
3. Triage

El proceso del triage debe de iniciarse dentro de la institución. A medida que se congestiona el servicio de urgencia y se conoce la magnitud de la tragedia la operación de clasificación de pacientes puede realizarse afuera, preferiblemente en los aparcaderos cercanos a la entrada del servicio de urgencias. Esta decisión permite ejecutar el triage inicial y descongestiona las urgencias facilitando la práctica de un triage secundario antes de la atención médica requerida. También se pueden crear las áreas de tratamiento mayor y menor para pacientes graves y menos graves respectivamente.

4. Entrada y Salida del Personal

El personal hospitalario para ocupar sus posiciones dentro del plan de emergencia, como aquellos que se retiran después de sus turnos deberán hacerlo por la entrada y salida exclusiva destinada para tal fin.

5. Fin del Operativo

El Director del Hospital y el Jefe de Urgencias, decidirán el fin del operativo comunicándolo al C.O.E. y al personal afectado.

ANEXOS

ANEXO No 1

**PLAN DE AVISO DEL PERSONAL
MEDICO Y TECNICO DE LOS SERVICIOS CLAVES**

N/O CARGO NOMBRE Y APELLIDO DIRECCION TELEFONO

01 Director Hospital

Alternativa 1
Alternativa 2
Alternativa 3

02 Jefe Urgencia

Alternativa 1
Alternativa 2
Alternativa 3

03 Jefe Medicina

Interna.
Alternativa 1
Alternativa 2
Alternativa 3

04 Jefe Cirugía

Alternativa 1
Alternativa 2
Alternativa 3

05 Jefe Pediatría

Alternativa 1
Alternativa 2
Alternativa 3

06 Jefe OBS y GIN

Alternativa 1
Alternativa 2
Alternativa 3

N/O CARGO NOMBRE Y APELLIDO DIRECCION TELEFONO

07 Jefe Patología

Alternativa 1

Alternativa 2

Alternativa 3

08 Jefe Lab. Clínico.

Alternativa 1

Alternativa 2

Alternativa 3

09 Jefe Radiología

Alternativa 1

Alternativa 2

Alternativa 3

**10 Jefe Banco de
Sangre.**

Alternativa 1

Alternativa 2

Alternativa 3

11 Administrador

Alternativa 1

Alternativa 2

Alternativa 3

12 Enfermera Jefe

Alternativa 1

Alternativa 2

Alternativa 3

**13 Jefe de Sala de
Operaciones**

Alternativa 1

Alternativa 2

Alternativa 3

Leyendas de Siglas:

OBS = Obstetricia

GIN = Ginecología

EQUIPOS DE TRIAGE Y ESTABILIZACION

<u>N/O</u>	<u>EQUIPO</u>	<u>GRUPO</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>CARGO</u>	<u>DIRECCION</u>	<u>TELEFONO</u>
01	Triage	1	_____	Cirujano	_____	_____
			_____	Enferm. o Aux.	_____	_____
		2	_____	Camill. o estude.	_____	_____
			_____	Enf. Turno	_____	_____
		3	_____	Cirujano o estude.	_____	_____
			_____	Int. Turno	_____	_____
_____	Aux. Turno	_____	_____			

Etc. según necesidades y disponibilidades, teniendo en cuenta si se van a crear las áreas de tratamiento mayor y menor.

02	Estabi-	1,2,3	_____	Médico de urgencia o interno de cirugía o cirujano de turno.	_____	_____
			_____	Ortopedista de turno.	_____	_____

**CLASIFICACION E IDENTIFICACION DE HERIDOS
(TRIAGE Y TAGGING)**

Es la clasificación o agrupamiento en masa en base al criterio médico de posibilidades de sobrevivencia (Triage), es necesario su aplicación para poder tratar a un gran número de heridos con recursos médicos limitados, debe ser realizada por un médico emergenciólogo o en su defecto el cirujano y/o traumatólogo de mayor experiencia.

Se debe de decidir en el sitio del desastre o en un área ya establecida en el hospital. La clasificación se basa en el beneficio que los heridos puedan esperar de la atención médica y no en base a la severidad de las lesiones, ya que la conducta de la selección es totalmente diferente a una situación normal, donde el más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico.

TRIAGE EN EL SITIO DEL DESASTRE

Lo más conveniente es enviar un equipo de triage y una ambulancia al sitio del desastre quienes se encargarán del área del triage. Este equipo ayudará en lo que respecta a la documentación, aspectos vitales en el manejo de desastres, difíciles de establecer en las primeras horas del desastre.

La primera tarea es determinar la magnitud del evento, pueden apoyarse en el personal de la Defensa Civil. Hacer un enlace con los hospitales que recibirán a las víctimas y la sede de SILAIS.

El siguiente paso es identificar a los pacientes que requieran atención inmediata y su envío urgente al hospital. El tratamiento debe de reducirse a la medida básica de resucitación necesaria para salvar la vida.

Cuando el número de heridos es crítico y los recursos insuficientes, es de vital importancia distinguir aquellos que puedan responder al tratamiento de los que irremediablemente van a morir. Se debe reservar un equipo adecuado de ambulancia para los últimos.

Las defunciones deben ser certificadas para evitar perder tiempo y utilizar personal médico para confirmarlas.

TAGGING O IDENTIFICACION

Es la identificación del paciente, con el uso de tarjetas (tagging) debe ser simultáneo con la clasificación. Consiste en colocar tarjetas o cintas en colores que representan un grado determinado de lesión y prioridad de evacuación. (ver figura No 1)

Tarjeta Roja 1 (Inmediata)

Significa lo siguiente: **Paciente con prioridad en la evacuación, necesitan cuidados inmediatos y con algunas de estas categorías:**

- Problemas respiratorios no corregibles en el sitio.
- Paro cardíaco (presenciado)
- Pérdida apreciable de sangre (más de un litro)
- Pérdida de conciencia.
- Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- Algunas fracturas graves:

- a) Pelvis
- b) Tórax
- c) Fracturas vertebrales cervicales
- d) Fractura o luxaciones donde el pulso no puede detectarse por debajo de la fractura.
- e) Conmoción severa
- f) Quemaduras (complicadas por daños a las vías respiratorias)

Tarjeta Amarilla II (Diferida)

Se trata de pacientes que tienen prioridad secundaria en evacuación, requieren cuidados, pero sus lesiones no son de tanta gravedad para que sus vidas corran peligro; corresponden a estas categorías:

-Quemaduras de segundo grado que cubren más del 30% del cuerpo.

-Quemaduras de tercer grado que cubren más del 10% del cuerpo.

-Quemaduras complicadas por lesiones mayores a tejidos blandos o fracturas menores.

-Quemaduras de tercer grado que involucran áreas críticas (manos, pies y cara, pero sin problemas en las vías respiratorias.

-Pérdida moderada de sangre (de 500 - 1,000 cc)

-Lesiones dorsales con o sin daños de columna vertebral.

-Pacientes concientes con daños cráneo-encefálico (que puedan causar un hematoma subdural o confusión mental). Valorar por medio de la escala de Glasgow. Estos pacientes mostrarán uno de los siguientes signos:

- a) Salida de líquido cefalorraquídeo, por oído o nariz.
- b) Aumento rápido de la presión sistólica.
- c) Vómito en escopetazo o proyectil.
- d) Pulso menor de 60 p.p.m.
- e) Hinchazón o amoretamiento por debajo del ojo.
- f) Cambio en la frecuencia respiratoria.
- g) Pupilas anisocóricas.

-
- h) Colapso.**
 - i) Respuesta motora débil o no presente.**
 - j) Reacción débil a la estimulación sensitiva.**

Tarjeta Verde III (Mínima)

Se usaría en aquellos pacientes que se le da tercera prioridad de evacuación, corresponden a esta categoría:

Lesiones Menores:

-Fracturas menores

-Abrasiones, contusiones

-Quemaduras menores:

- a) Quemaduras de segundo grado que cubren menos del 15% del cuerpo.**
- b) Quemaduras de tercer grado que cubren menos del 2% del cuerpo.**
- c) Quemaduras de primer grado que cubren menos del 20% del cuerpo, excluyendo manos, pies y cara.**

Lesiones Mayores:

-Quemaduras de segundo y tercer grado con más del 40% del cuerpo, donde la muerte parece razonable cierta.

-Quemaduras de segundo y tercer grado con más del 40% del cuerpo y otras fracturas mayores(cráneo-encefálico, torácica, etc.).

-Lesiones craneales donde la masa encefálica esta expuesta y pérdida de conciencia.

-Lesiones cráneo - encefálicas, pérdida de conciencia y lesiones mayores.

-Lesiones de columna vertebral con ausencia de sensibilidad y movimiento.

Resaltamos que es poca la diferencia entre estos pacientes y los de tarjeta roja. Si hay algunos pacientes con tarjeta roja, habrá que decidir el uso de este sistema.

Si no hay pacientes con tarjeta roja, los pacientes con tarjeta amarilla con aparentes lesiones mortales, se convierten en candidatos para la tarjeta roja. La razón es simple si hay muchos pacientes con tarjeta roja que pueden sobrevivir y pacientes con -tarjeta amarilla que no podrán ser salvados, el tiempo usado en los moribundos podría ser dedicado al paciente con posibilidades de sobrevivencia.

Tarjeta Negra 0 (Expectante)

Corresponde a los fallecidos, serían los pacientes sin pulso o respiración que estuvieran en esas condiciones por más de 20 minutos o cuyas lesiones hicieran imposible las medidas de resucitación.

TRIAGE DENTRO DEL HOSPITAL

Area del Triage:

Puede ubicarse a la entrada del hospital, sitio clave para un eficiente manejo de víctimas, en un triage secundario y un terciario se pueden ubicar en la sala de urgencia u otro local que preste las condiciones. Es importante prever un helipuerto en las áreas verdes del hospital para recepcionar los casos que lleguen por vía aérea.

Designar para cada nivel, un oficial de triage que clasificará a las víctimas en conjunto con el equipo designado, para tal fin las categorías son las siguientes: (ver figura No. 1).

- Rojo I (Inmediata)

Se usa en los pacientes en estado «crítico» cuya sobrevivencia depende de la estabilización inmediata del proceso que amenaza su vida.

- Amarilla II (Diferida)

Incluyen aquellos casos en estado urgente o sumamente herido, que requieren alguna estabilidad pero cuya vida no se halla en peligro inminente.

- Verde III (Mínima)

Son aquellos pacientes que pueden regresar a sus trabajos o casas después del tratamiento de sus lesiones menores.

- Negra 0 (Expectante)

Indica una víctima fallecida o que está próxima a la muerte, su tratamiento consiste en maniobras de resucitación, tratamiento médico de emergencia con equipos adecuados y personal calificado.

II PARTE
METODOLOGIA ELABORACION
PLANES DE EMERGENCIA
INTRAHOSPITALARIOS

INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que en las Unidades Hospitalarias no se considera la necesidad de contar con un Plan de Emergencia para evacuar el edificio por efecto de un desastre intrahospitalario, ya sea este natural, accidente tecnológico o fallas de su estructura, se hace necesaria la preparación interna de la institución para afrontar cualquier situación exitosamente.

La experiencia vivida en otros países, nos da como resultado que evacuar un hospital y trasladar pacientes no es tarea fácil, ya que la infraestructura y equipamiento no son los más adecuados para realizar estos tipos de acciones; al menos que existan planes elaborados y personal preparado.

La presente Metodología, se pone a disposición de las Unidades Hospitalarias, para que realicen sus preparativos y evitar consecuencias mayores producto de un desastre en el interior de sus instalaciones; es mejor estar preparado antes que lamentar después.

GENERALIDADES

En una emergencia hay que actuar con habilidad, rapidez y responsabilidad; con menos tensión se genera confianza, calma y respeto entre el personal del hospital y pacientes. Cada hospital debe tener su propio plan de evacuación debiendo ensayarlo periódicamente por las personas que lo van a ejecutar para adquirir hábitos-prácticos, ya que tendrán que laborar en condiciones distintas a las normales.

En los preparativos intrahospitalarios se debe contemplar que no todo el personal estará disponible a la hora de ejecutar el plan (fin de semana, día festivo o noche). Igualmente tener en cuenta que no todos los pacientes podrán evacuarse; el propósito de la evacuación es sacar el mayor número de pacientes en el menor tiempo posible y eficientemente. El plan debe responder; Quién debe evacuarse?, En qué momento? Y hacia dónde? (Debera tenerse prevista la unidad alternativa de traslado)

La evacuación de pacientes puede realizarse de dos formas:

-Evacuación sin ayuda, el paciente sale por su propio medio.

-Evacuación asistida, el paciente es ayudado por otro paciente o por una enfermera o auxiliar de enfermería, pero hay otros pacientes que no pueden moverse y se necesita transportarlos todo el tiempo.

Evacuar pacientes ambulatorios puede ser suficiente, pero si se requiere una evacuación total, la operación es más compleja y difícil de realizar, por tanto no podrá cumplirse en pocas horas.

Después de considerar toda esta situación, es necesario establecer conceptos para manejar la histeria y la desesperación como: «La posibilidad de sobrevivir depende del grado de esfuerzo que usted haga», etc.

Al personal del hospital se debe ubicar en sitios estratégicos (escaleras, pasillos, pisos, etc.) con el objetivo de orientar la salida y disponer la distribución de los enfermos. Según la infraestructura del hospital, designar ciertas escaleras y pasillos de uso exclusivo para pacientes ambulatorios que pueden escapar sin asistencia y el mínimo de supervisión; otras deben de reservarse para aquellos paciente que requieren evacuación asistida.

En la evacuación se debe de priorizar a los pacientes que requieren menor ayuda, prestar especial atención a la consecución de equipamiento para la evacuación: camillas, parihuelas, sillas dorsales y equipos de comunicación, etc.

I. OPERACION DE EVACUACION

La evacuación debe de planificarse después de estudiar las implicaciones de la acción; debe de realizarse en tres etapas, estableciendo un orden de prioridad.

a) Etapa I

Movilizar a los pacientes capaces de caminar sin asistencia. El objetivo es desalojar el área para un mejor acceso a los pacientes que permanecen recluidos.

b) Etapa II

Movilizar aquellos pacientes que requieren asistencia

c) Etapa III

Es la evacuación inmediata y general de todo un sector y/o varios sectores.

II. RECOMENDACIONES GENERALES

- 1. El plan deberá analizar la vulnerabilidad de la estructura física del hospital. Además implementar un sistema de señalización que incluye:**
 - a) Señalización de las vías de escape**
 - b) Señalización de equipos contra incendios**
 - c) Plano del edificio contemplando las rutas de salida, las zonas de peligro y las zonas de menor riesgo.**
- 2. Supervisar permanentemente el manejo de líquidos inflamables y realizar inspección y mantenimiento a las instalaciones y equipos eléctricos.**
- 3. Controlar el acceso de personas extrañas en las áreas restringidas.**
- 4. Organizar las Brigadas de Defensa Civil en sus distintas especialidades.**
 - Brigadas de Primeros Auxilios**
 - Brigadas Contra Incendios**
 - Brigadas de Escombros**
 - Brigadas Especiales y de Reparación**

-
5. **Practicar el plan dos veces al año para corregir las deficiencias.**
 6. **El Director del Comité de emergencia destinará un lugar para mantener en custodia pero accesibles en caso de emergencia las llaves maestras de la unidad.**
 7. **Coordinar necesidades de transporte con otras unidades en caso necesario.**

ANEXO No. 4

ORGANIZACION FUNCIONAL DE EMERGENCIA

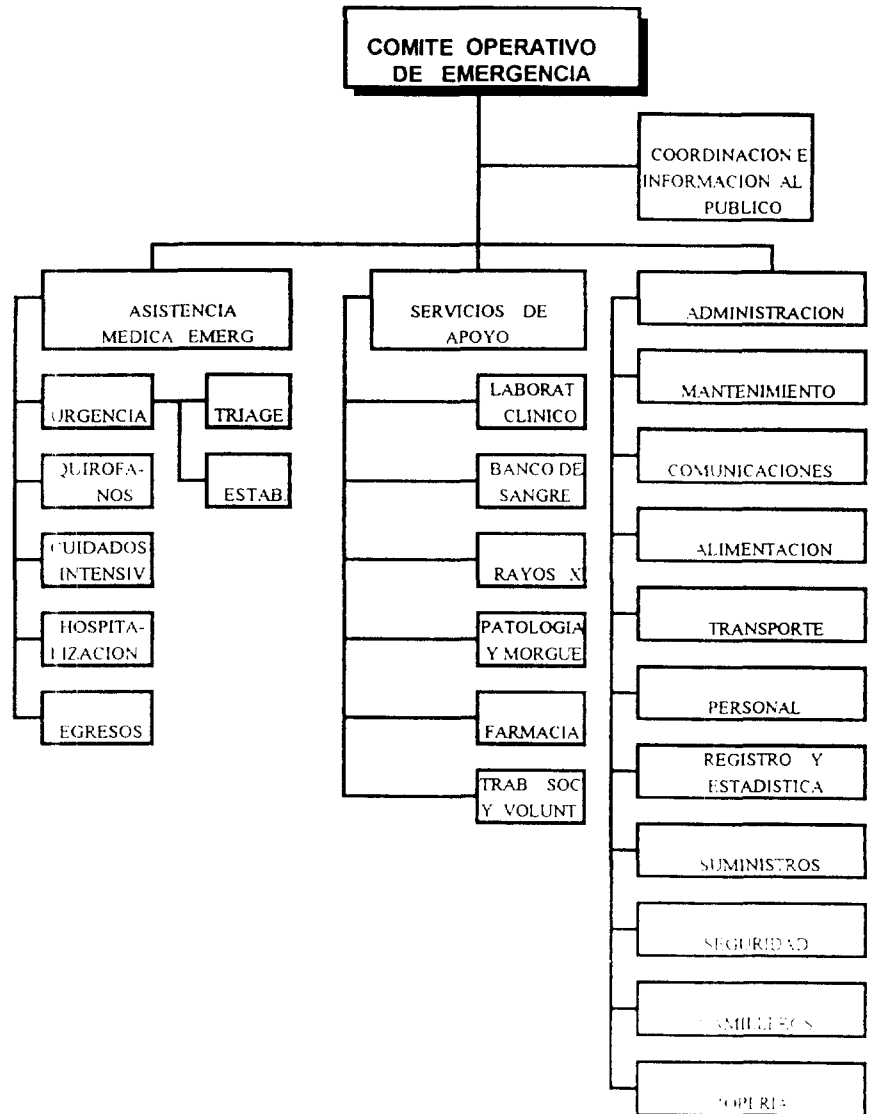


FIGURA No 1

TARJETA DE TRIAGE

República de Nicaragua <input type="text"/>	<input type="text"/> A.M.E. ATENCION REQUERIDA
CLASIFICACION DE VICTIMAS	
Fecha : _____ Hora : _____	Cirugia : (____) Neurocirugia : (____)
Nombre : _____	Ortopedia : (____) U. C. I. : (____)
Edad : _____ Sexo : (M _____) (F _____)	Quemados : (____) Otros : (____)
Causa Externa : _____	REFERIDO A :
_____	Hospital : _____
Diagnóstico : _____	Clínico : _____
_____	Otro : _____
TRATAMIENTO INICIAL	OBSERVACIONES
Clase : _____ Hora : _____	_____
Clase : _____ Hora : _____	_____
Clase : _____ Hora : _____	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Serie Desarrollo de los Servicios de Salud

Títulos publicados :

- N° 1 Normativa Referencia y Contrarreferencia**
- N° 2 Manual de Consulta Externa Hospitalaria**
- N° 3 Normas del Departamento de Emergencia Hospitalaria**
- N° 4 Reglamento General de Hospitales**
- N° 5 Información Básica Red de Servicios de Salud por SILAIS**
- N° 6 Normativa de Entrega de Turno Hospitalario**
- N° 7 Normativa de los Servicios Diferenciados**
- N° 8 Metodología de elaboración de Planes de Emergencia Hospitalaria en casos de Desastres**

Otros títulos en preparación :

- N° 9 Reglamento de los Sub Comités de Infecciones Intrahospitalarias**