



VADEMECUM DE MEDICINA DE CATÁSTROFE E SITUAÇÕES SANITÁRIAS EXCEPCIONAIS (SSE):
TRIAGEM DE MEDICINA DE CATÁSTROFE

Romero Bandeira

Coordenador do Grupo de Medicina de Catástrofe da RISCOS (MD PhD) (Portugal)

SFMC-Société Française de Médecine de Catastrophe, SEMSP-Société Européenne de Médecine des Sapeurs-Pompiers

ORCID [0000-0001-5444-4297](https://orcid.org/0000-0001-5444-4297) hmedcat@gmail.com

A divulgação do VADEMECUM de Medicina de Catástrofe que a Associação RISCOS entendeu, por bem, traduzir para Português e que os interessados poderão facilmente aquilatar da sua importância analisando as páginas 35 a 37, que se anexaram para uma mais fácil consulta subjazem neste *statu quo* não só os conceitos de “urgência” e “emergência”, mas também os de “pré-hospitalar” e “extra-hospitalar”.

Desde o Renascimento que o conceito hospitalocêntrico, em matéria de cuidados de saúde se tem vindo a alicerçar cada vez com mais veemência; tenhamos em vista as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pese embora o facto de as pautas da saúde neste âmbito, serem organizadas de acordo com as respectivas políticas, mas nunca deixando o hospital de centralizar a polarização *major* dos cuidados de saúde. Assim os conceitos de urgência “pré-hospitalar” e “extra-hospitalar”.

Assim, toda a urgência pré-hospitalar é extra-hospitalar, mas nem toda a urgência extra-hospitalar é pré-hospitalar. Nunca nos podemos esquecer que podem ser urgências absolutas ou relativas não culminando forçosamente num serviço de urgência hospitalar, quer porque a situação clínica foi resolvida, quer porque o doente acabou por falecer.

Não se trata de pura discussão académica, na medida em que há que colocar em evidência a capacidade resolutive de situações clínicas fora do hospital e não apenas na plataforma terapêutica prévia ao hospital.

Muitas vezes enfatizo, a postura de Corominas, um linguista notável, quando diz que a palavra emergência não passa de um anglicismo grosseiro. Claro que há excepções, ficando correctamente dito INEM, porque as emergências médicas surgem ou surdem, mas umas podem ser urgências absolutas e outras relativas, conforme nos ensina a Sociedade Francesa de Medicina de Catástrofe (SFMC).

A triagem para univítimas é profundamente diferente duma triagem para polivítimas e então na prestação

de cuidados, será, em princípio, toda uma equipa diferenciada para a univítima, e por vezes um só profissional de saúde para uma situação com polivítimas. Os próprios sistemas específicos de triagem têm as suas fragilidades e no caso do *Simple Triage and Rapid Treatment* (START) que assenta basicamente numa classificação dicotómica na qual a vítima, anda ou não anda; a vítima pode não andar, por ter uma ruptura dum tendão de Aquiles, sem qualquer perigo de vida, ou poder andar e ter em curso uma laceração dum vaso sanguíneo e que em pouco tempo possa vir a sofrer um choque hemorrágico.

Como facilmente se compreende, estamos hoje numa “aldeia global” e perante as situações de catástrofe quer a nível nacional quer a nível internacional devemos falar uma linguagem tanto quanto possível comum. Como referem alguns autores, neste caso “uma classificação não é apenas uma terminologia, é praticamente uma instrução de acção”.

Porém, como sabemos e no caso da Medicina de Catástrofe é sabido e consabido que quando existem polivítimas, há necessidade duma triagem clara, precisa e concisa, a qual não se compadece com posturas ou modas, em conceitos e palavras, porque os neologismos são interessantes e importantes mas não podem, porém, concorrer para por em causa a vida dos doentes. Não devemos permitir que um algoritmo de triagem se venha a transformar num mistifório funcional.

Neologismos arreigados na linguagem diária, tanto científica, como de divulgação, que podem configurar um certo tipo de iliteracia, até não seriam graves caso não estivessem em causa a vida e o bem-estar das Pessoas.

A tradução deste Manual da SFMC impôs-se-nos pelo seu rigor científico ditado pela experiência no terreno, com base numa Filosofia Médica que nos expõe a funcionalidade interserviços da França, no âmbito da Saúde, como exemplo.

Autores: Henri JULIEN, Bertrand PRUNET

O que é preciso saber:

A triagem, primeiramente militar, foi adaptada às urgências colectivas civis. A impossibilidade de tratar imediatamente todas as vítimas (desequilíbrio entre necessidades e meios, necessidade de gerir a penúria) obriga a priorizar os mais graves; o interesse colectivo prima sobre o individual. Primitivamente realizado à entrada do posto médico avançado (PMA), é hoje sequencial, iniciada no levantamento e finalizada no hospital. A triagem é evolutiva, revista em função da evolução clínica, adaptada ao tipo de lesão e à capacidade de acolhimento. Um suporte físico ou numérico assegura visibilidade e traçabilidade.

O que é preciso compreender:**Quais são os quatro objectivos da triagem?**

- **Estabelecer uma prioridade de tratamento:** identificar e gerir com a maior brevidade possível aqueles para os quais os cuidados têm uma importância vital e que não podem esperar;
- **Constituir grupos homogêneos de vítimas:** para aumentar a eficácia das equipas insuficientemente numerosas: urgentistas e cirurgiões para os mais graves, e para os restantes cuidados correntes adaptados;
- **Gerir os fluxos de vítimas:** as vítimas serão evacuadas de forma racional e temporizada por uma regulação respeitando a hora de ouro e preparando o acolhimento hospitalar;
- **Para assegurar conjuntamente os gestos que salvam:** o acto de diagnóstico deve ser acompanhado de gestos de socorros e cuidados necessários adaptados à competência do triador.

Quais são os critérios de triagem? Eles têm em conta:

- **A gravidade do estado clínico:**
O estado funcional define duas categorias: risco vital imediato ou potencial, nenhum prognóstico vital (estado de consciência (via aérea), da ventilação, da circulação e da sua evolutividade).
- **Especialização do triador:**
Iniciada pelos cirurgiões a triagem é assegurada pelos urgentistas, psiquiatras, pediatras e especialistas em queimaduras propuseram os seus critérios. No terreno, os primeiros socorristas e paramédicos utilizam critérios simplificados.
- **A organização da cadeia de socorros e cuidados:**
Os critérios são diferentes se se trata de um campo de batalha (organização OTAN: níveis 1-2 e 3) ou catástrofes civis (organização tipo SAMU); de acordo com o tempo de evacuação e a capacidade do quadro técnico de acolhimento; adaptados se há descontaminação, cirurgia longa ou complexa.

Quais são os sistemas implementados?**A triagem clássica efectuada por um médico experiente:**

Quatro categorias reagrupadas em duas famílias foram implementadas a partir do estado funcional, o prognóstico, as modalidades de evacuação (ver Tabela 1):

- **Urgências Extremas - UE:** em perigo de morte, necessitando de cuidados imediatos: transporte medicalizado para um bloco operatório com reanimação.

1. A. Ricard-Hibon et al. Triage et identification des victimes : de la clinique aux implications médico-légales et éthiques. Urgences et situations d'exception. Journaux Scientifiques de la SFMU. Lyon 2009 Société Française d'Éditions Médicales, 2010.
2. Henri Julien – Triage des victimes en situation d'urgences collectives. In Manuel de médecine de catastrophe, Lavoisier Médical. Paris 2017 : 157-175.

- **U.1: Perigo de morte por perturbações irreversíveis rápidas:** Cirurgia antes de 6 h após reanimação eficaz. Evacuação medicalizada.

Estas duas categorias são as **Emergências Absolutas**, de cor **vermelha**. Prioridade Vermelha 1 ou imediata dos anglosaxons.

- **U.2: Não imediatamente em perigo, tratamento deferível 18 h:** feridos sérios, necessitando de uma hospitalização: evacuação por ambulância medicalizada ou não: fracturas de diáfises fechadas, feridas das partes moles, T.C. conscientes.

- **U.3: Tratamento deferido por 36 horas:** feridos ligeiros com cuidados ambulatoriais Transporte em ambulância, se possível.

Estas duas categorias constituem **Urgências Relativas**, **amarelo**. Amarelo: Prioridade 2 ou atrasado,

A cor **verde**, atribuída aos implicados (verde: mínimo ou não-urgente), que pode necessitar de pequenos cuidados e acompanhamento de eventuais evoluções psicológicas.

Este quadro é geralmente completado por:

- **Urgências funcionais:** olhos, mãos, rosto e mandíbula, classificados como **vermelhos**;
- **Urgências Potenciais:** *blasted pulmonar*, *Crush*, intoxicados... classificados amarelo com vigilância.

Pré-triagem realizada por uma pessoa não médico:

Esta é a **Simple Triage and Rapid (START)**, adoptada e generalizada pela OTAN e OMS que define categorias sobre dados clínicos simples, aos quais atribui uma cor e um CAT (ver Tabela 2):

Completado por gestos de salvamento: controle de hemorragias, prevenção da hipotermia, descontaminação seca, etc., o START é uma pré triagem na cadeia em pré hospitalar civil.

As Triagens especializadas:**A Triagem OTAN dos feridos de:**

Adaptada aos combates de baixa intensidade, ela privilegia a rapidez de evacuação, tendo em conta a cadeia de cuidados e de evacuação militar (níveis 1, 2 e 3). Baseada em dois critérios: sinais funcionais, importância dos cuidados (reanimação e cirurgia), distingue:

- **Urgências absolutas** classificadas como α ou T1, Imediatas;
- **Urgências relativas**, β ou T2. Diferidas;
- Feridos ligeiros ou estropeados, T3, Mínimo;
- Paciente muito gravemente ferido com hipótese de sobrevivência muito limitada: Urgência ultrapassada, T4, Expectante.

Triagem dos queimados:

Os especialistas propõe uma classificação das queimaduras de 2º e 3º graus:

- Queimadura > 50%: **Extrema Urgência, vermelha**;
- Queimadura entre 15 e 50%: **1ª urgência, vermelha**;
- Queimadura menos de 15%: **segunda emergência, amarelo**.

Ter em conta as queimaduras do aparelho respiratório, as zonas de pregas, da face e do pescoço...

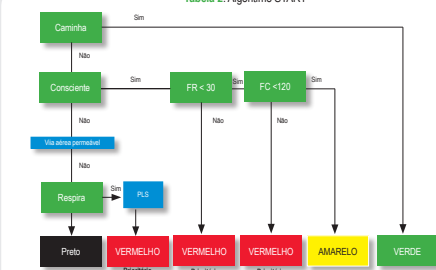
A triagem proposta pelos psiquiatras:

Toda a pessoa perigosa para os outros ou para si própria: primeira urgência, **vermelha**.

Tabela 1: Triagem de evacuação.

CATEGORIA	TIPO DE LESÃO	EVACUAÇÃO
URGÊNCIAS ABSOLUTAS	Extrema Urgência (EU) Vítimas em perigo de morte imediata • Insuficiências cardio-circulatórias (politraumatismo, síndromes de esmagamento...) • Hemorragia graves incontroláveis (abdominais, vasculares, não garrotáveis,...) • Asfixias (feridos do tórax, cervico-maxilo-faciais) • Traumatismos cranianos	Prioridade após reanimação eficaz
	PRIMEIRA URGÊNCIA (E1) Vítimas graves ameaçadas por descompensação de uma função vital (choque, insuficiência respiratória, neurológica ou por sépsis): • Ferimentos tóxicos ou gasosos não asfixiantes • Feridas Vasculares garrotáveis • Traumatismo craniano sem sinais de localização • Fracturas abertas e feridas osteoarticulares • Síndrome de compressão • Queimaduras profundas entre 15 e 50% • Hipotermia < 22°C	Rápida para os hospitais próximos, após condicionamento preciso por estrada ou helicóptero
	URGÊNCIAS FUNCIONAIS (UF) Lesões caracterizadas pela sua topografia (olho, rosto, mão), ausência de um prognóstico vital, possibilidade de impacto funcional e estético: • Ferida penetrante do olho • Traumatismos marcantes das extremidades • Queimaduras circulares dos membros e das mãos • Traumatismos maxilo faciais	Rápida para os hospitais próximos, em departamentos especializados, após condicionamento preciso por estrada ou helicóptero, com U1, tanto quanto possível
	Urgências Potenciais (UP) Lesões susceptíveis de agravamento quer inopinadamente quer em função do transporte inesperadamente ou quer como resultado do transporte: • Traumatismos crânio encefálicos • Traumatismo tóxicos ou abdominais • Suspeição de "blow" pulmonar ou abdominal • Lesões por soterramento	Para os hospitais, cujo momento deve ser discutido em função do número de vítimas e das possibilidades de evacuação
Urgências Relativas	Segunda Urgência (U2) Vítimas pouco graves cujo tratamento cirúrgico das lesões pode ser efectuado dentro de 12-24 horas: • Fracturas das diáfises, fechadas • Feridas das partes moles (excepto nádegas e perineo) • Traumatismo craniano consciente • Queimaduras < 15% • Intoxicação por inalação com desaparecimento da sintomatologia neurológica e respiratória	Menos urgente, para os hospitais mais afastados por via aérea, ferroviária ou rodoviária
	Tercera Urgência (U3) Feridas ligeiras caracterizadas por ausência de evolutividade, a possibilidade de evacuação num período > 18 horas e sem recurso a uma medicalização de transporte: • Traumatismos fechados (entorses, contusões) • Pequenas feridas contusas • Queimaduras superficiais < 15% • Deambulantes e implicados	Transporte não urgente, não medicalizado, realizado em função dos meios disponíveis
	Urgências Ultrapassadas (UU) Lesões gravíssimas não podendo ser tratadas imediatamente e com poucas hipóteses de sobrevivência	Sem evacuação, medidas de "acompanhamento"

Tabela 2: Algoritmo START

**O que é preciso fazer:**

Siga a progressão clássica:

Interrogatório com registo de dados anamnéticos, exame funcional:

- **Neurológico:** airway se perturbações da consciência, profundidade de um coma por pontuação (Escala de Coma de Glasgow), sinais de localização;
- **Ventilatório:** frequência ventilatória, cianose, triagem, assimetria torácica;
- **Circulatório:** frequência cardíaca, pulso, circulação periférica e capilar, sinais de choque (letargia, palidez e sudorese, pulso acelerado e filiforme cianose das extremidades).

Em seguida, exame lesional realizado sobre todos os ângulos:

- Revestimento cutâneo, crânio e couro cabeludo;
- Pescoço, região lombar, tórax, abdómen, bacia óssea;
- Membros e articulações;
- Olhos e mãos.

Os pensos previamente aplicados só devem ser abertos se necessário e de modo a poderem ser fechados rapidamente.

- Realizar a triagem em 30 a 60 segundos, sem atrasar os cuidados nem a evacuação;
- Evitar a super-triagem ou a sub-triagem, factores de perda de eficácia.

3. L.J. Courtill. Les principes du triage appliqués au temps de guerre et à la catastrophe- Bull. Ac. Nat. Med. 1988, 172, 333-346

Fig. 2 - Triagem de Medicina de Catástrofe.

Fig. 2 - Disaster Medicine Triage.