

Bibliografía:

Champion H.R.; Sacco, W.J.; Carnazzo, A.J. "*The trauma store*". Crit. Care med. 1981.
Champion H.R. "*Field Triage of trauma patients*". An emerge med. 1982.
Carabajal C.; Quijada P. (eds.) "*Tráuma múltiple*". Sgo. De Chile, Publicaciones Técnicas Mediterraneo.