

MEDICINA DE DESASTRES
ATENCION MASIVA DE LESIONADOS
Y MANEJO DEL CONCEPTO TRIAJE

Dr. Juan Círcori

TRIAJE

Definición

Triaje se pronuncia (Trier), palabra francesa que significa clasificar, fue utilizada por primera vez por los Franceses en sus campos de batalla para clasificar y seleccionar sus heridos. Estableciendo en esta forma su prioridad en la atención y posterior traslado, lo que permitió salvar un mayor número de vidas, posteriormente fue utilizado en Corea, Vietnam con igual resultado.

En medicina es utilizada para referirse a la clasificación de accidentes en los cuales se encuentra involucrado un número mayor de víctimas y establecer el orden de prioridades entre el tratamiento y evacuación de lesionados, aun cuando en general el triaje puede ser aplicado a situaciones en las cuales existen desastres mayores.

La palabra triaje también puede referirse a la evaluación de un solo paciente con múltiples lesiones, con el propósito de decidir cual de sus lesionados debería ser tratadas primeramente.

¿Dónde, quién, cómo y con qué se realiza el Triaje?

Triaje Primario: Se debe realizar en el mismo lugar del accidente o desastre y esta bajo la responsabilidad del personal de bomberos y rescate. El objetivo que persigue es controlar las vías respiratorias, detener hemorragias y aplicar medidas de reanimación Cardio-Pulmonar, utilizando equipos básicos de Primeros Auxilios y tarjetas de triajes.

Triaje Secundario: Se debe realizar en un lugar amplio, fuera de peligro y cercano al area del siniestro, con acceso fácil para las ambulancias, debe ser realizado por médicos y personal para-médico especializado. El objetivo que persigue es evaluar prioridades, aplicar tratamiento Pre-Hospitalario, estabilización de lesionados, establecer la magnitud del problema y solicitar ayuda. Utilizando equipos avanzados para la atención de pacientes y sistemas de comunicación.

Triaje Terciario: Se realiza a nivel hospitalario en la sala de emergencia.

Principios del Triage

Aunque uno este tratando con un paciente que tiene múltiples lesiones o un gran número de personas heridas, los principios fundamentales del triaje son los mismos.

- El salvar vidas tiene prioridad sobre salvar miembros.
- Las dos amenazas inmediatas a la vida son las asfixias y las hemorragias.

Estos dos principios guían todo el trabajo con pacientes heridos de gravedad y dictan las prioridades de tratamiento para cada caso. preguntamos: ¿Puede esta herida esperar?, la respuesta estará basada sobre los principios especificados anteriormente.

Triage de un Paciente con Múltiples Heridas

El triaje de un paciente con lesiones múltiples comienza con una evaluación primaria, revisando vías respiratorias, respiración y circulación, revisemos por un momento lo que esto implica para una víctima de trauma.

Vías Respiratorias

Las vías respiratorias toman las primeras consideraciones en una víctima de trauma, ya que las vías respiratorias pueden estar amenazadas de varias formas. Si el paciente está inconsciente hay que considerar el problema usual de obstrucción de las vías respiratorias por las base de la lengua. Pero la solución común de inclinar la cabeza hacia atrás no será suficiente, partiendo del principio "TODO PACIENTE CON LESIONES SEVERAS PRODUCTO DE UN ACCIDENTE, TIENE LESION DE LA COLUMNA VERTEBRAL HASTA QUE SE PRUEBE LO CONTRARIO". Así que tenemos que modificar nuestro acercamiento y tratar de abrir las vías respiratorias bajando el maxilar inferior, evitando cualquier movimiento de la cabeza o cuello. Aparte de la lengua, otros cuerpos extraños tales como sangre, vómitos, dientes sueltos o dentaduras postizas rotas, pueden estar obstruyendo las vías respiratorias del paciente traumatizado. Todos los objetos extraños deben ser retirados de manera manual o utilizando el succionador.

Una vez que la columna este inmovilizada, el paciente deberá mantenerse volteado de medio lado (Posición de Seguridad) para que cualquier objeto extraño drene libremente fuera de la boca.

Traumatismo Maxilo-Faciales que produzcan fracturas en los maxilares, pueden traer problemas al tratar de abrir las vías respiratorias, si no puede abrirse la boca para succionar y hay objetos extraños en las vías aéreas el paciente debe ser trasladado de inmediato, igualmente el traumatismo directo al cuello que causa desplazamiento de la traquea nos enfrenta a una emergencia extrema de las vías respiratorias, lo cual no puede ser tratado debidamente en la calle, en tales casos el paciente deberá ser trasladado rápidamente al hospital donde se le aplicará el tratamiento adecuado.

Asegurando las Vías Respiratorias de un Paciente Traumatizado.

1. Abra las vías respiratorias bajando el maxilar, evitando mover la cabeza o el cuello.
2. Extraiga todos los objetos extraños de las vías respiratorias manualmente o por succión. Este preparado por sí el paciente vomita.
3. Mantenga al paciente de lado (posición de Seguridad) para que las secreciones y otros cuerpos extraños drenen libremente por la boca.
4. Fracturas Maxilo-Faciales y traumatismos a nivel de traquea son EMERGENCIAS EXTREMAS, traslade al paciente al hospital mas cercano sin demora.

Respiración

Una vez que estén controladas las vías respiratorias, nuestro próximo punto de atención es asegurar que el paciente este respirando adecuadamente. Demás está decir que si el paciente no esta respirando, la respiración artificial debe comenzar de inmediato y suministrar tan pronto como sea posible altas concentraciones de oxígeno. Aunque el paciente está haciendo esfuerzos respiratorios, hay un número de lesiones que pueden obstaculizar la efectividad de la respiración. Hemos visto, por ejemplo como heridas de tórax no permiten la expansión adecuada de los pulmones. Por lo tanto, las heridas abiertas del tórax deben cubrirse sin demora, si hay señales de neumotorax a tensión el paciente deberá ser trasladado lo antes posible a un centro hospitalario, el tórax inestable puede ser notado durante la evaluación primaria del paciente aunque su estabilización puede esperar hasta que lo más urgente sea

atendido. Finalmente con todo paciente gravemente lesionado debe suponerse que debe tener una insuficiencia respiratoria y por lo tanto debe administrarse oxígeno aunque las heridas sean primarias a la cabeza, tórax, abdomen, extremidades o cualquier combinación.

Asegurando la Respiración al Paciente Traumatizado

1. En caso de paro respiratorio, inicie la respiración artificial de inmediato.
2. Cubra toda herida de tórax.
3. Para el neumotórax a tensión, traslade al paciente al hospital sin demora.
4. Al notar la presencia de tórax inestable, estabilice posteriormente.
5. Todo paciente gravemente herido necesita oxígeno.

Circulación

Una circulación apropiada necesita tres componentes intactos: una bomba (el corazón) una tubería (arterias y venas), capaces de colapsarse en respuesta a los cambios de volúmenes y un volumen adecuado (sangre) para llenar todas las tuberías.

Claramente que todos o cualquiera de esos componentes pueden dañarse en el trauma. La bomba puede fallar e impedir su funcionamiento debido a sangre acumulada en el saco pericárdico (taponamiento cardíaco) es en efecto, una forma de shock cardiogénico y es una emergencia que requiere, transporte inmediato al hospital. Otro factor que puede impedir que el corazón bombee adecuadamente es el embolismo de aire, que puede resultar de una herida abierta en el cuello. Tales heridas deben cubrirse con un vendaje oclusivo, los vasos sanguíneos pueden estar afectados directa o indirectamente por el trauma. Las arterias por ejemplo pueden ser incapaces de colapsarse por daños a la columna vertebral es decir que se puede presentar un shock neurogénico para lo cual la restauración de la circulación necesitará líquidos intravenosos y muy a menudo el pantalón anti-shock. Finalmente el volumen puede perderse por una hemorragia debido a una herida cerrada o abierta y en forma

de plasma a continuación de una quemadura, en cualquier caso puede dar como resultado el shock hipovolemico y debe ser tratado con el pantalón anti-shock y líquidos intravenoso.

Como regla general, cuando hay heridas serias en el tórax, abdomen, pelvis o ingle, el shock es muy posible y el técnico en emergencias médicas no debe esperar que los signos del shock se desarrollen para iniciar el tratamiento. Los líquidos intravenosos deben comenzarse cuanto antes.

Asegurando la Circulación en un Paciente Traumatizado

1. Si no hay pulso inicie la compresión cardiaca externa.
2. Controle el sangramiento con presión directa sobre la herida.
3. Anticipe el tratamiento de shock en un paciente gravemente herido e inicie la hidratación por vía endovenosa.
4. En el shock neurogénico o hipovolemico utilice el pantalón anti-shock.
5. En el taponamiento cardiaco, traslade rápidamente al paciente al hospital más cercano.
6. Cubra las heridas en el cuello lo antes posible.

Evaluación Secundaria del Paciente Gravemente Herido

Una vez realizada la evaluación primaria y habiendo detectado las situaciones que amenazaban la vida del paciente, ahora podemos prestarle atención a otras lesiones graves, que deben primero ser identificadas con una evaluación total desde la cabeza hasta los pies. Recuerde nuestro primer principio en el triaje: "EL SALVAR LA VIDA TIENE PRIORIDAD SOBRE EL SALVAR EXTREMIDADES".

Lo que esto significa es que a veces no podemos estabilizar al paciente como quisiéramos antes de moverlo. Un paciente con una lesión en la columna en un carro incendiado debe sacarse tan pronto como sea posible aun con el riesgo de agravar su lesión. Un paciente con un taponamiento cardiaco debe ser trasladado con la mayor rapidez posible al hospital,

aunque las fracturas no hayan sido inmovilizadas, la más alta prioridad es mantener al paciente con vida, todo lo demás es secundario.

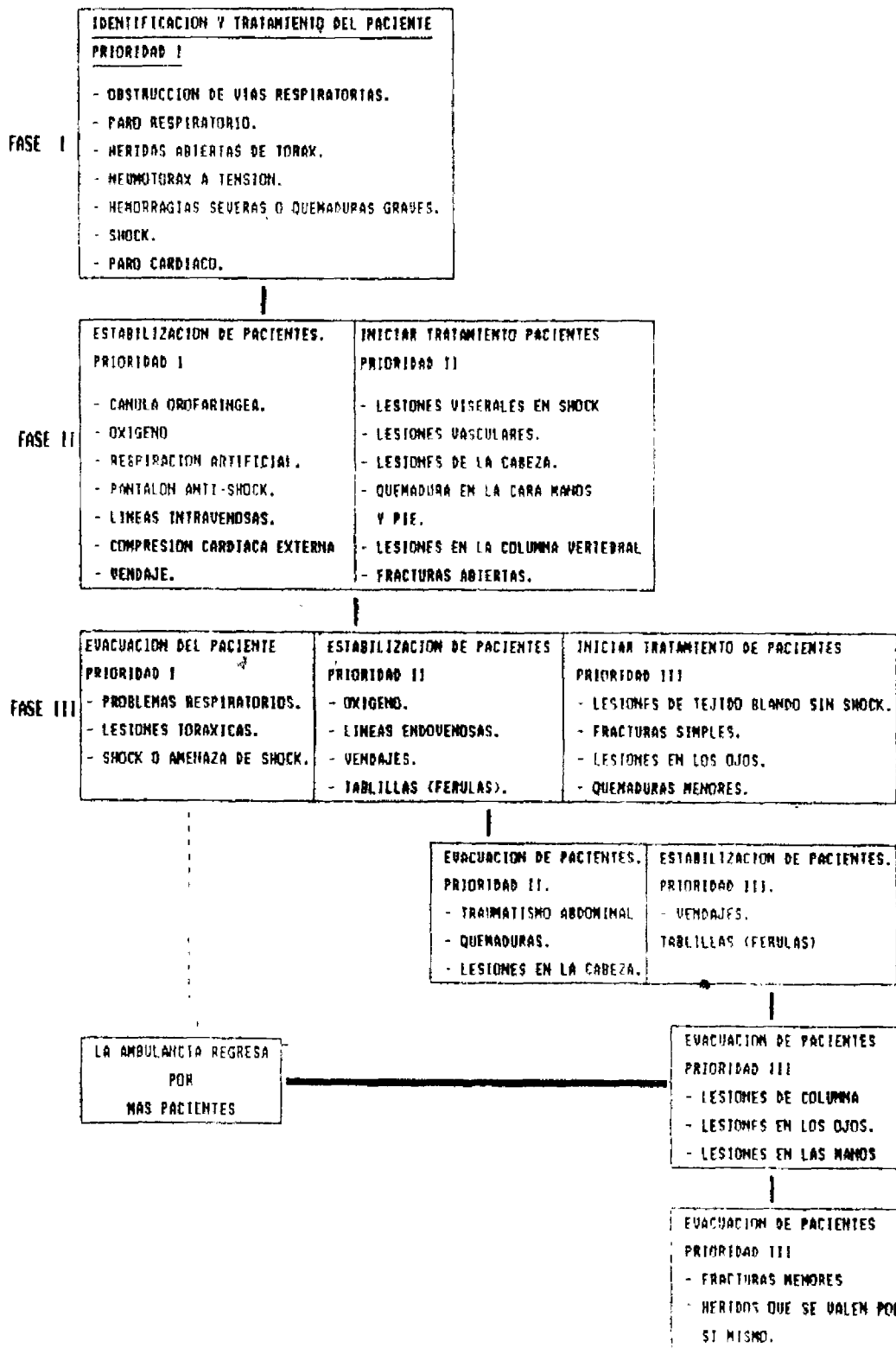
Incidentes con Múltiples Heridas

El accidente o desastre que involucra a varios heridos, representa para el Técnico en emergencia médica, la situación más difícil que pueda enfrentar, no solo un incidente de múltiples heridos requerirá que el Técnico de Emergencias Médicas despliegue mucha habilidad de juicio y cuidado de emergencia, sino también demanda que estas habilidades sean desplegadas bajo condiciones muy difíciles que pueden involucrar peligro a la seguridad personal, múltiples en pánico y confusión general. El saber como mantener una vía respiratoria o aplicar una tracción no es suficiente cuando se maneja un incidente múltiple.

Uno debe saber a quien atender primero y quien dejar para después; como tratar a los curiosos histéricos; como coordinar nuestro esfuerzo con los de otros miembros del equipo de rescate, y más aun como mantener el auto-control. El mejor de los técnicos de emergencia puede descontrolarse en un equipo cuando se encuentra con una docena o mas heridos graves o mutilados en un accidente mayor, a menos que el técnico haya practicado una y otra vez las acciones que se muestran a continuación.

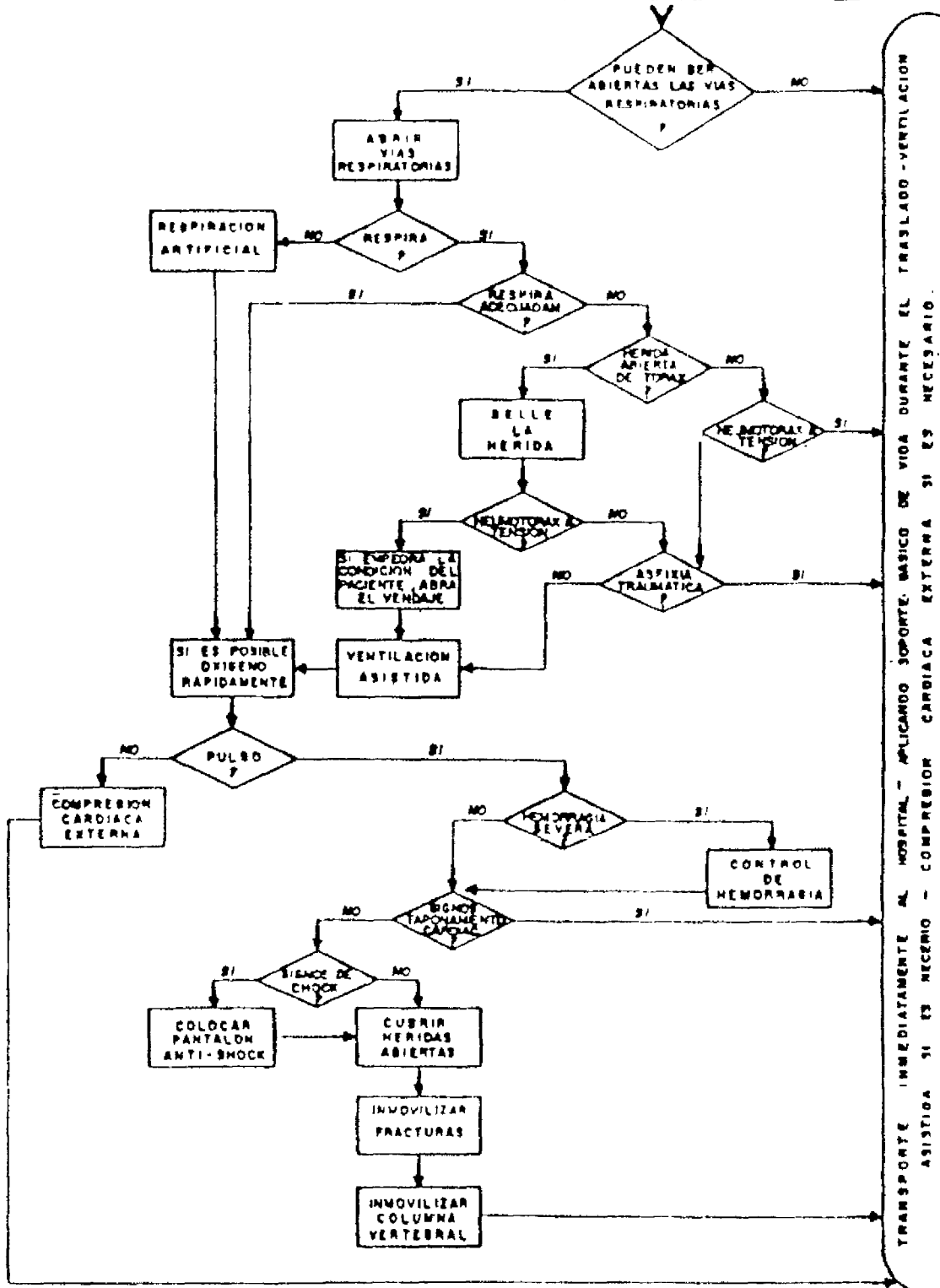


FASES DEL TRIAJE Y EVACUACION





PRIORIDADES EN EL PACIENTE CON LESIONES MÚLTIPLES



La respuesta en un incidente múltiple involucra varias fases distintas:

1. recibiendo la llamada de auxilio
2. Llegando al sitio
3. Establecer un área de triaje
4. Selección y tratamiento de heridos
5. Tratamiento secundario
6. Evacuación de heridos

Recepción de la Llamada de Auxilio

La primera fase del triaje se inicia en el momento que el receptor recibe la llamada de emergencia.

Información Requerida del Que Llama

1. El sitio exacto donde ocurrió el accidente o desastre.
 - a. Dirección exacta
 - b. Número de teléfono del que efectúa la llamada
2. En caso de ser un accidente de tránsito, anotar el número de vehículos involucrados:
 - a. Si son camiones, que transportaban cargamento peligros.
 - b. Hay autobuses involucrados en el accidente?.
 - c. En qué condiciones están los vehículos? ¿hay alguno incendiado?
3. Anotar el número de víctimas
4. Existen peligros en el sitio del accidente?
 - a. Fuego
 - b. Líneas eléctricas caídas
 - c. Vehículos cargados con material peligroso
 - d. Peligros de tráfico de vehículos
 - e. Vehículos en posición crítica o inestable
 - f. Escombros

Llegando al Sitio

Al llegar al sitio el técnico en emergencia debe tomar varias decisiones rápidamente aún antes de que la ambulancia se detenga. La primera de estas decisiones es tomada instantaneamente, siendo esta: **DONDE ESTACIONAR LA AMBULANCIA.**

La posición tendrá que alterarse posteriormente, cuando se halla organizado el área de operaciones, pero al seleccionar la posición inicial para el vehículo el conductor deberá tomar en consideración los siguientes principios:

1. La ambulancia deberá colocarse en un lugar seguro fuera de la carrera y alejada del tráfico automotor.
2. Si la ambulancia está de frente al tráfico, las luces deberán apagarse aunque las luces de emergencia deberán mantenerse encendidas para alertar en esta forma del peligro existente al resto de conductores.
3. La ambulancia deberá estacionarse lejos de cualquier cable de electricidad caído y por lo menos de 30 a 40 mts. de cualquier vehículo en llamas. En caso de fuego de combustible en la vía la unidad deberá situarse en subida, contraria a la fuga.
4. La ambulancia deberá estacionarse contra el viento en accidentes que involucren sustancias químicas peligrosas.
5. La ambulancia no deberá estar estacionada a una distancia menor de 700 a 1.000 mts. en todos aquellos accidentes en los cuales estén involucrados materiales explosivos.

La segunda decisión que se debe tomar al llegar al lugar del accidente requiere que el técnico en emergencia determine si hay peligros en el área del desastre para el personal de rescate. Una situación donde hay varios heridos, es a menudo una situación en la cual estos se encuentran expuestos a una serie de peligros, fuego, cables eléctricos caídos, sustancias químicas peligrosas. Todos estos peligros deberán ser controlados antes de prestarle atención a los heridos.

La evolución rápida en el sitio deberá permitir un estimado preliminar de la cantidad adicional de ayuda que será necesaria. Siempre y cuando sea posible un método deberá estar en el área del desastre para coordinar las actividades de triaje y representar la autoridad médica. Desde ese punto de vista, varias actividades pueden ejecutarse simultáneamente.

1. Establecer el área de triaje.
2. Reconocimiento inicial de los heridos.
3. Tratamiento inmediato de todas aquellas condiciones que pongan en peligro la vida del paciente.
4. El personal de la ambulancia tendrá que dividirse las tareas hasta que llegue mas ayuda, supongamos que el equipo esta compuesto por tres personas, un miembro del equipo comenzará de inmediato a establecer el área de triaje.

Establecimiento de área del Triage

El área de triaje deberá ser el sitio de concentración de todos los heridos al ser evacuados del sitio del accidente, debe ser un área amplia, bien iluminada y a una distancia segura de los peligros existentes en el área y organizados de manera tal que el coordinador de triaje pueda observar toda el área a primera vista, mas aún, el área de triaje estará ubicada en el sitio entre la zona de evacuación y los vehículos estacionados, permitiendo al coordinador. la evacuación correcta de heridos.

En el área de triaje todo el equipo necesario debe ser ordenado para que este inmediatamente a la vista y fácilmente accesible, a medida que llegan mas ambulancias, se le deberá indicar al personal de la unidad descargar sus equipos en el área de triaje.

Entre cada camilla se debe colocar un centro de equipos que contenga lo siguiente:

Equipo en cada Centro de Camillas:

- a. Oxígeno
- b. Aspirador portátil (Succionador)
- c. Resucitador manual (Bolsa de Rubens)
- d. Cánula orofaríngeas
- e. Vendas y gasas
- f. Equipos para infusión intravenosa
- g. Tensiometro y estetoscopio

Tan pronto como haya suficiente personal, debe colocarse a una persona responsable por el equipo en el área de triaje (coordinador de logística asegurandose que cada centro de camillas se encuentre siempre dotado apropiadamente de equipos.

Contenido de la Caja de Triage

El equipo mínimo que debe contener una unidad para situaciones de desastre es el siguiente:

- 10 vendas elásticas
- 20 gasas estériles 4 x 4 cms
- 15 vendas triangulares
- 1 rollo de papel de aluminio estéril
- 2 sábanas estériles
- 2 gasas vaselinas
- 4 cánulas orofaríngeas (2 adultos y dos niños)

- 1 tijera
- 12 Alfileres de seguridad
- 8 Equipos para administración de líquidos intravenosas (equipo de suero).
- 4 Catéteres intravenosas de varias medidas
- 1 Frasco de povidine solución
- 10 Sobres de alcohol preparado (toallitas)
- 2 Torniquetes
- 1 rollo de adhesivo
- 4 Frascos de 500 cc. de ringer
- 4 Frascos de suero fisiológico de 500 cc.
- 4 Banderines de triaje

Selección de Heridos

Mientras un técnico de emergencia esta organizando el área de triaje los otros dos inician el proceso de selección de los heridos. El objetivo es lograr la mejor atención para el mayor número de heridos, por esta razón las decisiones involucradas muchas veces serán difíciles los heridos con lesiones obviamente mortales, deberán dejarse y esto v muchas veces en contra de la mayoría de los profesionales de la salud quienes están acostumbrados a dar sus mejores esfuerzos en pro del salvamento de cada herido. Pero cuando hay muchos heridos, se debe proceder con una filosofía diferente, porque si varios técnicos de emergencias se entretienen tratando de salvar un herido sin esperanzas, otros heridos que hubiesen podido sobrevivir con intervenciones simples tales como abrir las vías respiratorias o controlando una hemorragia, pueden morir sin necesidad. Las decisiones de triaje involucran decisiones muy sofisticadas, idealmente estas decisiones deben ser tomadas por un cirujano jefe, pero hasta que esa persona llegue, el coordinador de triaje debe comenzar la selección de pacientes. El triaje es conducido en varias tandas, el coordinador de triaje simplemente identifica a aquellos pacientes que necesitan atención inmediata de acuerdo al orden de prioridades (vías respiratorias, respiración y circulación).

Pacientes Prioridad Uno (etiqueta Roja)

- 1. Pacientes en peligro de asfixias
 - a. Vías respiratorias obstruidas
 - b. Paro respiratorio (apnea)
 - c. Heridas tórax
 - d. Neumotórax a tensión
 - e. Asfixia traumática (hundimiento de tórax)
 - f. Heridas maxilofaciales severas

2. Pacientes con shock o amenaza de shock

- a. Hemorragias severas internas o externas
- b. Quemaduras con extensión mayor al 20% de la superficie corporal.

3. Personal que actúa en el rescate (bomberos o personal de auxilio médico).

El coordinador de triaje no debe dejar de atender a ningún paciente, sino moverse de un lugar a otro asignando a otros técnicos de emergencias pacientes con heridas de primera prioridad. Esto se simplifica grandemente si el coordinador de triaje esta provisto de tarjetas de triaje, una roja adherida al herido significa que necesita tratamiento de inmediato, amarillo indica urgente (pueden esperar algo mas para su tratamiento y evacuación), verde no urgente (heridas menores que generalmente pueden valerse por si mismo), negra significa muerto o con heridas obviamente mortales.

La tarjeta debe ser de colores brillantes y suficientemente grande para ser visibles a distancia, para que el personal de rescate al llegar al sitio puedan proceder a atender pacientes con alta prioridad las tarjetas deben ser lo mas duraderas posibles, capaces de aguantar lluvia, o sucio deben ser colocadas con un mecatillo a la muñeca del paciente o ropa, en rondas sucesivas el encargado de triaje identifica a los pacientes con prioridad dos y prioridad tres y les coloca la etiqueta con su respectiva prioridad.

Pacientes Prioridad Dos (Etiqueta Amarilla)

- a. Heridas abdominales (sin shock)
- b. Heridas vasculares (todas aquellas heridas que necesitan torniquetes).
- c. Heridas en la cabeza con nivel de consciencia disminuida
- d. Quemaduras con extensión menor al 20% de la superficie corporal (en áreas criticas como la cara, manos, pies y genitales).
- e. Lesiones de la columna vertebral y cerebro
- f. Fracturas abiertas

Pacientes Prioridad Tres (Etiqueta Verde)

- a. Heridas de tejido blanco (sin shock)
- b. Heridas musculo-esqueleticas (sin shock y sin perdida de pulso en la extremidades.
- c. Heridas de los ojos y faciales (con respiración normal)

d. Quemaduras localizadas en otro sitio del cuerpo con extensión menor al 20%.

Evaluación de Heridas

Mientras que el encargado de triaje procede a realizar su trabajo el resto del personal deberá atender los pacientes con etiquetas rojas antes de que se encarguen de atender aquellos con etiquetas amarillas quienes a su vez deberán ser atendidos antes de aquellos con etiquetas verdes.

Antes de finalizar su primera o segunda ronda de triajes el encargado debe estar en capacidad de determinar que cantidad de ayuda adicional va a necesitar y pasar esta información por radio.

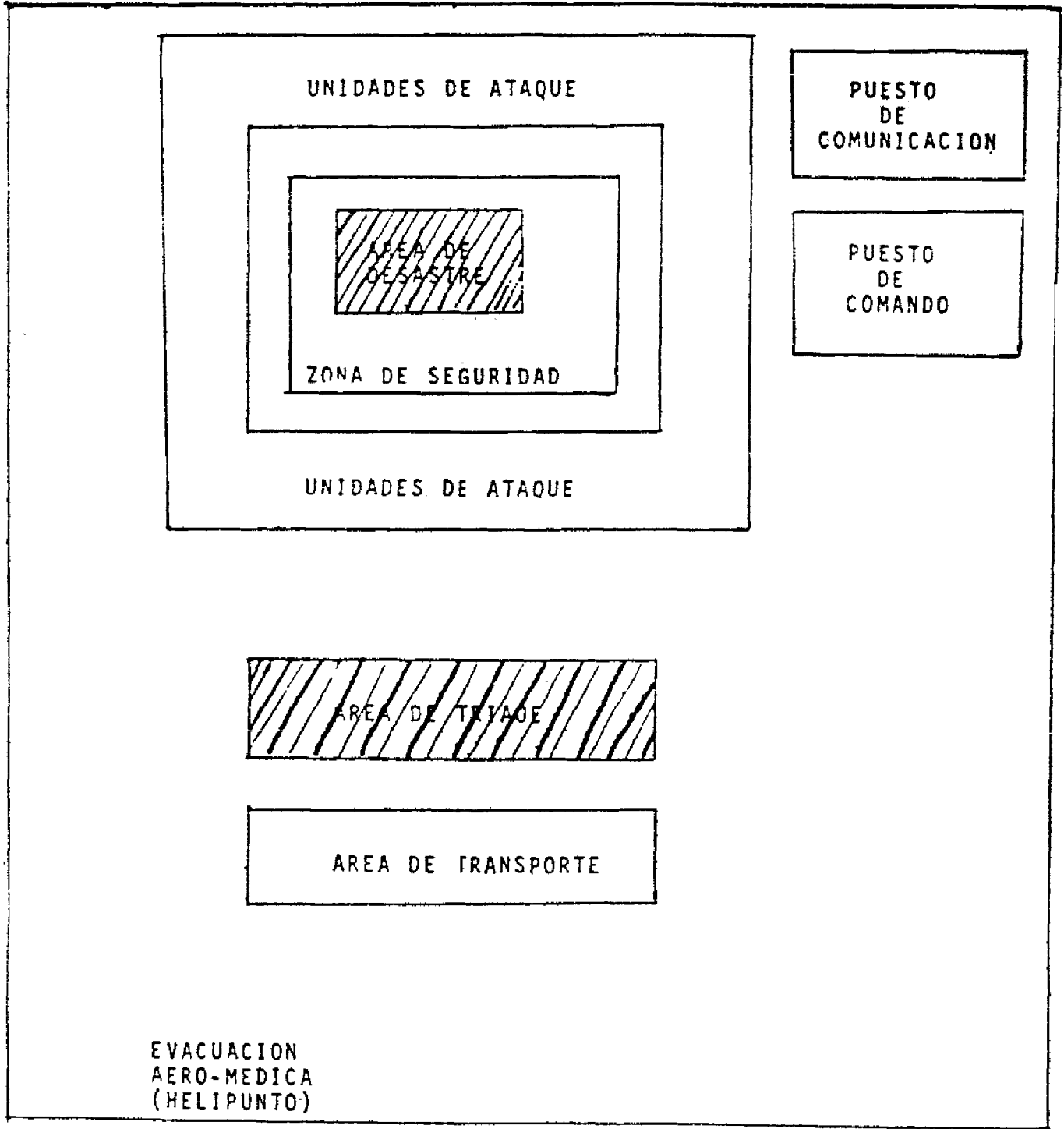
Los muertos y heridos con lesiones obviamente mortales deben ser clasificados, cubiertos con una sábana y sacados del área de triaje, por ejemplo: un paciente que ha sido decapitado o con pérdidas de la masa encefálica.

Tan pronto como sea posible, todos los heridos deben ser centralizados en el área de triaje. Cuando los heridos deben ser movilizadas del área, estos debe hacerse de acuerdo a la severidad de sus heridas; aquellos en malas condiciones, en primer lugar. Esto normalmente en la práctica no se cumple, y el triaje normalmente comienza en el momento mismo que son traídos al área de triaje secundario.

Lógicamente las prioridades de evacuación dependerán de la cantidad de ambulancias disponibles en el sitio. Si el número de ambulancias iguala o excede el número de víctimas no hay problemas, y el principio de evacuación es sencillo, aquellos que son estabilizados primero son evacuados de primero. Sin embargo, si hay mas heridos que ambulancias la prioridad de evacuación debe ser dada a aquellos pacientes que están críticamente heridos.

DIAGRAMA ESQUEMATICO DE ATENCION
A UN DESASTRE GENERAL

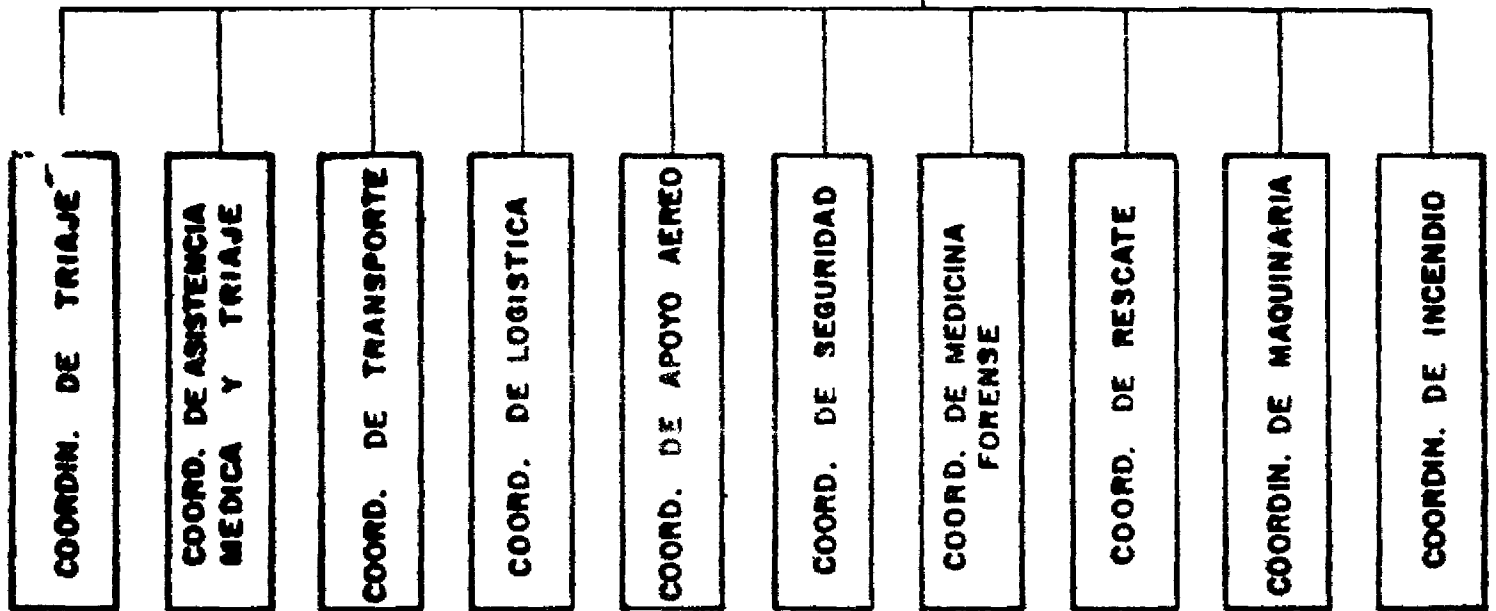
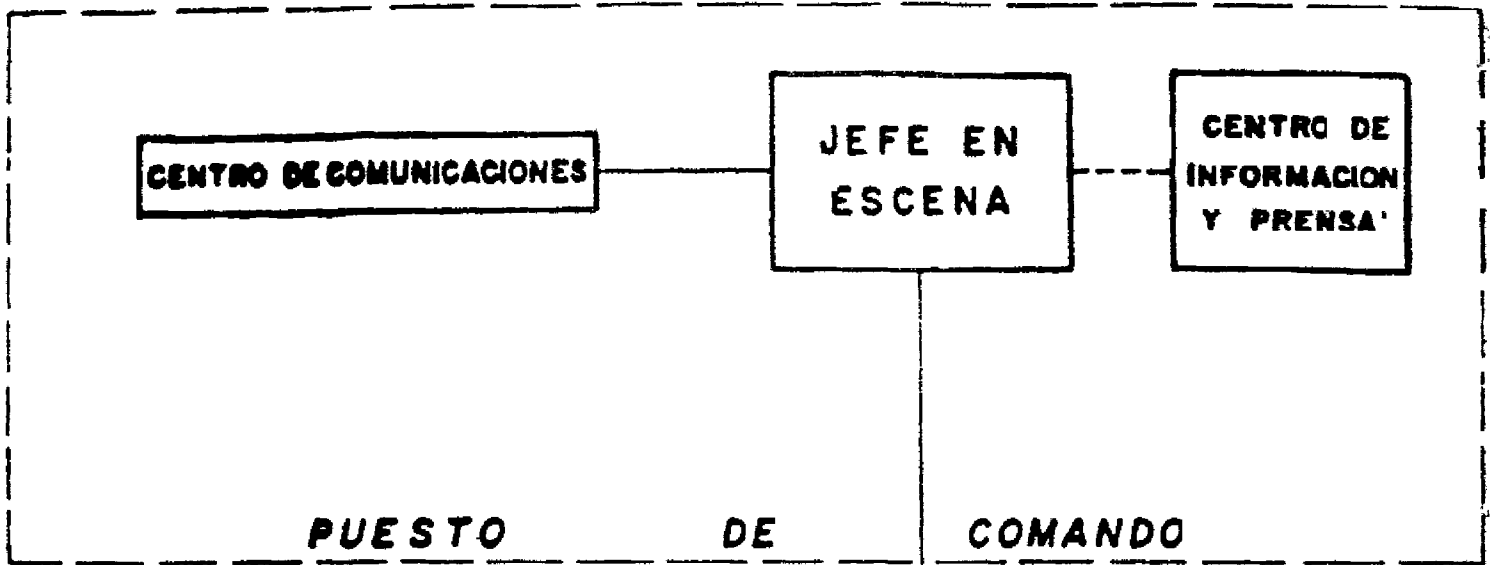
CORDON DE SEGURIDAD



CORDON DE SEGURIDAD

INFORMACION PUBLICA

UNIDADES DE APOYO
EN ESPERA



FRENTE



FECHA: Día, Mes, Año del Accidente.

Fecha / /



HORA: De llegada al sitio del accidente.

DATOS DEL LESIONADO:

SEXO: Del lesionado.



Sexo

DIRECCION: Del lesionado.



Dirección

LOCALIDAD: Del lesionado.

Localidad

OBSERVACION: Nombre de la institución, y del rescata-
lista.



Observaciones

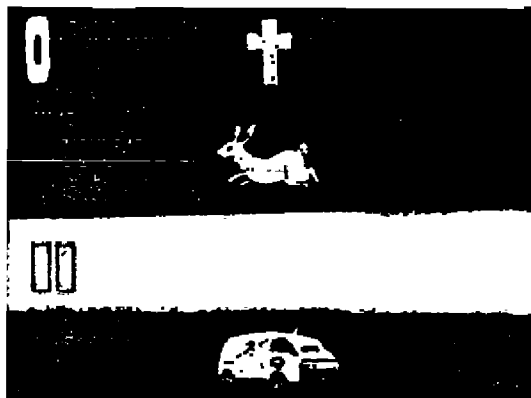
ZONA DE PRIORIDADES:

FRANJA NEGRA: Fallecido.

FRANJA ROJA: Requiere de atención médica y traslado inmediato.

FRANJA AMARILLA: No requiere de atención ni traslado inmediato.

FRANJA VERDE: Solo requiere de atención medica de menor importancia (no requiere traslado).



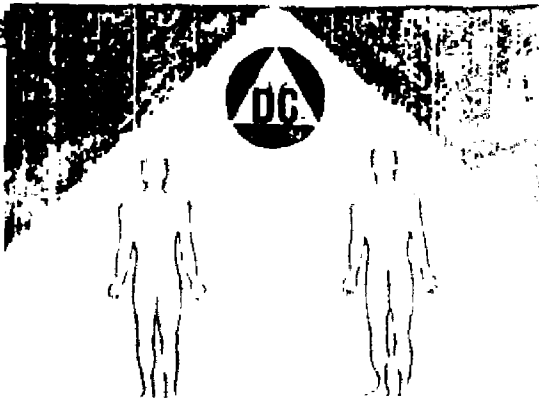
NOTA: Las franjas de prioridades están ubicados en la tarjeta de (2) dos formas numéricas y simbólicas. La forma numerica están ubicadas de menor a mayor.

<u>NUMERICO</u>	<u>SIMBOLOS</u>	<u>ESPECIFICACION.</u>
0	Cruz.	Fallecido.
1	Liebre	Crítico
2	Tortuga	Severo.
3	Ambulancia	Leve.

REVERSO.

UBICACION ANATOMICA DE LAS LESIONES.

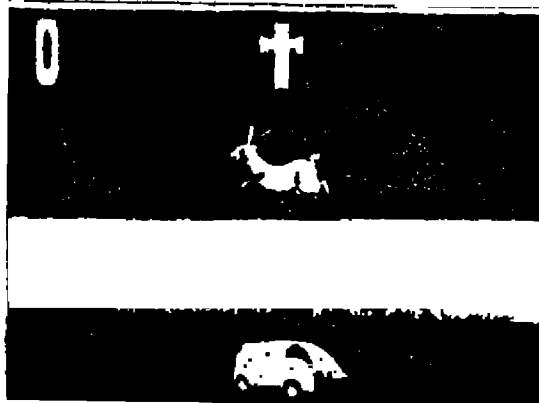
El rescatista marcara con una equis(x) la(s) zona(s) de las posibles lesiones del lesionado.



TRATAMIENTO ADMINISTRADO EN ESCENA/

TIPO

TRATAMIENTO: Hora y tratamiento total suministrado al lesionado.



FRENTE

La esquina izquierda de color amarillo perforado a lo largo de línea indicada.

La porción triangular tiene el número de la tarjeta y la retiene el encargado de transporte para el control de las víctimas trasladadas.

FECHA: Día, Mes y Año del accidente

HORA: Hora de llegada al sitio del accidente.

DATOS DEL LESIONADO.

NOMBRE: Del lesionado.

SEXO: Del lesionado.

EDAD: Del lesionado.

SERVACIONES: Nombre del rescatista.

Fecha / / HORA:

NOMBRE: _____

SEXO: _____

EDAD: _____

Observaciones _____

La esquina derecha de color amarillo perforado a lo largo de la línea indicada.

La porción triangular tiene el número de la tarjeta y es utilizada para marcar el sitio de localización del lesionado para una posterior investigación.

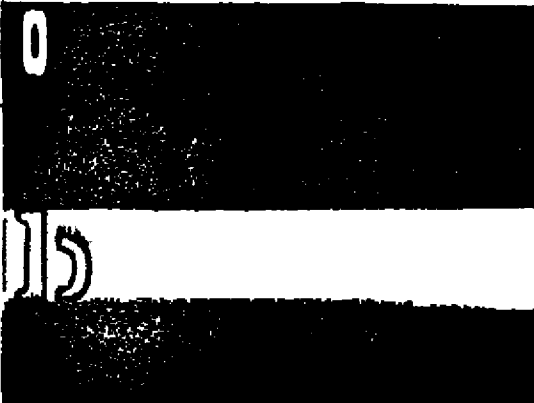
ZONA DE PRIORIDADES.

FRANJA NEGRA: Fallecido.

FRANJA VERDE: Solo requiere atención médica de menor importancia (no requiere traslado)

FRANJA AMARILLA: No requiere de atención ni traslado inmediato.

FRANJA ROJA: Requiere de atención médica y traslado inmediato.



NOTA: Las franjas de prioridades están ubicadas en la tarjeta de manera alfabética en forma decreciente. (De la "D" a la "A"). Siendo:

D.- Negro:

C.- Verde:

B.- Amarillo:

A.- Roja:

Estas a su vez se encuentran perforadas entre sí.

La vez asignada una prioridad menor en la primera etapa del triage (en el sitio del accidente) y en la segunda o tercera etapa del triage si se requiere de una prioridad mayor deberá realizarse una nueva tarjeta de identificación.