



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

8° SEMESTRE

URGENCIAS MEDICAS

TRABAJO :

RESUMEN

DOCENTE:

DR.ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO:

MARIO FREDY RUIZ ALFARO

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS , AGOSTO DE 2020

## TRIAGE

Triage o clasificación, es un término de origen francés, actualmente aceptado por toda la comunidad médica mundial y que significa clasificación de pacientes según su estado de salud.

Genéricamente consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de las víctimas que en ese momento demandan asistencia y que orientan sobre sus posibilidades de supervivencia como consecuencia del proceso que le afecta.

El triage es una toma de decisión grave, basada en una información incompleta, ejecutado en medio hostil y dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de lesionados de carácter pluripatológicos y con medios limitados .

Es una toma de decisión porque debemos elegir entre diferentes cadenas asistenciales, relacionadas con el transporte, la atención continuada y la selección del centro médico de referencia.

La valoración resulta incompleta porque el análisis sistemático es estandarizado, rápido, objetivo, conciso y dirigido a valorar las capacidades de supervivencia inmediata. No se contemplan patologías previas, no existen datos complementarios ni apoyos al diagnóstico.

Por eso debe ser ejecutado por un persona con un perfil específico, con mucha experiencia y con autoridad moral.

## PROCEDIMIENTO

La clasificación es un procedimiento médico individualizado, dirigido a obtener una visión general de cada víctima. Se trata valorar su pronóstico vital, y establecer una prioridad en su transporte y/o en su tratamiento.

Está basado en dos principios fundamentales: salvar el mayor número de vidas y hacer el mejor uso de los recursos disponibles.

Los pacientes se clasificaran según sus posibilidades de supervivencia en tres bloques diferentes: los que se morirán hagas lo que hagas, aquéllos que se beneficiarán mucho con poco y aquéllos que se pueden morir a pesar de lo que hagas. Estas opciones serán diferentes según el escenario en el que se desarrolla esta clasificación pero cuando los recursos están limitados el beneficio se dirigirá a la mayoría.

Específicamente se trata de efectuar un reconocimiento sencillo, completo y rápido a cada una de las víctimas, como resultado del mismo se establece un criterio lesional en cuatro categorías básicas: muy graves, graves, menos graves e irrecuperables asignándole a cada una de estas categorías una cadena de tratamiento, incluyendo en ello su prioridad, medio y ruta de transporte .

Las tres acciones que condicionan la clasificación: inspección, evaluación y decisión propiamente dicha, están en relación directa con la triada clásica de: ver, juzgar y actuar.

Todo paciente clasificado en una estación de tratamiento debe ser etiquetado, es decir, debe portar una etiqueta o elemento diferenciador del grado de gravedad que se le ha identificado.

La clasificación se repetirá en cada uno de los puntos de asistencia por los que pasa un lesionado en su cadena de evacuación hasta su asistencia definitiva y cada uno de ellos será revaluado continuamente

Los criterios de gravedad no siempre van ligados a las prioridades en el tratamiento que dependerá en cada caso del escenario y de los medios; así pacientes muy graves en un medio imposible, no distraerán recursos limitados que pueden beneficiar mucho a una mayoría menos grave.

Se insiste en diferenciar bien entre criterios de gravedad que afectan directamente a cada individuo (muy grave, grave, menos grave, etc.) y prioridad asistencial (inmediato, diferido, no asistible).

El acto de la clasificación se hará coincidir con la aplicación de maniobras salvadoras, efectuando gestos salvadores simultáneos al proceso de inspección y que constituyen actos reflejos del clasificador (hiperextensión del cuello, presión sobre puntos sangrantes, posición lateral de seguridad, aplicación de torniquetes, analgesia precoz eventualmente, etc.).

El flujo de las víctimas, es decir el movimiento de los pacientes será siempre en sentido anterógrado, en una sola y única dirección, siendo contrario al procedimiento volver hacia estaciones asistenciales previas.

El personal clasificado deberá ser dirigido a áreas concretas de acuerdo con su situación de gravedad, donde eventualmente se iniciarán en cada caso las medidas terapéuticas adecuadas a su lesión. La elección de las áreas para ejecutar la clasificación o la concentración por categorías es de singular importancia, se buscarán en lo posible zonas fuera de riesgo, de fácil localización y acceso, todo lo resguardadas de las inclemencias meteorológicas posible, con visibilidad y con buena accesibilidad a los medios de transporte.

En resumen, cuando los criterios de clasificación coinciden con la capacidad de tratamiento, mejora sensiblemente el pronóstico global y se consigue disminuir los plazos terapéuticos y las evacuaciones salvajes; de otro lado permite distribuir al personal asistencial según sus capacidades, implementar el uso de los recursos críticos e iniciar los apoyos diagnósticos lo más precozmente posible.

## CARACTERISTICAS DE LA CLASIFICACION

Una buena clasificación en condiciones difíciles precisa de una disciplina de trabajo rigurosa y mantenida, la clasificación es siempre previa a cualquier tratamiento individualizado y debe tener las siguientes características.

Personalizada: individuo a individuo en todos los individuos afectados.

Dinámica: mantener una cadena de atención ininterrumpida, eficiente, regular en el tiempo empleado en cada uno de los afectados, sin interrupciones dilatadas en el análisis de ninguno de ellos.

Permanente: en toda la cadena asistencial, reevaluando permanentemente a cada víctima, cada vez que entra en una estación asistencial nueva.

Adaptada: al número de pacientes, la distancia a los centros asistenciales, el número de medios de transporte y la capacidad asistencial en la zona.

Socialmente aceptable: siempre que las circunstancias lo permitan, mantener los núcleos familiares y sociales dentro de áreas próximas a su lugar de residencia.

En sentido anterógrado: sin volver hacia atrás hasta haber examinado a todos.

Para llevar a cabo estas reglas se hace necesario, que la persona responsable del triage sea un facultativo con una amplia experiencia en emergencias médicas y un gran sentido clínico, además de poseer cualidades personales como dotes de mando, serenidad, capacidad organizativa e imaginación.

## OBJETIVOS DEL TRIAGE

Asistencia precoz

Aplicación de maniobras salvadoras

Determinar el grado de urgencia

Implementar el uso de recursos críticos

Documentar a los pacientes

Controlar el flujo de víctimas

Asignar áreas de atención

Distribuir al personal por áreas asistenciales

Iniciar medidas diagnósticas

Iniciar medidas terapéuticas

Control precoz de las infecciones

Preparar la atención al público

Atención a los familiares

## FACTORES DETERMINANTES EN LA CLASIFICACIÓN

Elegir bien el lugar de concentración

Evaluación rápida

Reevaluación continua

## ELEMENTOS NECESARIOS PARA ESTABLECER UN SISTEMA DE TRIAGE

—Espacio físico seguro, próximo al punto de impacto con fácil acceso a las ambulancias.

—Personal asistencial entrenado.

—Material médico para manejar los pacientes una vez clasificados.

—Protocolos asistenciales previos.

—Control férreo de los medios de transporte sanitario .

La calidad asistencial y el consumo de recursos en la zona será siempre inversamente proporcional al número de afectados y al tiempo en que puedan ser atendidos de manera definitiva en los servicios médicos (hospitales o clínicas) de las áreas retrasadas. De todos modos esta clasificación presenta dificultades a tener en cuenta.

## CIRCUNSTANCIAS QUE DIFICULTAN LA CLASIFICACIÓN

Improvisación

Dramatismo

Condiciones medioambientales

Luz

Lluvia

Bajas temperaturas

La rapidez de la respuesta

Ausencia de un puesto de carga de ambulancias

Ausencia de protocolos asistenciales

Las dificultades de la documentación

La ausencia de criterios claros de los primeros intervinientes

La necesidad eventual de equipos pesados

Accesos difíciles

Ausencia de estrategias generales

## PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

La valoración consiste en una inspección por procedimientos simples de las posibilidades de supervivencia, objetivando lesiones presentes que comprometen la vida de la víctima en función del tiempo real en el que pueden ser atendidas en escalones posteriores.

## SECUENCIA PARA VALORACIÓN

Vía aérea

Respuesta verbal

Obstrucción evidente de la vía aérea

Ventilación

Frecuencia profundidad y simetrías ventilatorias

Circulación

Frecuencia de pulso

Reflujo capilar

Sangrado evidente

Focalidad neurológica

Capacidad integral de respuesta

Capacidad de mover todas las extremidades

Manifestaciones del paciente (qué se siente)

Exposición del paciente (desnudo)

Búsqueda de problemas mayores

## ELEMENTOS RÁPIDOS PARA VALORAR A LAS VÍCTIMAS

Inspección

Localización y visualización del paciente, posición, identificación grosera de los signos vitales, estado de consciencia, respiración y movimiento espontáneo.

Evaluación

Valoración hemodinámica sencilla: presencia y frecuencia de pulso y estado del relleno capilar.

La evaluación considera la integridad del aparato respiratorio y circulatorio; la presencia de sangrados o lesiones que afecten directamente a alguno de estos órganos de forma inmediata, lesiones viscerales que los afectarán de forma inmediata, integridad neurológica, lesiones músculo esqueléticas, etc. (presencia, frecuencia, amplitud y ritmo de la caja torácica).

La presión del pulso informa de la bomba cardiaca en sus parámetros de precarga, frecuencia y contractilidad, elementos básicos para valorar la volemia de forma inmediata. El relleno capilar nos da una visión global de aspectos de la respiración mantenida, ventilación, volemia, consumo de oxígeno, gasto cardiaco.

#### Decisión terapéutica

“Qué hay que hacer con este paciente, quien lo hará y dónde”; esta decisión se acompañará de la activación de los elementos (personal y medios) necesarios para la puesta en marcha de una cadena asistencial diferente para cada uno de los flujos de asistencia.

#### TRIAGE Y TARJETAS

El uso de las tarjetas con ser muy ortodoxo no ofrece un consenso absoluto, las principales controversias surgen: porque las tarjetas no siempre están disponibles, ofrece información sobre el deterioro de los pacientes pero no sobre su mejoría y ofrece poco espacio para transcribir información sobre la evolución.

#### Ventajas:

- Se controla la asistencia impidiendo duplicar esfuerzos.
- Se establece un flujo ordenado de las víctimas.
- Se controla la cadena de evacuación.
- Se controla el conjunto de la catástrofe.
- La tarjeta de clasificación es un elemento más organizativo que asistencial.
- Controla los pacientes que van a cada hospital.
- Se evitan evacuaciones salvajes.

#### Inconvenientes:

- No se dispone de ellas cuando se necesitan.
- Problemas de legibilidad.
- Pérdidas durante la evacuación.
- Deterioro por el agua.

El proceso de etiquetado, la identificación del paciente mediante el uso de tarjetas (tagging) es un proceso asociado y necesario al triage para asegurar un cuidado continuo.

## LA MEJOR ETIQUETA

La más visible, durable y con el suficiente espacio para transmitir información. Existen varios tipos de tarjeta de triage, las más empleadas y conocidas son las de que siguen el criterio cromático anteriormente definido.

La información mínima que deben incluir las tarjetas es la:

Filiación

Número

Sexo

Lesiones anatómicas que padece.

Medicación administrada.

Horarios.

Grado de urgencia.

Si es portador de torniquete: hora de aplicación.

Las tarjetas deben ir bien atadas a la muñeca o al tobillo del paciente, pero nunca a los vestidos o al calzado. Si no disponemos de tarjetas, podemos hacer un marcaje de los pacientes con rotuladores indelebles, con una "X" en la frente, dependiendo de su gravedad.

Lesionados menores o fallecidos X

Lesiones severas cuyo tratamiento puede aplazarse XX

Lesiones severas que requieren tratamiento inmediato XXX

## CATEGORÍAS CLÁSICAS

Clásicamente las víctimas de una situación de catástrofe se han dividido en cuatro clases de acuerdo a la gravedad de sus lesiones y al compromiso vital que ellas comportan, estos cuadros con sus equivalencias son universalmente aceptados y nos orientan sobre la esperanza de vida.

En esta línea y orientados al tratamiento, cada categoría plantea un tiempo máximo en el que el sujeto debe recibir atención médica para asegurar su supervivencia y que en términos generales establece tres plazos terapéuticos : aquéllos que deben ser atendidos en el acto, los que pueden sufrir una demora inferior a seis horas y los que deben ser atendidos en un plazo de 24 horas.

También clásicamente cada categoría se ha identificado con un color en su etiquetado asignando respectivamente los colores rojo, amarillo, verde y gris o negro para controlar los pacientes por criterios de prioridad decreciente.

### PRIMERA CATEGORÍA

Equivalencias: primera categoría, emergencia, extrema urgencia, etiqueta roja, prioridad uno.

Lesiones que deben ser asistidas en el lugar en el que son identificadas y sólo para resolver la lesión mortal de necesidad.

Los cuadros más representativos son:

1. Parada cardiorrespiratoria presenciada y reversible. Asfixia. Obstrucción mecánica, aguda de la vía aérea, herida maxilofacial que produce o puede producir asfixia, lesión penetrante de tórax, neumotórax a tensión.
2. Shock hipovolémico muy severo, hemorragia interna activa, heridas cardiopericárdicas, evisceración o herida visceral, aplastamiento muscular masivo, politraumatizado inestable, quemados con un porcentaje superior al 20%.
3. Envenenamiento por productos químicos. Complicaciones obstétricas activas, prolapso de cordón. Deterioro progresivo del nivel de respuesta o de constantes vitales.

### SEGUNDA CATEGORÍA

Equivalencias: segunda categoría, urgente, etiqueta amarilla, muy grave.

Lesiones que pueden demorar en seis horas su primera asistencia y permiten trasladar al lesionado hacia áreas de socorro y unidades quirúrgicas de urgencia vital.

Los cuadros más representativos son: Shock estabilizado. Fracturas o dislocaciones acompañadas de compromiso vascular.

1. Heridas viscerales, incluyendo perforación del tracto gastrointestinal, heridas del tracto genitourinario, heridas torácicas sin asfixia, heridas vasculares que exigen cirugía reparadora. Todas las lesiones que hayan exigido la aplicación de torniquete. Fracturas abiertas, abdomen agudo.
2. Pacientes en coma, traumatismos craneoencefálicos con focalidad, politraumatizados, heridas abiertas abdominales.
3. Dificultad respiratoria controlada.
4. Quemados con lesiones del 20%.

## TERCERA CATEGORÍA

Equivalencias: tercera categoría, no urgente, etiqueta verde, menos grave.

Víctimas cuya asistencia puede demorarse en plazos superiores a las seis horas sin riesgo de muerte para el individuo aunque puedan quedar con secuelas considerables desde el punto de vista funcional.

Los cuadros más representativos son:

1. Lesiones cerebrales que exijan descompresión.
2. Heridas musculares, polifracturados, contusiones torácicas, fracturas de huesos largos.
3. Lesionados menores que pueden ser atendidos incluso después de 24 horas en puestos asistenciales muy retrasados: fracturas de huesos cortos, luxaciones, heridas menores, heridas oculares, lesiones maxilofaciales sin cuadros psicológicos y patología médica en paciente previamente enfermo.

Prioridad 3 Leves de la clasificación OTAN

Genéricamente se repiten las lesiones referidas en puntos anteriores: fracturas de huesos cortos, luxaciones, heridas menores, cuadros psicológicos y patología médica en paciente previamente enfermo.

Víctimas que deben ser atendidas por criterios de funcionalidad lesional o psicológica, que no deben distraer recursos del área de catástrofe hasta que no se hayan asegurado otros niveles asistenciales.

## CUARTA CATEGORÍA

Equivalencias: cuarta categoría, etiqueta gris, fallecidos: "situación omega".

Víctimas sin ninguna posibilidad de sobrevivir, paradas cardiorrespiratorias no presenciadas. Traumas craneales con salida de masa encefálica, destrucciones multiorgánicas, etc.

En ellas no se debe efectuar ningún esfuerzo terapéutico.

Bibliografía:

Alvarez leiva, C., & Macias seda, J. (2015). Puesta al día en urgencias, emergencias y catastrofes [Ebook] (3rd ed., pp. 125-134). Retrieved 24 August 2020, from.