


ARFF-BOMBEROS	
TRIAGE EN EVENTOS MASIVOS Y MANEJO DE CADAVERES	

ANEXO 012 TRIAGE EN EVENTOS MASIVOS Y MANEJO DE CADAVERES.

1. TRIAGE EN EVENTOS MASIVOS.

TRIAGE o clasificación es el conjunto de procedimientos asistenciales que ejecutados sobre una víctima orientan sobre sus posibilidades de supervivencia inmediata, determinan las maniobras básicas previas a su evacuación y establecen la prelación en el transporte

Tradicionalmente se definen dos tipos de TRIAGE:

- Primer TRIAGE, realizado por personal no facultativo en el lugar del incidente, utilizando para ello alguno de los métodos indicados (START o MRCC). En dicha fase no debe ser necesario emplear nunca más de un minuto por víctimas.
- Segundo TRIAGE, realizado en el Área de Concentración de Víctimas, o en el Puesto de Evacuación, realizado por personal facultativo.

El TRIAGE no es una técnica. Es una necesidad determinada por:

- El número de víctimas
- Naturaleza de las lesiones
- Rendimiento de los recursos sanitarios
- Distancia a los Centros Asistenciales
- Esperanza asistencial

Se recuerda que durante la fase del primer TRIAGE, las únicas maniobras sanitarias a realizar son aquellas que permitan restablecer las condiciones vitales: desobstrucción de vía aérea y hemostasia en hemorragias severas. La resucitación cardiopulmonar se desaconseja salvo en el caso de parada presenciada y sólo cuando el número de víctimas lo permita.

1.1. PRINCIPIOS

Los diferentes tipos de clasificación están basados en la noción de plazos terapéuticos y amparados en los siguientes principios:

- La salvación de la vida tiene preferencia sobre la de un miembro y la conservación de la función sobre la corrección del defecto anatómico.
- Las principales amenazas para la vida están constituidas por la asfixia, la hemorragia y el shock.
- La clasificación debe conseguir identificar ante todo, aquellos pacientes críticos que necesitan reanimación inmediata, y separarlos de los demás; además de aquellos que no deberán recibir asistencia bien por ser leves y solo precisar autocuidados, o porque sufran lesiones objetivamente mortales.

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CLASIFICACIÓN

- a. Dinámica: sin solución de continuidad.
- b. Permanente: en toda la cadena asistencial, re-evaluando de manera continuada a cada víctima.
- c. Adaptada al número de pacientes, la distancia a los centros asistenciales, el número de medios de transporte y la capacidad asistencial de la zona.
- d. Rápida, para no retrasar la atención de las víctimas que esperan su turno. No debe retomarse una víctima ya clasificada y estabilizada demorando su evacuación.
 - 30 segundos para clasificar una víctima como muerta.
 - 1 minuto para clasificar una víctima como leves.
 - 1 a 5 Minuto para clasificar una víctima como grave o muy grave.
- e. Completa: ninguna víctima debe evacuarse antes de ser clasificada, con las excepciones de oscuridad, condiciones meteorológicas adversas, o existencia de riesgo potencial importante
- f. Precisa y segura, ya que todo error inicial puede ser fatal para una urgencia grave, pues no siempre es posible rectificar. Ante la duda de en qué categoría incluir a un paciente es recomendable hacerlo siempre en la categoría superior

1.3. ETIQUETADO

El proceso de etiquetado (la identificación del paciente mediante el uso de tarjetas) es un proceso asociado y necesario en el TRIAGE para asegurar un cuidado continuado. Existen varios tipos de *tarjeta de TRIAGE*, las más empleadas y conocidas son las de

colores que siguen un criterio cromático internacionalmente establecido. Las tarjetas deben ir atadas a la muñeca o tobillo del paciente, nunca a los vestidos o al calzado.

1.4. CLASIFICACIÓN

1.4.1. Pacientes de primera categoría

Sinónimos: prioridad uno, extrema urgencia, etiqueta roja.

Lesiones que deben ser asistidas en el lugar en el que se identifican y sólo para resolver la lesión mortal de necesidad:

- Paro cardiorrespiratorio presenciado y reversible, según disponibilidades (a menudo habrá que clasificar a estos pacientes con etiqueta negra).
- Asfixia, obstrucción mecánica, aguda de vía aérea, herida maxilofacial que produce o puede producir asfixia.
- Lesión penetrante de tórax.
- Hemorragia activa. Shock hipovolémico severo.
- Grandes quemados.

1.4.2. Pacientes de segunda categoría

Sinónimos: prioridad dos, urgentes, etiqueta amarilla

Lesiones cuya primera asistencia puede demorarse en unas horas y permite trasladar al lesionado hacia áreas de socorro y unidades quirúrgicas de urgencia vital:

- Heridas viscerales, incluyendo perforación del tracto gastrointestinal, genito-urinario.
- Heridas torácicas sin asfixia.
- Heridas vasculares que exigen cirugía reparadora. Todas las lesiones que hayan exigido el uso de torniquete.
- Pacientes en coma, TCE focalizados, trauma múltiple, Heridas abdominales abiertas.
- Dificultad respiratoria controlada.
- Quemados con extensión del 20%.

1.4.3. Pacientes de tercera categoría

Sinónimos: prioridad tres, no urgentes, etiqueta verde

- Víctimas cuya primera asistencia puede demorarse varias horas, sin riesgo de muerte.
- Heridas musculares, poli fracturados, contusiones, fracturas de huesos cortos.
- Lesionados menores que pueden ser asistidos incluso 24 horas después en unidades de Servicios Asistenciales Básicos.

1.4.4. Pacientes de cuarta categoría

Sinónimos: prioridad cero, muertos, etiqueta negra.

- Víctimas sin ninguna posibilidad de sobrevivir, paros cardiorrespiratorios no presenciados, TCE con salida de masa encefálica, destrucción multiorgánica, etc.

En estas víctimas no debe efectuarse ningún esfuerzo terapéutico.

Algunos manuales incluyen una quinta categoría: etiqueta azul, en la que se incluyen los pacientes con riesgo de muerte inmediato. En función de las características de la catástrofe, y de la disponibilidad de recursos, lo normal es que sean clasificados directamente con etiqueta negra.

1.5. PROTOCOLOS PARA PERSONAL NO FACULTATIVO

Solo se permiten 2 tratamientos durante el TRIAGE:

- Abrir vía aérea con cánulas orofaríngeas o de Mayo o con tracción mandibular.
- Cohibir hemorragias con vendajes o con compresión por otro personal distinto 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.

1.5.1. ¿Pueden andar?

a. Si el paciente entiende y es capaz de cumplir la orden entonces es verde, puede esperar y le ordenamos “siga a este socorrista y no se separe de él”.

b. Los verdes deben ser agrupados, apartados y supervisados por un médico por si se complican, y deberán ser evaluados nuevamente en cuanto esto sea posible.

La función del socorrista, 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 para realizar traslado de pacientes o ayudar a cohibir una hemorragia.

1.5.2. Evaluación de respiración

- Si son 0, se hace un intento por abrir la vía aérea (tracción mandibular).
- Si comienza la respiración el paciente es rojo, se le pone cánula orofaríngea o se deja en posición de seguridad (esto es nada ortodoxo, pero sí 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.
- 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.
- Si las ventilaciones son >30 es rojo. No se continúa la evaluación, ya está triado.
- Si son <30 pasamos al siguiente punto.

1.5.3. ¿Tiene pulso radial?

Recordemos: Aquí llegamos si no puede andar y tiene menos de 30 respiraciones por minuto evaluamos la perfusión.

- 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.

1.5.4. Evaluamos estado mental

Con dos preguntas simples; Por Ejemplo: ¿cómo se llama?, Tóquese la nariz.

- Si no responde o está confuso es rojo.
- Si responde es amarillo.

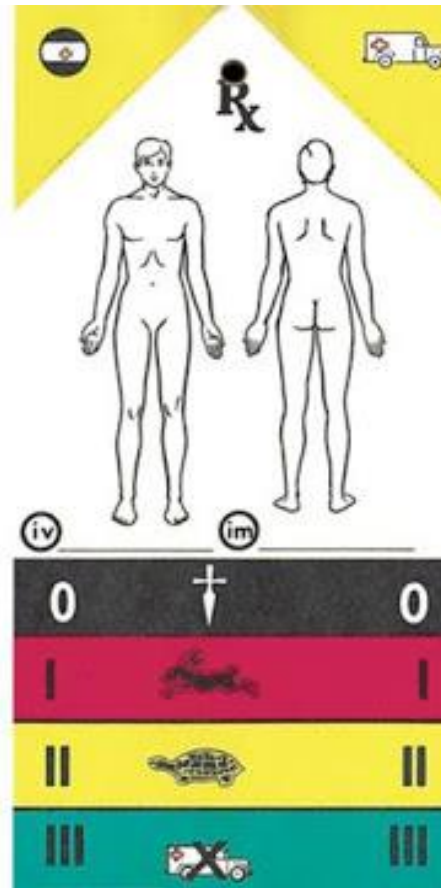
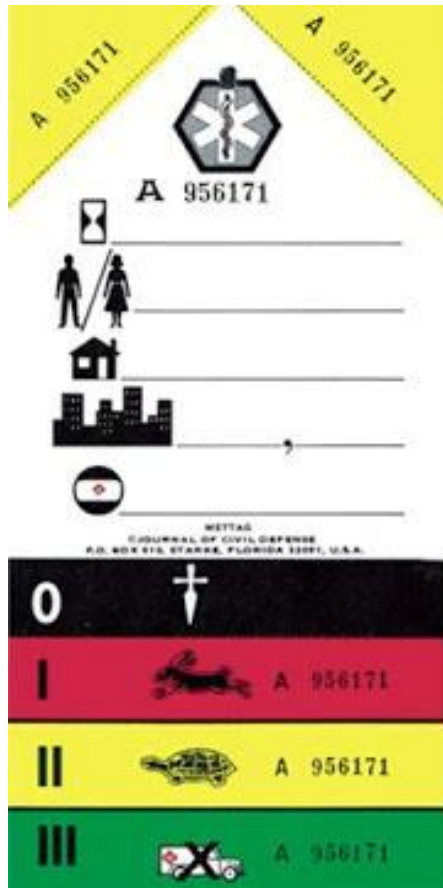
A cada paciente triado le ponemos su tarjeta y seguimos avanzando. No nos paramos en ninguno más que para efectuar las maniobras salvadoras. El movimiento entre los heridos debe ser fluido, continuo y ordenado.

START no tiene la categoría de moribundo. Estos son considerados Rojos, serán dados por moribundos tras valoración más detenida en el Área de Concentración de Víctimas. 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.

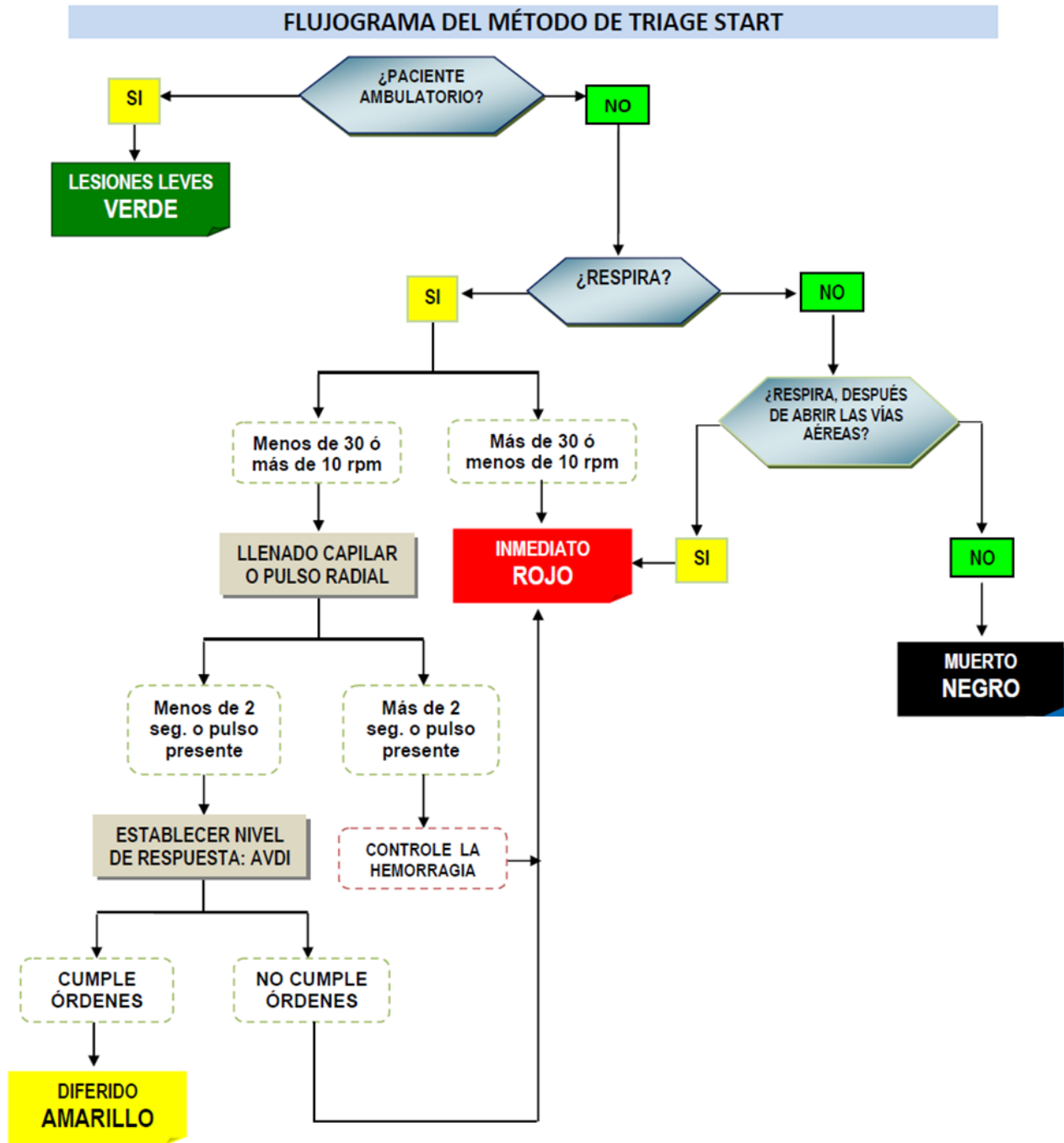
IMPORTANTE: El Método Rápido de Clasificación en Catástrofes (MRCC) es un método de clasificación rápida de heridos diseñado en 1997 para su uso en accidentes con múltiples víctimas por parte de personal no facultativo. El MRCC está destinado a la realización de una primera clasificación de los heridos (Primer TRIAGE). Se trata de una variante simplificada del método START. Las siglas MRCC se refieren tanto al nombre como al nemónico del procedimiento: Marcha, Respiración, Circulación y Conciencia.

1.6. TARJETA PARA IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMAS

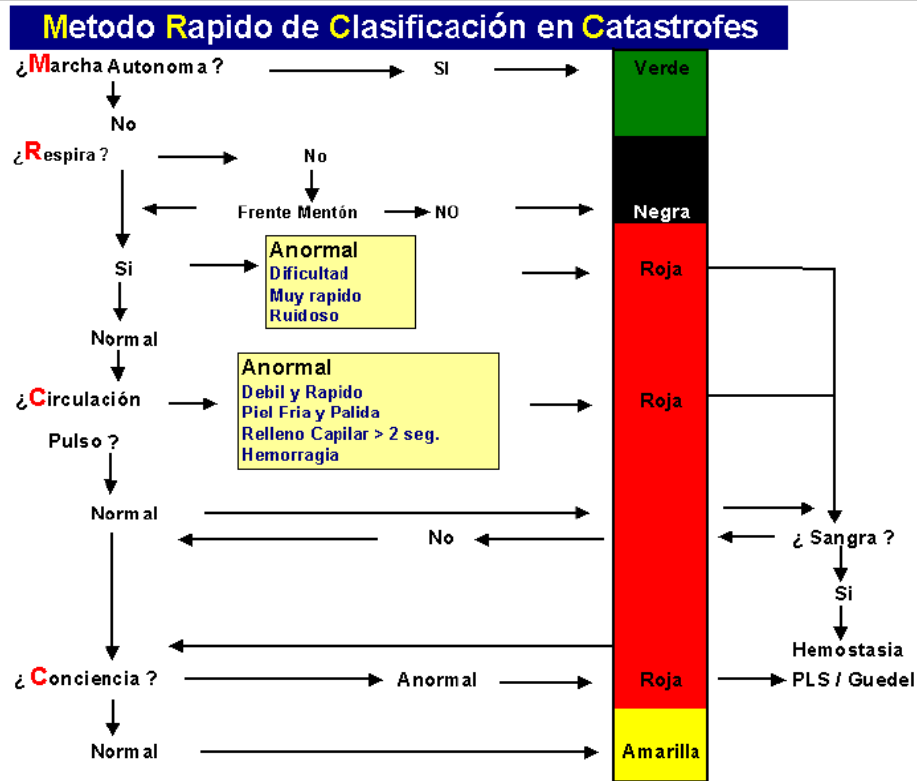
ANEXOS 012 TRIAGE EN EVENTOS MASIVOS Y MANEJO DE CADAVERES



1.7. DIAGRAMA PARA TRIAGE S.T.A.R.T.



1.8. MODELO DE CLASIFICACIÓN M.R.C.C.



2. MANEJO DE CADAVERES.

2.1. GENERALIDADES

El presente anexo se basa en las informaciones y documentos aportados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Esta información se basa en lo realizado en los ejercicios de simulación recientes.

2.2. JUSTIFICACIÓN

El Aeropuerto El Dorado de la ciudad de Bogotá, D.C., es un aeropuerto de carácter internacional, manteniendo operaciones aéreas las 24 horas del día, la mayoría de las aeronaves tienen la capacidad de transporte de más de 100 personas, entre pasajeros y tripulación. En caso de un desastre aéreo (sin importar la causa del mismo), las posibilidades de víctimas fatales son altas y requieren el apoyo inmediato de todos los establecimientos públicos y privados que deben intervenir en una atención de este tipo.

En el caso del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML-CF), el tipo de desastre debe ser atendido por la Fiscalía, cuya sede es la ciudad de Bogotá, D.C. y que se encuentra ubicada a solo 15 minutos por vía pavimentada.

Si se considera que la capacidad de atención de víctimas fatales del INML-CF en Bogotá, D.C., es limitada a un máximo de 20 cuerpos, un desastre aéreo deberá manejarse como una situación emergencia y requiere de toda la logística posible para un buen resultado del evento.

2.3. OBJETIVOS

- Ofrecer una atención oportuna e idónea a las víctimas fatales en un desastre aéreo
- Atender en forma ética y humana a los dolientes de las mismas
- Realizar en forma ágil el procedimiento de identificación fehaciente de los cuerpos de víctimas fatales
- Contribuir a la pronta entrega de los cuerpos y devolver el estado de normalidad institucional

2.4. INFRAESTRUCTURA.

Para un objetivo idóneo se requiere la consecución de instalaciones cercanas a la zona de impacto, que garanticen una pronta y efectiva respuesta en el manejo de los cadáveres en la escena y su disposición final (reconocimiento por parte de los familiares, entrega de cuerpos, etc.)

2.4.1. Morgue alterna

Se propone que la misma sea ubicada en un hangar ubicado dentro del aeropuerto el cual cuente con las siguientes características:

- Es independiente
- Acceso al mismo restringido
- Cuenta con comodidad de agua y luz, sitio para teléfono
- Espacio amplio (atención de cerca de 200 cuerpos)
- Comunicación por carretera pavimentada
- Techo cubierto
- Buena iluminación
- Buen aire

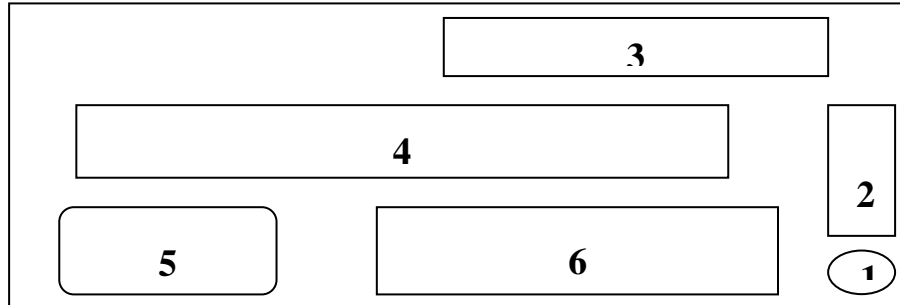
Para la adecuación del mismo, es favorable altamente la consecución e instalación de los siguientes elementos:

- Una tela plástica (reata), para cubrir la reja
- 5 escritorios
- 20 sillas plásticas
- 3 mesas metálicas fijas
- Apoyo logístico de seguridad o personal externo para el control de acceso a la morgue
- Elementos para comunicación interna

2.4.1.1. Diagrama de trabajo

- 1 Ingreso y salida de la morgue
- 2 Área para policía judicial
- 3 Área para oficina INML-CF

- 4 Ubicación cuerpos
- 5 Área de necropsia
- 6 Cuerpos listos para entrega – área de reconocimiento



2.4.2. Oficina para atención al público

Se propone sea ubicada una oficina en una zona donde no se afecten las operaciones de seguridad propias del aeródromo, con el fin de que allí lleguen los familiares para las siguientes funciones:

- a. Registro e información de personas desaparecidas
- b. Entrega de características externas de las mismas
- c. Entrega de fotos y cartas dentales para identificación
- d. Desplazamiento de familiares desde este sitio hasta la morgue alterna para la identificación fehaciente y entrega del cuerpo

Posterior a las 24 horas del accidente, se propone el traslado de las víctimas a carros refrigerantes, los cuales se deberán dejar en el INML-CF para allí continuar las labores propias de identificación. No se considera procedente dejar la morgue alterna abierta por más de 24 horas, por el riesgo de descomposición rápida por el calor del ambiente.