

**PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACION  
DE HERIDOS EN MASA (TRIAJE)**

**POR:**

**JORGE IVAN LOPEZ JARAMILLO**

Estudiante de Medicina Universidad de Antioquia. Voluntario de la Cruz Roja. Representante de la Cruz Roja en el C.I.M.S.S. y otros Comités de Emergencia. Instructor de Primeros Auxilios, Salvamento y Rescate, Planes de Emergencia y otros de la Cruz Roja, Industria, Hospitales y comunidad.

## PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACION DE HERIDOS EN MASA (TRIAJE)

### I N D I C E

- I. Introducción
- II. Definición
- III. Clasificación
  - Nivel I de Triage
  - Nivel II de Triage
  - La Remisión Hospitalaria
  - Nivel III de Triage
- IV. Principios del Triage
  - Prioridad Tipo A ó Roja
  - Prioridad Tipo B ó Amarilla
  - Prioridad Tipo C ó Verde
  - Prioridad Tipo D ó Negra
  - Evaluación de los heridos
- V. Esquemas y Cuadros
  - A. Cadena de Socorro - Grandes Desastres
  - B. Cadena de Socorro - Desastres Intermedios
  - C. Cadena de Socorro - Emergencias Menores
  - D. Diagrama de Organización de un Puesto de Mando Unificado
  - E. Modelos de Tarjetas y Evacuación
  - F. Registro de los pacientes atendidos en la Zona II
  - G. Fases de Triage y Evacuación
  - H. Prioridades en el paciente con lesiones múltiples
  - I. Esquema de Plan de Expansión Intrahospitalaria
  - J. Evaluación Preliminar de Triage para Desastres en Masa
  - K. Dotación Standard de Puesto de Socorro
- VI. Bibliografía

## PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACION DE HERIDOS EN MASA (TRIAJE)

### I. INTRODUCCION:

La medicina tradicional se ha ocupado poco en nuestro país del problema cada vez más frecuente de los desastres, y su principal consecuencia para la salud como la alta morbi-mortalidad que representan algunos tipos específicos de emergencia como: Terremotos, avalanchas, explosiones, enfrentamientos armados, etc.; un claro ejemplo de ello nos lo muestra el desastre de Armero con su alta mortalidad y su no baja tasa de morbilidad.

La medicina tradicional se diferencia de la medicina de desastres en dos elementos básicos: Rendimiento y Eficacia; se puede incluso pasar de una medicina a la otra en aquellas emergencias que aún sin arrojar un número considerable de heridos, los medios materiales y el personal resultan insuficientes para sobreponerse a dichos acontecimiento. En tales circunstancias, a pesar de los criterios de ética médica, se pretende atender en forma prioritaria a aquellos lesionados con menor probabilidad de sobrevivencia, procurando tratar al mayor número de pacientes en el menor tiempo posible, obediendo el personal médico a los parámetros de tratamiento que impone tal situación; este procedimiento implica una selección y, por lo tanto, una opción.

Experiencia, rapidez en la decisión y sentido de la responsabilidad, son los principios básicos del personal de salud en el dictamen de carácter de urgencia en desastres.

La selección es un acto asistencial de carácter diagnóstico, que luego será complementado con cuidados iniciales de urgencia y con la estabilización, supervivencia y el transporte hacia niveles superiores de atención en salud.

La clasificación de heridos en masa debe tener en cuenta:

- El tipo de desastre y sus efectos sobre la salud
- El número de heridos
- El tipo, gravedad y localización de las heridas
- Su repercusión inmediata y previsible
- Las posibilidades de evacuación, transporte y remisión de pacientes
- El grado de control local de la emergencia

La mayor demanda de atención de urgencia se presenta en las primeras horas de la fase de emergencia, luego del impacto, pudiendo presentar picos elevadísimos en los primeros dos días, para luego decrecer con igual intensidad al cuarto y quinto día, incluso para los eventos más devastadores.

Es durante estos primeros días en los que el personal de salud debe adoptar esta filosofía de tratamiento distinta de la que aplica normalmente.

## II. DEFINICION:

**TRIAJE** es un vocablo de origen francés que significa clasificar, utilizada originalmente durante la primera guerra mundial por parte del Ejército Francés, quienes clasificaban a las víctimas caídas en combate, antes de remitirlas a sus hospitales, evitando su bloqueo posterior por aquellos heridos que no ameritaban ser hospitalizados, impidiendo el ingreso de quienes sí requerían de atención hospitalaria. A esta clasificación de heridos se le denominó con la palabra francesa "trier", vocablo conocido más tarde como "triaje".

La primera actividad en la Zona de Impacto consiste en obtener una visión general de la severidad del desastre y los recursos disponibles. Sólo entonces puede iniciarse el triaje clínico; mientras mayor sea la magnitud del desastre en términos de demanda en salud, más estricto debe ser el criterio de triaje.

Después de la evaluación y categorización, el personal de salud debe proceder a la estabilización previa al transporte, en los lugares apropiados para ello, según el esquema operativo sobre el terreno propuesto en el presente trabajo.

La flexibilidad es la clave, puesto que la magnitud del desastre y la ubicación y disponibilidad de los recursos determinará si el paciente debe ser estabilizado en la Zona de Impacto (Zona I) o si es preferible hacerlo en el Centro de Clasificación y Atención de Pacientes (Zona II). Es concebible que en un desastre mayor en un lugar apartado, con un gran número de víctimas y pocos recursos de transporte, los pacientes puedan permanecer hasta 24 horas en este lugar, antes de trasladarlo a un hospital (Zona III) donde pueda recibir un tratamiento definitivo.

En esta situación, la fase de estabilización puede involucrar procedimientos quirúrgicos, manejo sofisticado de la Reanimación Cerebro Cardio Pulmonar y tratamiento continuado de los estados de Shock entre otros.

### III. CLASIFICACION:

Nivel I de Triage: Es aquel que se realiza directamente en la Zona de Impacto ó Zona I. está a cargo del personal de socorristas desplazado en el terreno y bomberos pertenecientes a los Equipos de Avanzada (E.A), ó personal médico de apoyo.

Tiene como objetivo principal realizar una evaluación primaria de los pacientes, brindar un auxilio inmediato a aquellos cuyas lesiones los ubican en peligro de muerte en pocos minutos (pacientes en prioridad roja ó tipo A. Por ejemplo: Paros Respiratorios o Cardiorespiratorios que respondan a maniobras de reanimación, estados de Shock, etc.), y como otro objetivo, clasificar a los pacientes según la prioridad de sus lesiones y proceder a su traslado hacia el área de triaje secundario.

Este procedimiento puede efectuarse o complementarse en un Puesto de Avanzada (P.A) (Centro de Salud), ubicado en un sitio cercano a la Zona de Impacto, inmediatamente detrás de la línea de riesgo.

El equipo mínimo requerido para el triaje primario consiste en:

- Equipo de Primeros Auxilios Básicos
- Equipo portátil de comunicaciones
- Tarjetas de Triage

**Nivel II de Triage:** Se realiza en un Centro de Atención y Clasificación de Heridos (C.A.C.H.) ubicado en un lugar cercano al área de desastre pero libre de peligros del mismo, debe tener en cuenta los siguientes criterios para su adecuación:

- Localización en relación con el sitio de accidente
- Tamaño en relación con el número de heridos posibles
- Protección del sol y la lluvia
- Dirección del viento
- Aislamiento de los no afectados
- Procedencia y transporte posterior de los pacientes
- Acceso al agua y la electricidad
- Teléfono u otros medios de comunicación
- Prioridad en edificaciones protegidas del frío
- Probabilidad de clasificación de heridos

El primero en asumir las funciones de triaje secundario será un médico o enfermera con conocimientos en la materia; líder, capaz de tomar decisiones y resolver situaciones. Debe tener conocimientos, además en radiocomunicaciones.

Tiene como objetivo el triaje secundario:

- Estabilizar a los pacientes y prepararlos para su traslado
- Practicar tratamientos pre-hospitalarios
- Delimitar funciones del personal de salud en terreno
- Revisar la prioridad de las víctimas
- Establecer la magnitud del evento desastroso
- Organizar el orden de traslado desde el Centro de Transportes (Zona II) hacia el Sistema Hospitalario (Zona III).

El equipo para la instalación de un C.A.C.H. corresponde a la dotación standard de un Puesto de Socorro tradicional:

- Equipo de Primeros Auxilios
- Tarjetas de Triage
- Banderas de señalización de Areas de Prioridades (roja, amarilla, verde). Ver anexo: Dotación de Puesto de Socorro.

**La Remisión Hospitalaria:** En general el transporte de heridos a los diferentes hospitales debe organizarse desde un Centro de Transportes (Zona II) ubicado contiguamente al C.A.C.H.; para el efecto debe designarse al responsable del transporte que asuma dicha función en estrecha coordinación con el Puesto de Mando Unificado (P.M.U.) (Zona II). La prioridad de evacuación entre las Zonas II y III debe tener en cuenta el grado de estabilización que ha tenido lugar por el personal de salud "in situ" y la capacidad de dicho personal de cuidar a los pacientes antes y durante su traslado. Asimismo la habilidad y disponibilidad de los hospitales para tratar los pacientes que les lleguen determina el número, categoría del triaje y destino final de los pacientes.

El encargado de transportes deber ser por lo tanto una persona con experiencia médica con conocimiento sobre despacho de ambulancias,

para, de esta forma proceder al envío de pacientes de una forma metódica y racional y evitar enviar pacientes a instituciones con recursos limitados que no podrían proveer cuidados adecuados a las víctimas o que tendrían que proceder de inmediato a una nueva remisión. El despacho desde el Centro de Transporte, debe estar en permanente contacto con el C.I.M.S.S. (Comité Interinstitucional Metropolitano del Sector Salud) ó con el organismo que en su defecto desempeñe las funciones de coordinar los esfuerzos públicos y privados para la atención en salud a nivel urbano.

Los pacientes que lleguen a las Unidades Hospitalarias, remitidos desde el Centro de Transporte, y más aún los llevados por la comunidad misma, requerirán un nuevo triaje puesto que habrán sufrido algún deterioro durante su transporte.

Una vez que hayan sido evacuadas todas las víctimas se informará al C.I.M.S.S. sobre el no envío de más víctimas con el fin de desmontar los Planes de Emergencia activados en las Unidades Hospitalarias.

Las comunicaciones interhospitalarias se mantendrán atentas para una posible remisión posterior de pacientes, drogas y equipos complementarios, según criterios de categorización que mencionaremos más adelante.

**Nivel III de Triage:** Se realiza a nivel intrahospitalario (Zona III) siendo exclusivo de personal médico especializado, teniendo en cuenta el respectivo Plan de Emergencia Intrahospitalario y el Nivel de Complejidad de la Unidad Hospitalaria responsable del triaje terciario, ya que este puede ser asumido en primera instancia por una Unidad de pacientes Tipo A (Cuidados Intensivos) ó Tipo B (Cuidados Intermedios), hacia Unidades Hospitalarias de Máxima Complejidad y asumir el cuidado de los pacientes Tipo C (Cuidados Menores) y Tipo D (Cuidados Mínimos); el proceso inverso también es viable: La Unidad de Máxima Complejidad, en caso de ser receptora del triaje terciario, puede asumir el cuidado

de pacientes A, B, y D, y remitir los pacientes Tipo C a Unidades de Mediana Complejidad.

Los objetivos del triaje terciario son:

- Brindar asistencia médica hasta la curación definitiva, sin límite de tiempo
- Completar el registro completo sobre los pacientes atendidos
- Suministrar información oportuna a los familiares de las víctimas y los medios de comunicación
- Planear la utilización racional de las salas de cirugía, servicio de radiología, laboratorio y banco de sangre.

#### IV. PRINCIPIOS DEL TRIAJE:

El concepto básico en el procedimiento del Triage se basa en el beneficio de atención en salud que pueda obtener el mayor número posible de pacientes, y no de acuerdo con la gravedad de sus lesiones. Además de la concepción básica descrita, existen normas de procedimiento establecidas ya como soporte al momento de realizar el triaje:

- El salvar vidas tiene prioridad sobre salvar miembros
- Las dos amenazas inmediatas a la vida son los problemas respiratorios y las hemorragias

La utilización de procedimientos sencillos y uniformes, económicos en recursos humanos y materiales, simplificando el tratamiento médico de primera línea, por ejemplo: aplazar el cierre de heridas primarias o usar férulas en vez de enyesados circulares, pueden dar como resultado la disminución de la mortalidad.

Cuando se hace un retriage, es difícil pensar en que los pacientes pueden

colocarse en categorías menos severas; por ejemplo: Un paciente clasificado como Tipo B (amarillo) en el área de triaje secundario debido a una fractura de fémur abierta, es mucho más probable que se deteriore a la categoría roja (Tipo A) a que se mejore para pasar a la categoría "verde" (Tipo C). Clasificar las lesiones por error, en una categoría más seria, raramente conducirá a un tratamiento excesivo; mientras que un retriaje erróneo a una categoría menos severa puede dar como resultado el que no se trate una lesión que pone en peligro la vida del paciente.

**Prioridad de los Pacientes:** Resulta a menudo difícil el tratar de asignar prioridades estando frente a un gran número de pacientes, pues se corre el riesgo de orientar los esfuerzos tratando de salvar un herido sin esperanzas, mientras otros heridos hubiesen podido sobrevivir con intervenciones simples tales como abrir vías respiratorias o controlando una hemorragia. Las decisiones de triaje involucran decisiones complejas, las que deben ser tomadas por personal debidamente entrenado. El triaje es conducido en varias tandas, el coordinador del triaje identifica a aquellos pacientes que necesitan atención inmediata de acuerdo con el orden de prioridades. Para la selección de estos pacientes se utilizan las tarjetas de triaje, las cuales permiten clasificar a las víctimas en tres prioridades según la magnitud de las lesiones que presenten, además de asignar a cada prioridad un color, permitiendo que a simple vista de la tarjeta se identifique su gravedad.

**Prioridad Tipo A ó Roja;** Son pacientes de CUIDADOS INMEDIATOS, requieren una atención médica urgente, ya que por sus lesiones pueden perder la vida, haciendo prioritaria su evacuación; si incluyen en este grupo los pacientes que presenten:

1.- Problemas respiratorios

- a. Vías aéreas de conducción obstruidas

- b. Paro respiratorio ó insuficiencia respitaroria profunda
- c. Heridas en tórax con dificultad respiratoria
- d. Neumotórax a tensión
- e. Asfixia traumática (hundimiento del tórax)
- f. Heridas maxilofaciales severas

2.- Shock o amenaza de shock

- a. Hemorragias severas internas o externas
- b. Síndrome de aplastamiento
- c. Quemaduras con extensión mayor al 20% de la superficie corporal y mayores de 2do. grado en profundidad
- d. Taponamiento cardíaco
- e. Heridas grandes abiertas o múltiples heridas graves
- f. Heridas abdominales con exposición de vísceras

3.- Personal que actúa en los equipos de Avanzada (E.A) (Socorristas, bomberos o personal médico de apoyo), que sufran cualquier lesión independiente de su gravedad, pero que llame la atención, ya que distrae el interés de los demás integrantes del equipo por el compañerismo existente.

El coordinador de triaje no debe detenerse a atender ningún paciente sino moverse de un lugar a otro asignando a otro personal de salud auxiliar la atención de pacientes de primera prioridad, identificando en rondas sucesivas a los pacientes con prioridad dos y prioridad tres, y finalmente los pacientes moribundos o muertos (negra).

**Prioridad Tipo B ó Amarilla:** Son pacientes de CUIDADOS INTERMEDIOS ó diferidos requieren una atención médica que da espera; se incluyen en este grupo los pacientes que presenten:

- a. Heridas en tórax sin dificultad respiratoria
- b. Inconscientes sin dificultad respiratoria
- c. Heridas en cualquier región (sin shock)
- d. Fracturas mayores (sin shock)
- e. Heridas en la cabeza con nivel de conciencia disminuido
- f. Quemaduras con extensión menor del 20% de la superficie corporal y de segundo o primer grado en profundidad
- g. Hemorragias que puedan ser detenidas con vendaje compresivo

**Prioridad Tipo C ó Verde:** Son pacientes de CUIDADOS MENORES, quienes pueden ser atendidos por personal auxiliar, socorristas, en forma ambulatoria; se incluyen en este grupo los pacientes que presenten:

- a. Lesiones en la columna que no comprometan la función respiratoria
- b. Heridas en tejido blando (sin shock y sin pérdida de pulso en las extremidades)
- c. Fracturas cerradas sin hemorragia interna
- d. Quemaduras de primer grado en profundidad sin importar su extensión sobre la superficie corporal
- e. Shock síquico sin agitación
- f. Personas sin lesiones (damnificadas)

**Prioridad Tipo D ó Negra:** Son pacientes de CUIDADOS MINIMOS, moribundos, con pocas o ninguna posibilidad de sobrevivir o muertos; se incluyen en este grupo:

- a. Paro cardi-respiratorio (no presenciado o cuando hay muchos lesionados)
- b. Quemaduras muy graves (más de 60% en extensión de la superficie corporal con segundo y tercer grado en profundidad y si hay muchos lesionados).
- c. Muertos

**Evaluación de los Heridos:** A medida que el coordinador de triaje realiza sus rondas de clasificación, el resto del personal de salud atenderá los pacientes en el orden en que han sido clasificados; al finalizar la primera ronda se debe informar al Puesto de Mando Unificado (P.M.U.) sobre la cantidad de ayuda adicional que se requerirá para la atención de la totalidad de los heridos.

Los muertos y los heridos con lesiones claramente mortales deben ser clasificados, cubiertos con una sábana y retirados del área de triaje hacia una morgue temporal ubicada cerca del Centro de Atención y Clasificación de Pacientes (C.A.C.H.), para su posterior levantamiento por parte de la autoridad competente.

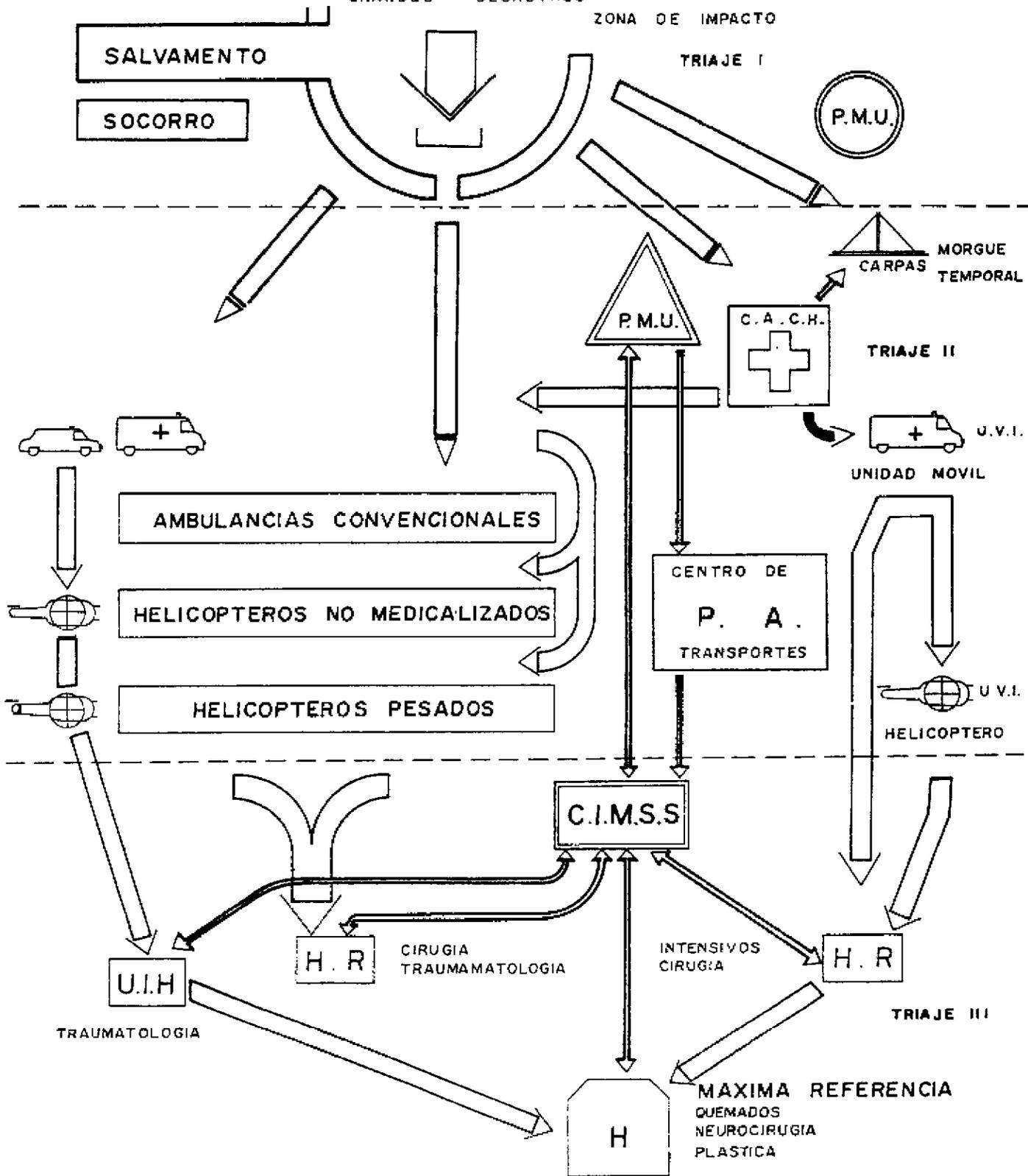
Las prioridades de evacuación además del criterio ya descrito de clasificación, dependerán en gran medida de los recursos vehiculares disponibles en el Centro de Transportes (C.T.) (Zona II). Si el número de vehículos iguala o excede al número de víctimas el principio de evacuación será sencillo, aquellos que son estabilizados primero son evacuados primero. Sin embargo, si el número de heridos excede al número de vehículos disponibles, la prioridad de evacuación debe ser dada a aquellos pacientes que estén críticamente heridos, seleccionándolos incluso dentro de un mismo grupo de prioridad.

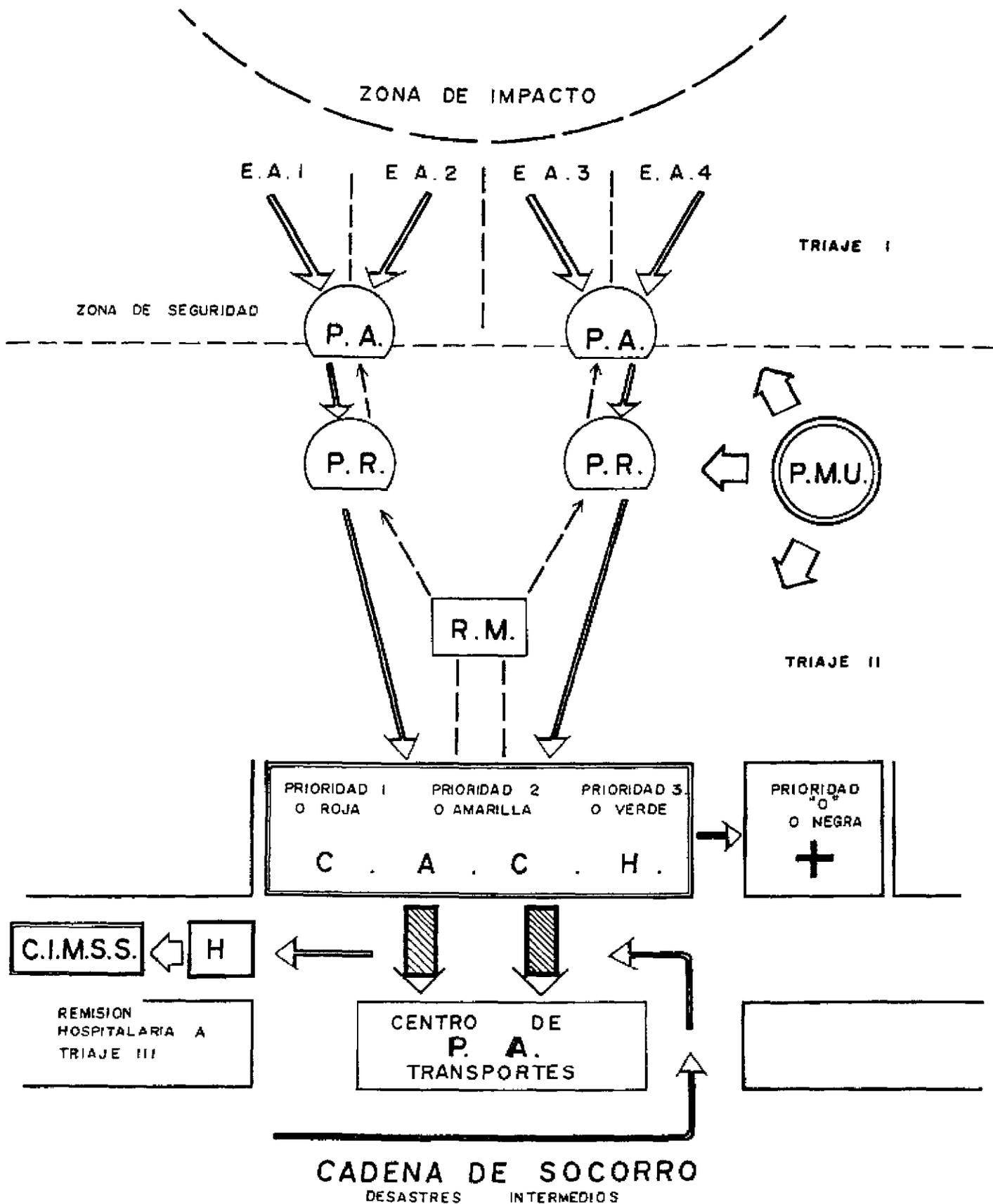
El personal de salud debe estar asimismo, preparado para atender los problemas psicológicos y psiquiátricos que se sabe ocurren tanto entre las víctimas del desastre como en el personal mismo de salud que lo atiende.

# CADENA DE SOCORRO

GRANDES DESASTRES

ZONA DE IMPACTO





ZONA DE IMPACTO

E.A.1

E.A.2

E.A.3

E.A.4

ZONA DE SEGURIDAD

TRIAJE I

P.A.

P.A.

P.R.

P.R.

P.M.U.

R.M.

TRIAJE II

PRIORIDAD 1  
O ROJA

PRIORIDAD 2  
O AMARILLA

PRIORIDAD 3  
O VERDE

PRIORIDAD  
O NEGRA

C . A . C . H .

+

C.I.M.S.S.

H

REMISION HOSPITALARIA A TRIAJE III

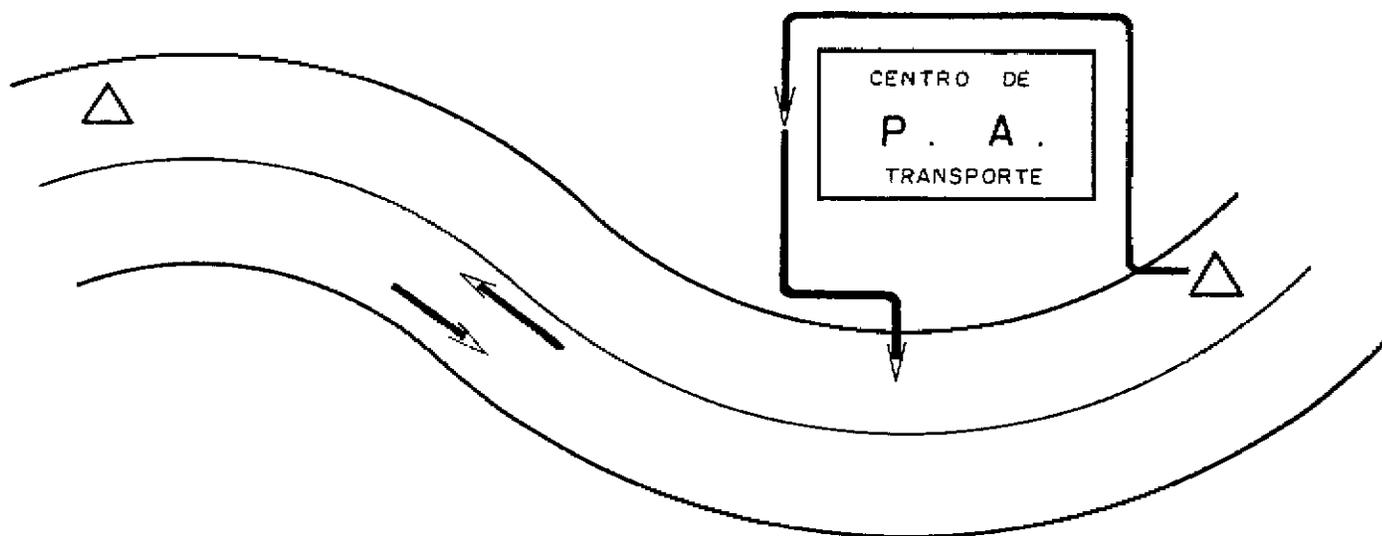
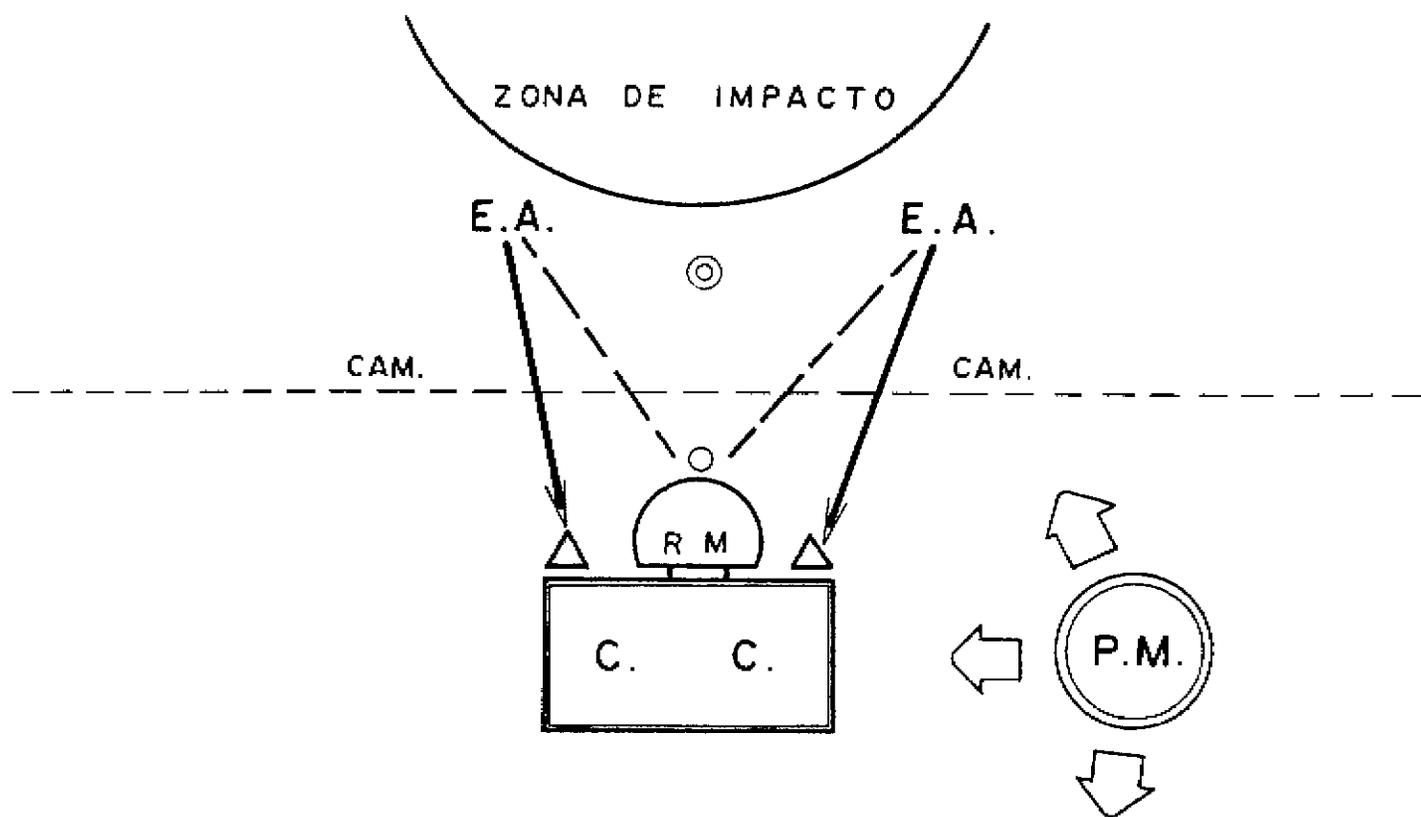
CENTRO DE P.A. TRANSPORTES

**CADENA DE SOCORRO**

DESASTRES    INTERMEDIOS

# CADENA DE SOCORRO

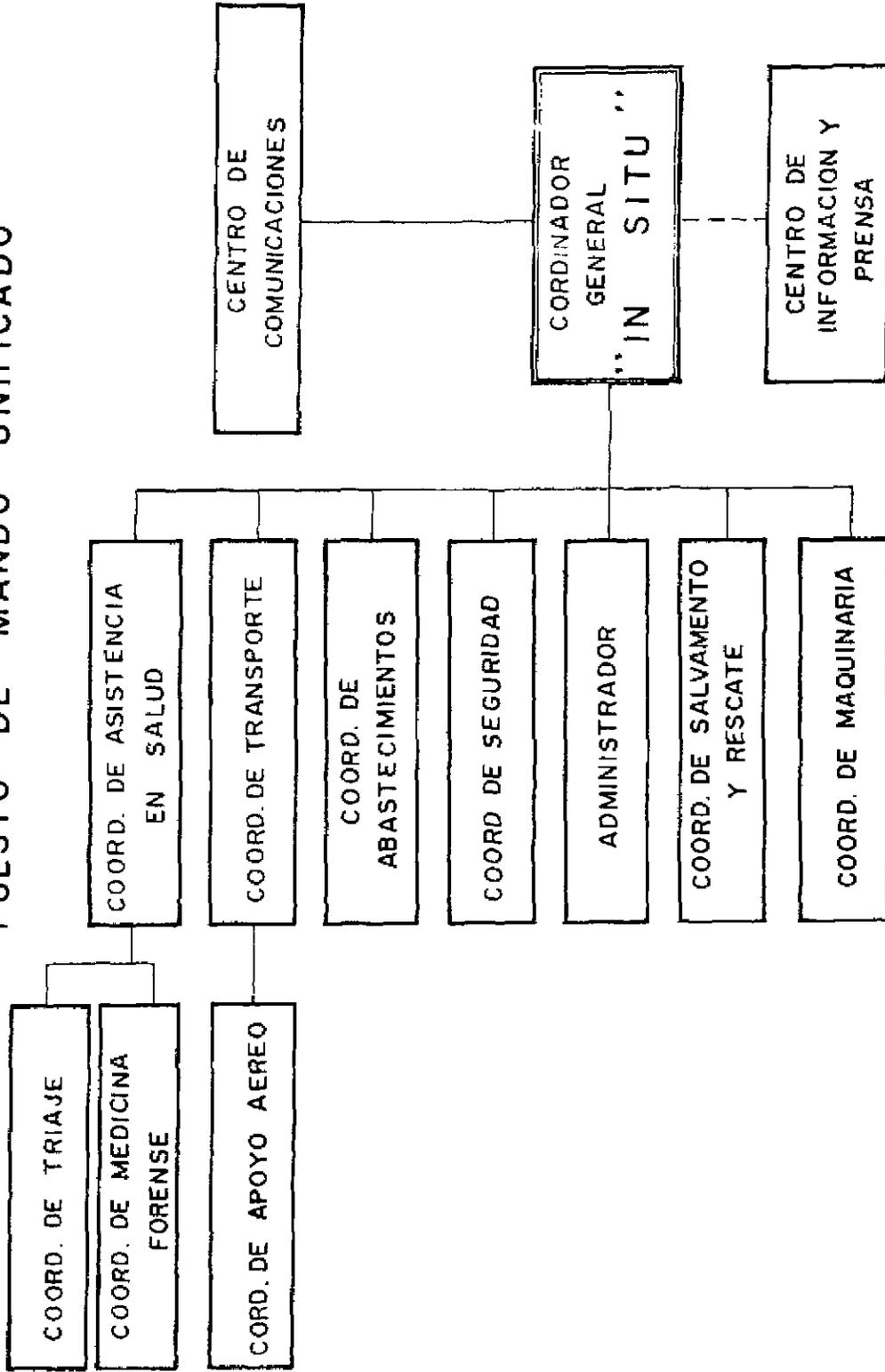
EMERGENCIAS MENORES



ESQUEMA DE ATENCION

" IN SITU "

PUESTO DE MANDO UNIFICADO



## TARJETA DE CLASIFICACION Y REMISION

NO DEBE RETIRARSE DEL PACIENTE HASTA  
TANTO NO SE PRODUZCA EL EGRESO.

No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

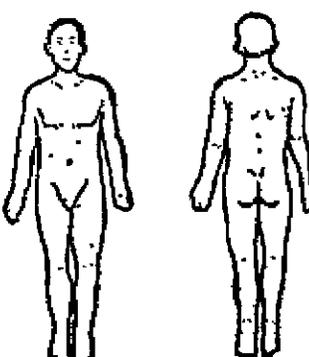
FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

SITIO DEL DESASTRE \_\_\_\_\_

MEDICO CLASIFICADOR \_\_\_\_\_

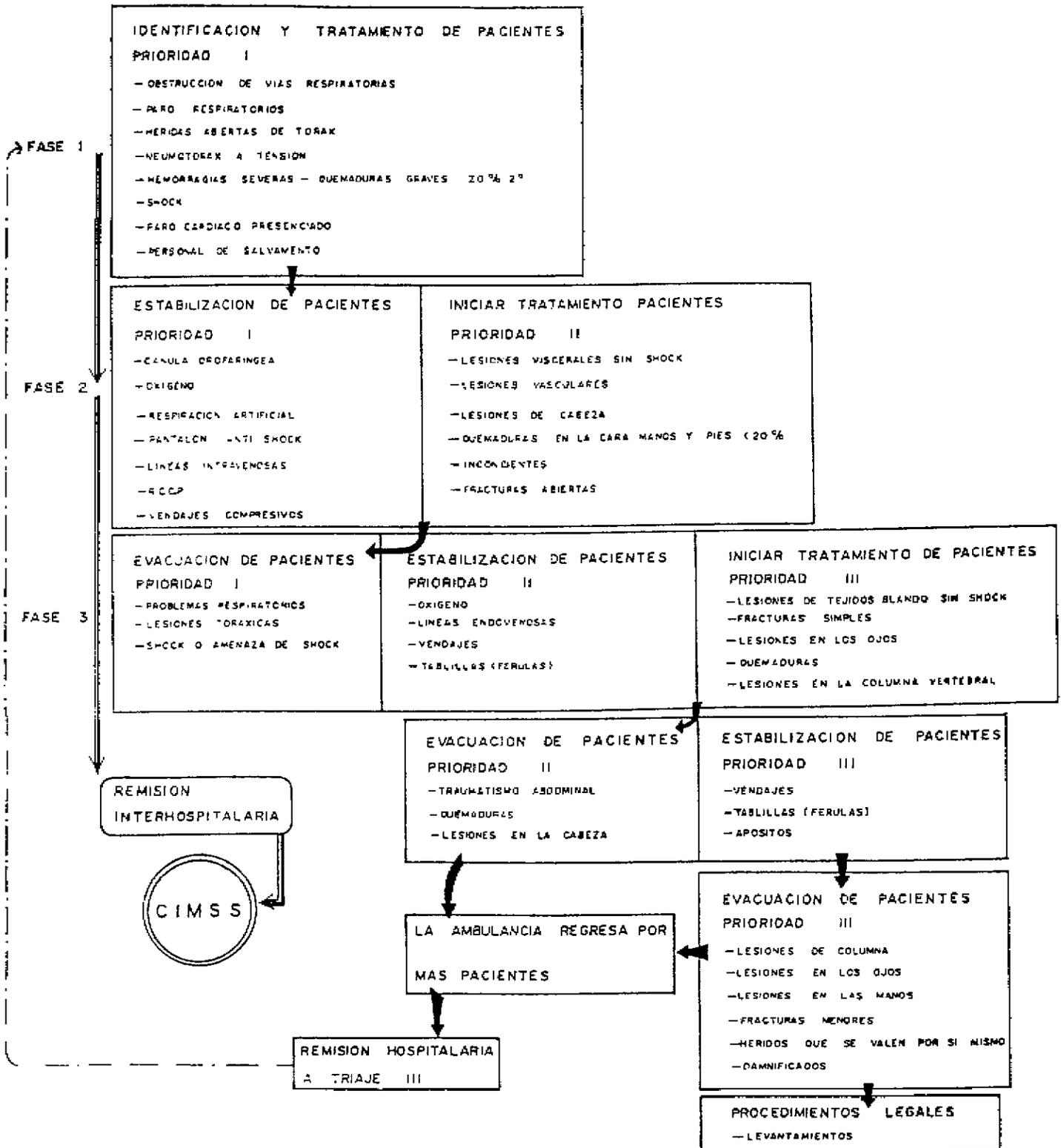
SERVICIO REQUERIDO			Remisión a:
Cuidados Intensivos	Cuidado Intermed.	Cuidados Menores	
Cuidados Mínimos	Morgue	Otros	
			Via de Salida Aerea      Terrestre

DAÑO	LOCALIZACION DEL DAÑO
Vascular	
Encefálico	
Abdominal	
Muscular	
Esqueletico	
Medular	
Org. de los Sentidos	
Respiratorio	
Quemadura	
Intoxicación	
Parto	
Politraumatizado	
Psiquiatrico	
SIGNOS VITALES	TRATAMIENTO INMEDIATO
Respiración _____	
Presión arterial _____	
Pulso _____	

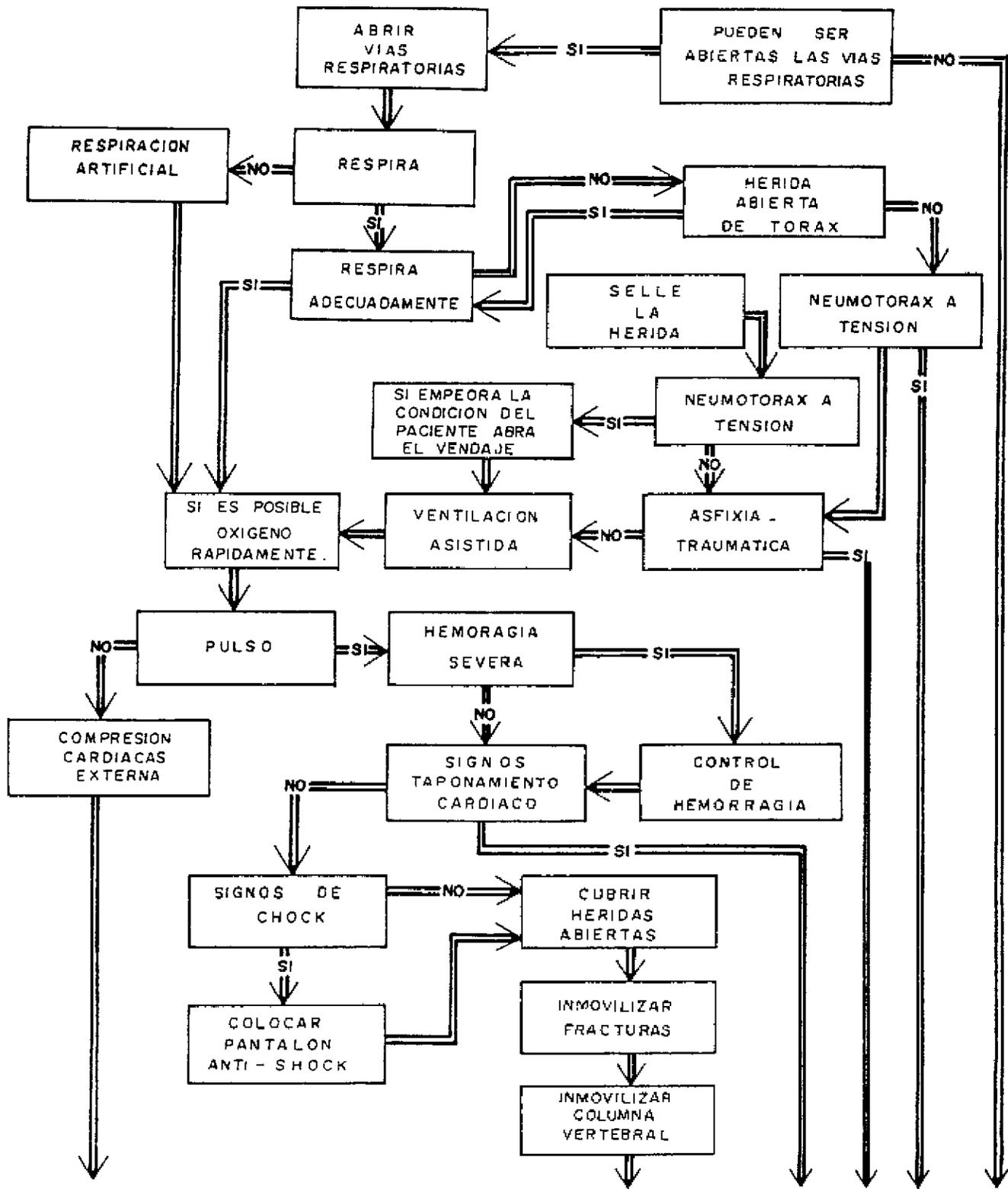
F. DATOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA ZONA II

Tarjeta _____	Hora de Ingreso _____
Nombre _____	Edad _____ Sexo _____
Dirección _____	Teléfono _____
Parientes o conocidos _____	Teléfono _____
Lesiones: _____	
_____	
_____	
Tratamiento: _____	
_____	
Hora de salida: _____	
Tipo de Transporte: _____	
Lugar de destino: _____	

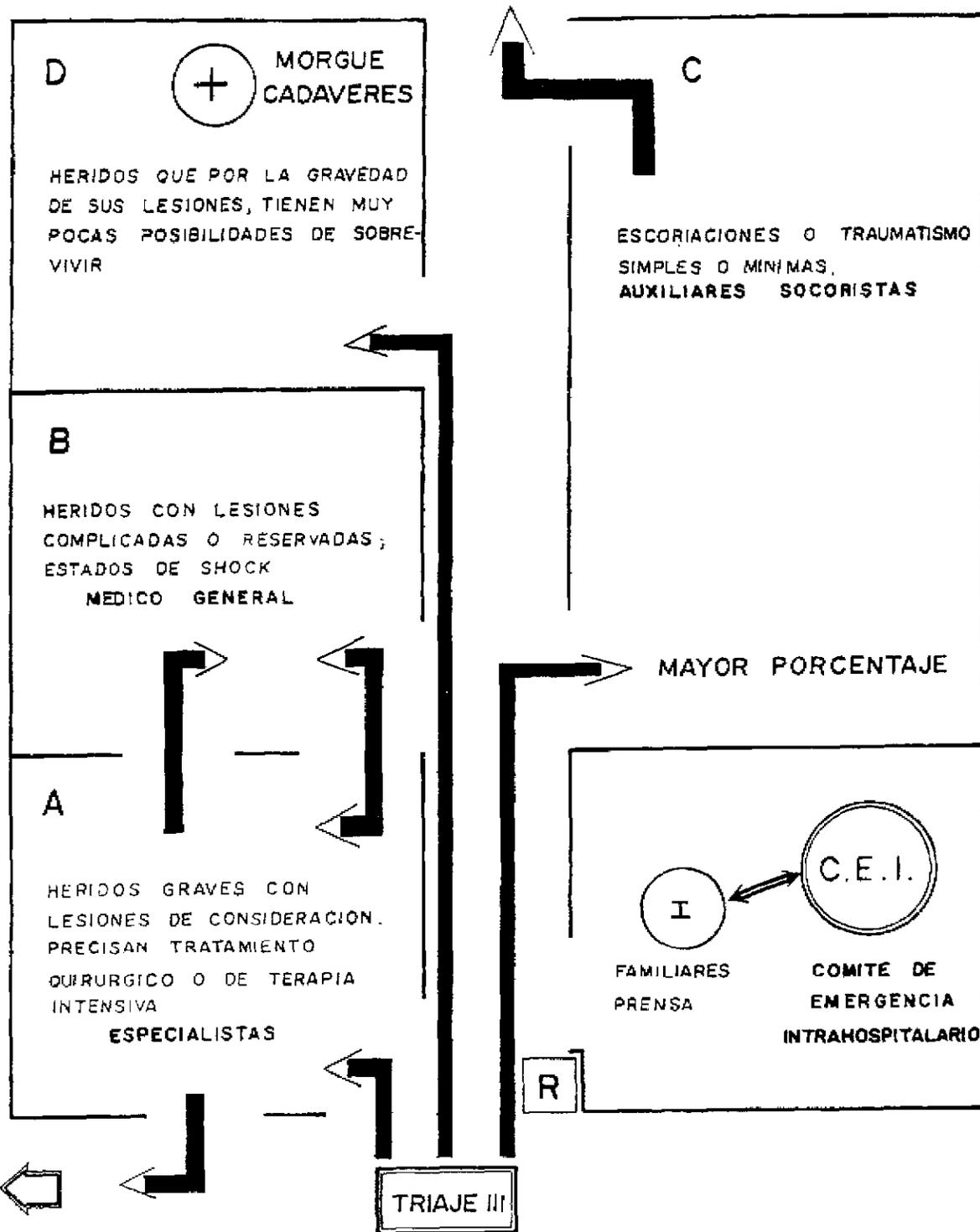
## FASES DEL TRIAJE Y EVACUACION



## PRIORIDADES EN EL PACIENTE CON LESIONES MÚLTIPLES



TRANSPORTE INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL - APLICANDO SOPORTE BASICO DE VIDA DURANTE EL TRASLADO - VENTILACION ASISTIDA SI ES NECESARIO - COMPRESION CARDIACA EXTERNA SOLO SI ES NECESARIO.



PLAN DE ESPANSION INTRAHOSPITALARIA

J. **Evaluación Preliminar de Triage para Heridos en Masa:**

Instrucciones: Lea detenidamente la siguiente historia y responda a los interrogantes que se indican.

La situación planteada aquí puede suceder en cualquier momento dentro de la ciudad y, por lo tanto, usted debe estar preparado.

Historia:

" Un bus de pasajeros con 47 personas a bordo, parte del Terminal de Transportes de Medellín, a las 06:30, con destino a Marinilla. Ya en la autopista Medellín - Bogotá comienza a caer una lluvia suave y el bus de pasajeros, al entrar al túnel, patina, se vuelca e incendia. Además se involucra en la colisión cuatro vehículos de pasajeros del cual también resultan lesionados".

- 1.- De un total de 66 hombres, mujeres y niños envueltos en la colisión 35 mueren instantáneamente.

En este caso se utiliza para clasificar a las víctimas el sistema internacional de triaje de 4 categorías.

Usted es el coordinador de Triage. Clasifique los siguientes sobrevivientes de acuerdo con las categorías expuestas.

Nota: Usted dispone de un personal de socorro mínimo para tratar a los lesionados. Tome las decisiones en la primera ronda de triaje.

## C A T E G O R I A S

V I C T I M A S Coloque a cada víctima su categoría	Muerte o muerte segura (color negro)  0	Tratamiento Inmediato (color rojo)  I	Tratamiento Intermedio (color amarillo)  II	Tratamiento Menores (color verde)  III
1.-Mujer, 23 años-Brazo izquierdo amputado, hemorragia severa.				
2.-Hombre 37 años-Fracturas múltiples, Signos vitales estables.				
3.-Hombre 61 años-Pierna fracturada. Dolor en el Tórax y ritmo anormal del corazón.				
4.-Víctima conciente-Quemaduras de tercer grado en el 80% del cuerpo.				
5.-6 años. Fiebre alta. Sin otras lesiones aparentes.				
6.-Hombres 33 años, con pelvis deformada y equimosis en el cuadrante superior derecho.				
7.-Hombre 47 años, cráneo deformado sin funciones neurológicas.				
8.-Bombero con mano fracturada				
9.-Hombre 62 años con lesión en la espalda y posible daño espinal.				
10.-Hombre 64 años, lesión punzo penetrante en el cuello.				
11.-Mujer 18 años. Ambas piernas fuertemente quemadas.				

	0	I	II	III
12.- Hombre 47 años, tórax y cráneo con deformidad. Sin respiración.				
13.- Hombre 55 años, muñeca y fémur fracturado. Presión sanguínea 148/80.				
14.- Mujer 22 años, dolor fuerte en el addómen. Signos vitales estables.				
15.- Hombre 36 años, Inconciente con contusión en la cabeza. Presión Sanguínea 138/82				
16.- Estando de pié, cae en coma diabético.				
17.- Bombero que ha sufrido inhalación de humo caliente.				
18.- Hombre 47 años, fiebre moderada con cuatro dedos fracturados.				
19.- Mujer 52 años, herida punzo penetrante en el tórax.				
20.- Hombre 22 años, fémur fracturado Presión sanguínea 88/40				
21.- Hombre igual que el número 15, pero además confundido y luego inconsciente. Presión sanguínea 92/40				
22.- Mujer 37 años, con golpe severo y abdomen distendido (duro) presión sanguínea 76/30				
23.- Estando de pié sufre un paro cardíaco, desconocido el tiempo que lleva acostado.				

	0	I	II	III
24.-19 años laceraciones graves en el brazo, aplicándose él mismo presión.				
25.-Mujer 26 años con ataque asmático fuerte.				
26.-Socorrista que sufrió quemaduras de segundo grado en la espalda				

2.- Explique la razón de por qué la víctima No. 23 es clasificada en categoría 0 (muerto o próximo a morir).

---

---

---

---

3.- La mayor cantidad de equivocaciones en la labor de triaje ocurren cuando:

- a.- Muchos pacientes son colocados en categoría I
- b.- Las complicaciones de los pacientes son ignoradas
- c.- La evaluación inicial del paciente es hecha muy rápido
- d.- Los signos vitales no son tomados en cuenta.

4.- De las siguientes proposiciones escoja los principios fundamentales usados en el manejo de accidentes en masa (escoja una sola respuesta).

- a.- Las mujeres embarazadas deben ser atendidas primero
- b.- El salvar vidas es más importante que el salvar miembros
- c.- Las mujeres y los niños deben ser tratados antes
- d.- El auxilio inmediato para salvar vidas es controlar la asfixia y la hemorragia

- e.- Siempre cuide primero su propia seguridad
- f.- Las tres superiores (a. b. y c.)

5.- El equipo humano que realiza el triaje también presta atención a los pacientes.

VERDADERO \_\_\_\_\_ FALSO \_\_\_\_\_

6.- Es bien conocido el hecho de que el uso de tarjetas en la labor de triaje es importante. Cuales son las razones de ello?

---

---

---

---

7.- Note que la víctima No. 15 v No. 21 parecen iguales. El paciente No.21 empeoró su condición de consciente a inconsciente. Este cambio en el nivel de conciencia, representa:

- a.- Un signo neurológico muy importante
- b.- Un signo neurológico clave para su gravedad
- c.- Un signo no importante que fué causado por el stress emocional del accidente.
- d.- Las dos respuestas superiores

8.- Una víctima cuya presión sanguínea baja dramáticamente, nos refleja una posible lesión a la cabeza.

VERDADERO \_\_\_\_\_ FALSO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

ORGANIZACION O INSTITUCION A LA QUE PERTENECE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

K. Dotación de Puesto de Socorro:

a. **Dotación Médica**

Equipo de Examen Médico	Equipo de atención de Partos
1 Tensiómetro	2 Pinzas Kelly
1 Fonendoscopio	2 Tijeras rectas
1 Fonendoscipio de Pinart	1 Riñonera
1 Linterna con Pilas	Apósitos
1 Martillo de reflejos	Gasa
1 Equipo de Organos de los sentidos	1 Cubeta
10 Bajalenguas	Ligaduras de cordón
<u>Equipo de Suturas</u>	<u>Equipo de Inmovilización</u>
2 Separadores de piel	8 Vendas triangulares
4 Pinzas hemostáticas	8 Vendas de rollo elásticas
1 Tijera	8 Vendas de rollo no elásticas
1 Pinza de disección con garra	2 Pollos esparadrapo
1 Pinza de disección sin garra	4 Férulas maleables
Catgut y seda diferentes números	4 Tablillas para inmovilizar
Guantes	<u>Equipo completo de Oxígeno</u>
Comoresas	1 Balón de oxígeno
Gasas	2 Mascarillas o sondas de Nelatón distinto calibre
1 Porta agujas	<u>Equipos de Curaciones</u>
1 Mango de bisturí	2 Pinzas
Hojas de bistrurí	Algodón
Agujas cortantes	Gasas
Agujas curvas	1 Riñonera
Agujas rectas	Alcohol
1 Cubeta	Jabón yodado
1 Riñonera	Agua estéril o solución salina
	Apósitos de curación y de ojos
	Bolsa de desperdicios

b. Equipo General:

- 1.- Local con servicios y dotación (mesas, sillas, etc.) o sino es posible:

Una carpa Hospital o similar

Una carpa para suministros

Una carpa para morgue

Una carpa para comunicaciones y coordinación - Secretaría

Suministro de agua: Canecas - Garrafrones

Suministros de energía: Planta eléctrica y extensiones,  
bombillas.

Disposición de excretas: Letrinas

Disposición de basuras: Basureros

Sillas y mesas

- 2.- Alimentos para los integrantes del Puesto (deberán ser fáciles de almacenar, preparar y consumir, ejemplo enlatados, además de los utensilios de cocina necesarios.

- 3.- Megáfonos

- 4.- Equipo de Radio - Comunicaciones

- 5.- Catrecamillas, camillas o colchones

- 6.- Pancartas, señales, avisos, cuerdas para demarcaciones

- 7.- Ambulancias debidamente dotadas

- 8.- Herramientas necesarias para el montaje (palas, barras, picos, machetes y/o hachas)

- 9.- Equipo personal necesario (ropa de cambio, utensilios de aseo personal, identificación personal, etc.)

c. Formatos de Información:

- 1.- Tarjetas de clasificación

- 2.- Inventario y despacho de suministros

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Harvey W. Meisling, "The Principles in Multiple Trauma" Management of Mass Casualty Disasters. Harvey W. Meisling, M.D. London Aspen Systems Corporation.
- 2.- Sociedad Internacional de Medicina de Catastrofe, Boletín de Noticias, Diciembre de 1.985, No.28.
- 3.- Sanchez Juan Cicerón. "Atención Primaria de Heridos en Masa" Documento Curso "Administración de Emergencias y Desastres" Caracas.
- 4.- Cruz Roja Antioquia. "Centro de Atención y Clasificación de Heridos", Boletín Contacto, 37 - CR. - 01.
- 5.- O.P.S. "Administración Sanitaria de Emergencia con posterioridad a los Desastres Naturales" Washington, D.C. Pags. 20 - 25
- 6.- Alvarez Tiberio E. "función del Anestesiólogo en la Atención de los Desastres" Documento Seminario Taller "Manejo Médico de la Emergencia In Situ".
- 7.- O.P.C.I. "La intervención de las Unidades Sanitarias en caso de Catástrofe", Boletín No.252.
- 8.- Cruz Roja Antioquia, Sergio Luis Pineda C. "Instalación y Manejo de Puesto de Socorro". Documento Seminario "Manejo Médico de la Emergencia In Situ".
- 9.- C.A. Metro de Caracas, "Evaluación Preliminar de Triage para Desastre en Masa. Documento Seminario "Rescate en espacios Confinados"
- 10.- C.A. Metro de Caracas, "Triage" Documento Seminario "Rescate en espacios Confinados".
- 11.- C.I.M.S.S. "Plan de Atención en Salud Visita de Su Santidad Juan Pablo II"
- 12.- Cruz Roja Colombiana, "Manual Normativo Operativo de Socorro". 1.985 Pag. 220
- 13.- I.S.C.R. "Socorros de la Cruz Roja en casos de Desastre" Ginebra, Suiza, 1.982 Pags. 32 - 34 118 - 130.

- 14.- Euroamerican Safety Center S.A.S. "Guida per L' Addestramento al Pronto Socorro". Profesor Enrico Reginato, Milano. Pags. 268-291.
- 15.- M.S. Molchanov. "Clínica de Guerra" Ed. Científico Técnica La Habana, Cuba Pags. 15 - 43. 1.982.