

GHID

privind triajul medical în incidente
soldate cu victime multiple și dezastre



Ghidul a fost elaborat și editat cu suportul Biroului
Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății

Cuprins

I. Noțiuni generale	5
II. Principiile de bază privind acordarea asistenței medicale populației în cazul producerii incidentelor soldate cu victime multiple sau al dezastrelor	6
III. Noțiunea, scopul și tipurile triajului medical în cazul incidentelor soldate cu victime multiple sau a dezastrelor	9
IV. Grupele de triaj	11
V. Modul de efectuare a triajului medical	12
VI. Fișa medicală de triaj	20
VII. Aspectele etice ale triajului medical în dezastre	25
Anexe:	
<i>Anexa nr. 1</i> Categorisirea nozologică în procesul triajului medical a persoanelor a căror sănătate a fost afectată în dezastre și incidente soldate cu victime multiple.....	27
<i>Anexa nr. 2</i> Algoritmul de Triaj Rapid în Volum Minim (TRAMIN)	30
<i>Anexa nr. 3</i> Declarația Asociației Medicale Mondiale privind Etica Medicală în Dezastre	32
Bibliografie	35

I

Noțiuni generale

Prezentul Ghid definește noțiunile generale, scopul, tipurile și modul de aplicare a triajului medical în procesul acordării asistenței medicale populației în cazul producerii unor incidente majore soldate cu victime multiple sau dezastrelor.

Ghidul este destinat personalului medical eventual implicat în acordarea asistenței medicale populației în cazul incidentelor soldate cu victime multiple sau al dezastrelor.

În sensul prezentului Ghid, sunt utilizate următoarele noțiuni:

Situație excepțională - întreruperea condițiilor normale de viață și activitate a populației la un obiect sau pe un anumit teritoriu în urma unei avarii, catastrofe, calamități cu caracter natural sau biologic-social, care conduc sau pot conduce la pierderi umane și materiale. (Hotărârea Guvernului RM nr. 347 din 25.03.2003 „Cu privire la modul de acumulare și schimb de informații în domeniul protecției populației și a teritoriului în condiții de situații excepționale”).

Dezastru - o perturbare gravă a funcționării unei comunități sau a unei societăți cu cauzarea unor pierderi umane, materiale, economice sau ale mediului înconjurător de o așa amploare care depășește capacitățile comunității sau ale societății afectate de a face față situației utilizând numai propriile lor resurse (Terminologia Strategiei Internaționale ONU de Reducere a Dezastrelor). Din punct de vedere medical, dezastrul reprezintă un dezechilibru acut și neprevăzut, care se menține o anumită perioadă de timp, între capacitățile și resursele medicale disponibile și nevoile persoanelor a căror sănătate este afectată sau se află în pericol.

Victimă (lezat) - persoana, sănătatea căreia a fost afectată în urma acțiunii factorilor care au cauzat apariția situației excepționale și care necesită acordarea asistenței medicale.

Incident soldat cu victime multiple - un incident major, provocat de acțiunea factorilor care au cauzat o situație excepțională, soldat cu un număr mare de victime, salvarea vieții și păstrarea sănătății cărora necesită concentrarea la maximum a eforturilor și aplicarea unor acțiuni speciale de către structurile de salvare și de acordare a asistenței medicale.

Focar al situației excepționale (dezastrului) - teritoriul în care nemijlocit s-a produs situația excepțională (dezastrul).

Zonă a situației excepționale (dezastrului) - teritoriul în care s-au extins consecințele situației excepționale (dezastrului).

II

Principiile de bază

privind acordarea asistenței medicale populației în cazul producerii incidentelor soldate cu victime multiple sau al dezastrelor

Convențional, procesul de acordare a asistenței medicale populației în cazul producerii incidentelor soldate cu victime multiple sau dezastrelor (în continuare dezastre) se divizează în 2 etape (*fig. 1*): **etapa prespitalicească**, care reprezintă asistența medicală acordată în focarul și zona dezastrului, precum și pe parcursul căilor de evacuare pînă la instituțiile medicosanitare, în care sunt direcționate victimele, și **etapa spitalicească**, care reprezintă asistența medicală acordată în instituțiile medico-sanitare (de regulă, spitale), care primesc victimele evacuate din zona dezastrului.

În focarul dezastrului asistența medicală victimelor se acordă în formă de prim ajutor de către efectivul echipelor de salvatori și pompieri, echipele sanitare, personalul instituțiilor medico-sanitare care sunt amplasate în zona dezastrului și și-au păstrat capacitatea de a activa, precum și de însăși victimele în formă de auto-ajutor sau ajutor reciproc. În caz de necesitate (focar de contaminare chimică sau radioactivă), se întreprind măsuri speciale de protejare a victimelor (îmbrăcarea măștii antigaz, înlăturarea și neutralizarea substanțelor chimice de pe piele și mucoase, introducerea antidoturilor etc.).

Concomitent, echipele de salvatori și pompieri organizează evacuarea victimelor în afara zonei focarului și concentrarea acestora în **punctele de concentrare a lezaților (PCL)**, desfășurate de către echipele AMU și formațiunile medico-sanitare (echipele de asistență premedicală și medicală și, după caz, echipele de asistență medicală specializată), care sosesc primele în zona dezastrului.

Punctele de concentrare a lezaților reprezintă terenuri relativ libere sau adăposturi improvizate, care se află în apropiere nemijlocită de hotarele focarului, în locuri maximal protejate de pericol și accesibile pentru transportul sanitar, unde sunt concentrate victimele imediat după salvare și unde acestora li se acordă primul ajutor medical cu o primă examinare în scopul stabilirii priorităților pentru tratament și evacuarea ulterioară din zona dezastrului.

Evacuarea victimelor din focarele dezastrului și din PCL se efectuează în instituțiile medico-sanitare (de regulă, în spitale) din apropiere atît cu transportul sanitar, cît și cu transportul disponibil de altă destinație (autovehicule, microbuze, autobuze, autocamioane etc.). Transportul sanitar se

folosește în primul rînd pentru evacuarea persoanelor cu leziuni grave și de gravitate medie. În dependență de situație, evacuarea poate fi efectuată într-o singură instituție medico-sanitară sau concomitent în cîteva instituții.

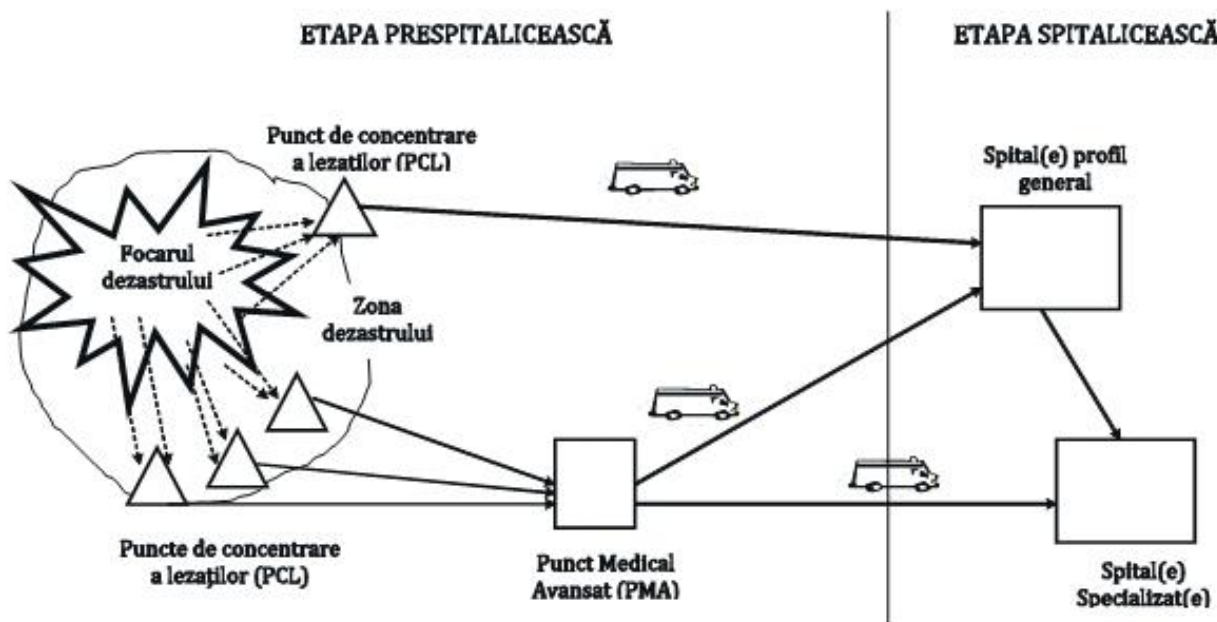


Fig. 1 Schema principală a managementului medical al dezastrului (incidentului soldat cu victime multiple)

În cazul unui aflux excesiv de victime care urmează a fi evacuate sau când distanța de la focarul dezastrului pînă la cel mai apropiat spital funcțional este mare, la decizia organelor de dirijare respective, pe căile de evacuare se desfășoară **puncte medicale avansate (PMA)**, destinate pentru acordarea asistenței medicale victimelor a căror stare prezintă pericol de agravare, precum pentru efectuarea unui triaj intermediar în scopul neadmiterii supraaglomerării spitalelor în care are loc evacuarea. PMA sunt desfășurate prin conjugarea eforturilor a mai multor formațiuni medico-sanitare (echipe de asistență premedicală și medicală) sau de către detașamente medicale. De regulă, PMA se desfășoară în clădiri și încăperi adaptate, care au rezistat la impact și și-au păstrat funcționalitatea, dar, în funcție de caz, pot fi desfășurate și în corturi. Schema principală de desfășurare a PMA include: postul de triaj, terenul de triaj, terenul pentru victimele cu leziuni ușoare, sala de pansament și/sau sala de reanimare pentru victimele cu leziuni grave și medii, sala de pansament pentru victimele cu leziuni ușoare, terenul (încăperea) de așteptare a evacuării, terenul (încăperea) pentru tratamentul muribunzilor și morga improvizată. În caz de necesitate, suplimentar se desfășoară terenul pentru tratare sanitară, izolatorul pentru bolnavi infecțioși și pentru persoanele cu dereglări psihice acute.

În punctele medicale avansate se concretizează și se precizează deciziile de triaj luate la etapa anterioară, se evidențiază și se direcționează primordial spre spitale (inclusiv nemijlocit în cele specializate) victimele care necesită asistență medicală imediată, separîndu-i în același timp pe cei, care temporar pot fi reținuți la PMA: victimele cu leziuni minore și/sau de gravitate medie, muribunzii, decedații etc. Concomitent în PMA se acordă asistența medicală în scopul stabilizării și pregătirii lezaților pentru evacuarea ulterioară, al prevenirii eventualelor complicații, alinării suferințelor etc. În caz de necesitate, se precizează și se completează suplimentar datele în fișa medicală de triaj.

Spitalele în care se efectuează evacuarea victimelor din zona dezastrului organizează primirea și triajul medical intraspitalicesc al acestora, stabilizarea, spitalizarea, acordarea asistenței medicale calificate, tratamentul și/sau evacuarea ulterioară a celor care necesită tratament în instituțiile medico-sanitare specializate. De regulă, inițial evacuarea se efectuează în spitale de profil general, care se întăresc cu echipe medicale specializate; totodată evacuarea poate avea loc direct în spitale specializate. Asistența medicală a victimelor cu leziuni minore, care nu necesită spitalizare, se acordă în instituțiile de medicină primară.

III

Noțiunea, scopul și tipurile triajului medical în cazul incidentelor soldate cu victime multiple sau dezastrelor

În cazul producerii unui incident soldat cu victime multiple sau al unui dezastru, pentru care sunt caracteristice apariția în termen scurt a unui număr semnificativ de victime, majoritatea din care necesită asistență medicală urgentă și evacuarea din zona impactului, inevitabil se creează un dezechilibru, care se menține o perioadă anumită de timp, între necesitatea de acordare a asistenței medicale și capacitățile și resursele medico-sanitare disponibile la moment. Evident că în asemenea condiții **acordarea asistenței medicale în volum deplin tuturor persoanelor afectate este practic imposibilă.**

Acest fapt impune concentrarea eforturilor spre acordarea asistenței medicale primordial acelor victime care au necesitatea cea mai stringentă, dar care în același timp au șanse reale de supraviețuire. Pentru realizarea scopului dat se cere evidențierea acestei categorii din numărul victimelor care necesită asistență medicală în volum minim sau victimelor, a căror menținere în viață este extrem de incertă, în pofida eforturilor care vor consuma mult timp și resurse medicale.

Procesul de categorisire a victimelor în funcție de prioritatea acordării asistenței medicale și evacuării se numește triaj medical. **Triajul medical este o măsură impusă**, la care se purcede în orice situație, când de asistență medicală au nevoie concomitent mai mult de două persoane, însă în cazurile când numărul acestora este cu mult mai mare, cum ar fi în incidente soldate cu victime multiple sau dezastre, importanța triajului devine determinantă.

Triajul medical în cazul incidentelor soldate cu victime multiple sau al dezastrelor (în continuare **triaj medical** sau **triaj**) reprezintă un proces complex de evidențiere și categorisire a victimelor în grupe omogene în funcție de gravitatea și caracterul leziunilor; de gradul de urgență în acordarea asistenței medicale; succesiunea, modul și destinația evacuării; de pericolul pentru sănătatea persoanelor din jur; de capacitatea și resursele medico-sanitare disponibile, precum și de circumstanțele specifice impuse de impact.

Scopul de bază al triajului medical este asigurarea acordării în termene optime a unui volum maximal posibil de asistență medicală unui număr maximal de victime ale dezastrului.

Pentru a atinge scopul scontat triajul trebuie să fie un proces continuu, succesiv, concret și efectuat concomitent cu acordarea asistenței medicale și evacuarea.

Continuitatea triajului constă în efectuarea acestuia la toate etapele de acordare a asistenței medicale prin care trece victima - începând cu focarul dezastrului și terminând cu instituția medicosanitară în care se finalizează tratamentul.

Succesivitatea triajului constă în faptul că la fiecare etapă de asistență medicală acesta reprezintă o continuare și se efectuează, ținând cont de deciziile de triaj luate la etapele anterioare.

Caracterul concret al triajului constă în luarea deciziei de triaj individual pentru fiecare victimă și în funcție de circumstanțele concrete ale situației medico-sanitare.

Continuitatea, succesivitatea și caracterul concret al triajului în mare măsură se asigură prin înregistrarea datelor ce țin de deciziile de triaj și măsurile întreprinse pe parcursul deplasării victimei din zona unde a suportat leziunea până în instituția în care urmează a fi finalizat tratamentul într-un document special de evidență - Fișa medicală de triaj.

În funcție de locul (etapa) unde se efectuează triajul, acesta se divizează în **triaj prespitalicesc** și **triaj spitalicesc (intraspitalicesc)**.

Triajul prespitalicesc se efectuează în zona (parțial în focarul) dezastrului și pe parcursul căilor de evacuare până la instituția medico-sanitară, având ca scop de bază aprecierea gradului de prioritate și volumului asistenței medicale de urgență, care ar asigura menținerea funcțiilor vitale ale organismului, precum și evacuarea victimelor în termene optime și conform destinației.

Triajul spitalicesc (intraspitalicesc) se efectuează în cadrul instituției medico-sanitare în care sunt evacuate victimele dezastrului cu scopul determinării oportunității tratamentului în instituția respectivă, iar în cazul deciziei pozitive - cu scopul stabilirii ordinii, gradului de urgență și subdiviziunii instituției unde va fi administrat tratamentul.

IV

Grupele de triaj

În funcție de gravitatea și caracterul leziunilor, precum și de gradul de urgență în acordarea asistenței medicale și evacuării, **se stabilesc 5 grupe de triaj** în care se repartizează victimele dezastrului. Fiecărei grupe de triaj i se atribuie un cod color, și anume: **roșu, galben, verde, sur și negru.**

<i>Grupa de triaj</i>	<i>Codul color</i>	<i>Categoria de victime</i>
I Urgență absolută	ROȘU	Victime cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări grave și foarte grave, cu compromiterea funcțiilor vitale, care necesită măsuri de stabilizare imediată a căilor respiratorii, a respirației și hemodinamicii, cât și evacuarea prioritară (în primul rând) în condiții de transport medical asistat. Pînă la stabilizarea funcțiilor vitale sunt netransportabile.
II Urgență relativă	GALBEN	Victime cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări grave sau de gravitate medie, cu funcții vitale păstrate, însă cu riscul dezvoltării în timpul apropiat a unor complicații periculoase pentru viață. Necesită asistență medicală urgentă, dar nu imediată. În unele cazuri asistența medicală poate fi amînată pînă la etapa următoare. Evacuarea se efectuează în rîndul II cu transport sanitar asistat.
III Urgență minoră	VERDE	Victime cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări ușoare, care nu prezintă pericol pentru sănătate, pot fi tratate mai tîrziu, de regulă, în condiții de ambulatoriu. Pot fi evacuate cu transport nespecializat sau de sine stătător.
IV Muribunzi	SUR	Victime în stare agonală, cu leziuni, afecțiuni intoxicații sau contaminări deosebit de grave, incompatibile cu funcțiile vitale ale organismului. Nu pot fi salvate în circumstanțele specifice de timp și loc, iar menținerea lor în viață va consuma mult timp și resurse medicale. Necesită doar terapie simptomatică și de alinare a suferințelor. Evacuarea se efectuează în rîndul doi sau, dacă permite situația, în primul rînd cu transport sanitar asistat.
V Decedați	NEGRU	Victimele care au decedat (respirația și pulsul lipsesc, reflexele cornean și fotomotor sunt absente, midriază totală).

Notă:

1. Categorisirea victimelor dezastrului este expusă în Anexa nr.1 la prezentul Ghid.
2. Copiii pînă la 15 ani și femeile gravide se atribuie în mod automat la grupa de triaj nr.1, marcată cu codul color Roșu.

V

Modul de efectuare a triajului medical

Triajul medical este un proces complicat, dificil, dar de care în același timp depinde în cea mai mare măsură succesul în acordarea asistenței medicale victimelor unui incident soldat cu victime multiple sau dezastru.

Din aceste considerente, triajul medical trebuie încredințat persoanelor cu experiență, care au o bună instruire și pregătire în problemele acordării asistenței medicale de urgență în situații de criză și posedă capacități de a se orienta și a acționa sigur în circumstanțe complicate.

Având la bază aceleași principii generale, modul de efectuare a triajului are mai multe particularități, în dependență de locul (etapa) în care acesta se aplică.

TRIAJUL MEDICAL LA ETAPA PRESPITALICEASCĂ

Scopul principal al triajului medical efectuat la etapa de prespital este asigurarea asistenței medicale urgente după priorități, cu evacuarea victimelor conform destinației.

Triajul la etapa dată se începe nemijlocit în zona focarului și se efectuează de către efectivul echipelor de salvatori și pompieri și al echipelor sanitare, care, concomitent, acordă victimelor și primul ajutor. Luând în considerație condițiile complicate, adesea primejdioase, caracteristice pentru focarul impactului, aici se aplică numai cele mai elementare măsuri de triaj, care, de regulă, constau în depistarea în baza semnelor vădite (hemoragie abundentă, lipsa respirației, lipsa conștienței etc.) a celor victime, care necesită asistență medicală de urgență și evacuarea primordială, precum și celor care sunt în stare să se deplaseze de sine stătător sau cu un minim ajutor. Prima grupă de victime se evacuează din focar în mod urgent, a doua grupă este îndreptată spre punctele de concentrare a lezaților și părăsesc zona impactului de sine stătător. Restul victimelor se evacuează din focar în rîndul doi.

Triajul medical propriu-zis începe în punctele de concentrare a lezaților (PCL) și se efectuează de către echipele AMU și formațiunile medico-sanitare (echipele de asistență premedicală și medicală și, în funcție de caz, echipele de asistență medicală specializată). Responsabil de organizarea și coordonarea triajului medical este conducătorul primei echipe medicale, care a sosit în zona unde are loc concentrarea victimelor evacuate din focar. În PCL triajul, de asemenea, începe cu selectarea în baza semnelor vădite (hemoragii abundente, stare de șoc traumatic, insuficiențe respiratorii și

cardiace acute, asfixie, convulsii, combustii masive, amputări traumatice ale extremităților, fracturi deschise ale femurului, eventrarea intestinelor, pneumotorax deschis, etc.) a victimelor în stare gravă, care necesită asistență medicală imediată, după acordarea căreia ele vor fi evacuate în primul rând în spitalele apropiate cu transport sanitar asistat. Ulterior se porcede la triajul consecutiv, care constă în examinarea consecutivă și în mod rapid a fiecărei victime, aprecierea gravității leziunilor și a indicilor vitali (frecvența respirației, pulsul, tensiunea arterială, nivelul conștienței etc.) cu categorisirea victimelor în diferite grupe de triaj, în funcție de gradul de urgență în acordarea asistenței medicale și evacuare. În cazurile ce impun reducerea la minimum (cel mult 1-2 minute) a timpului care poate fi acordat pentru trierea unei victime (numărul de victime depășește substanțial capacitățile personalului medical, necesitatea de a părăsi urgent zona aflării în urma apariției unui pericol iminent etc.), se aplică **algoritmul de triaj rapid în volum minim (TRAMIN)**, a cărui esență constă în categorisirea rapidă a victimelor utilizând un algoritm de procedee simple de estimare a stării victimei bazate pe 4 criterii: capacitatea de a se deplasa de sine stătător, starea conștienței, respirației și a circulației sangvine (Anexa nr. 2).

În urma triajului efectuat la PCL victimele cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări grave sau foarte grave, ce prezintă pericol imediat pentru viață (codul color Roșu), după acordarea în mod prioritar a asistenței medicale urgente, se evacuează în primul rând în spitalele apropiate utilizând transportul sanitar asistat. Victimele cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări grave și medii, dar cu funcții vitale păstrate (codul color Galben) se evacuează în rândul doi în spitalele apropiate, utilizând transportul sanitar asistat. Victimele cu leziuni, afecțiuni, intoxicații sau contaminări ușoare, majoritatea din care nu necesită spitalizare și pot fi tratate ambulatoriu (codul color Verde), se evacuează, în funcție de caz în instituțiile de medicină primară sau în spitalele apropiate cu transport nespecializat. Victimelor în stare agonală, cu leziuni, afecțiuni sau intoxicații deosebit de grave, incompatibile cu menținerea funcțiilor vitale ale organismului, cu șanse minimale de supraviețuire (codul color Sur) li se acordă terapie simptomatică și de alinare a suferințelor. Evacuarea acestei categorii se efectuează în rândul doi sau, în funcție de circumstanțe și posibilități, în primul rând cu transport sanitar asistat. Pentru victimele decedate (codul color Negru) se stabilește un loc special, în măsura posibilităților dosit de văzul altor categorii de victime aflate la PCL. Locul și modul evacuării cadavrelor se decide separat de către structurile responsabile de lichidarea consecințelor dezastrului.

Este important de menționat că la punctele de concentrare a lezaților se îndeplinește fișa medicală de triaj, care va însoți victima pe parcursul căilor de evacuare pînă la instituția medicală în care aceasta va fi evacuată. Completarea fișei se efectuează de către personalul medical care efectuează trierea (de regulă, de către asistenții medicali conform indicațiilor medicului). În cazurile cînd completarea în volum deplin a fișei este imposibilă (circumstanțe agravante, număr mare de victime, insuficiența personalului medical etc.), se completează numai cele mai importante compartimente (numele, diagnosticul, asistența medicală acordată, ordinea și modul evacuării etc.) cu marcarea deciziei de triaj prin decuparea fișilor color respective (Vezi capitolul VI „Fișa medicală de triaj”).

Următoarea etapă unde se efectuează triajul medical o constituie punctele medicale avansate (PMA), în cazul desfășurării acestora pe căile de evacuare (Fig. 2).

La postul de triaj al PMA, de regulă, lucrează 1-2 persoane din numărul felcerilor sau asistenților medicali care au o experiență mai mare de lucru. Toate transporturile cu victime din zona dezastrului sunt obligate să se oprească la postul de triaj al PMA. Felcerul (asistentul medical) verifică în urma unui examen superficial starea generală a victimelor, confruntînd-o cu datele înscrise în fișele medicale de triaj. În cazurile cînd nimeni din victime nu necesită asistență medicală suplimentară sau izolare, transportul respectiv se îndreaptă fără reținere spre instituția în care are loc evacuarea. În restul cazurilor transportul se reține la PMA. Victimele care sunt în stare să se deplaseze de sine stătător se coboară din transport și sunt direcționate spre terenul pentru victimele cu

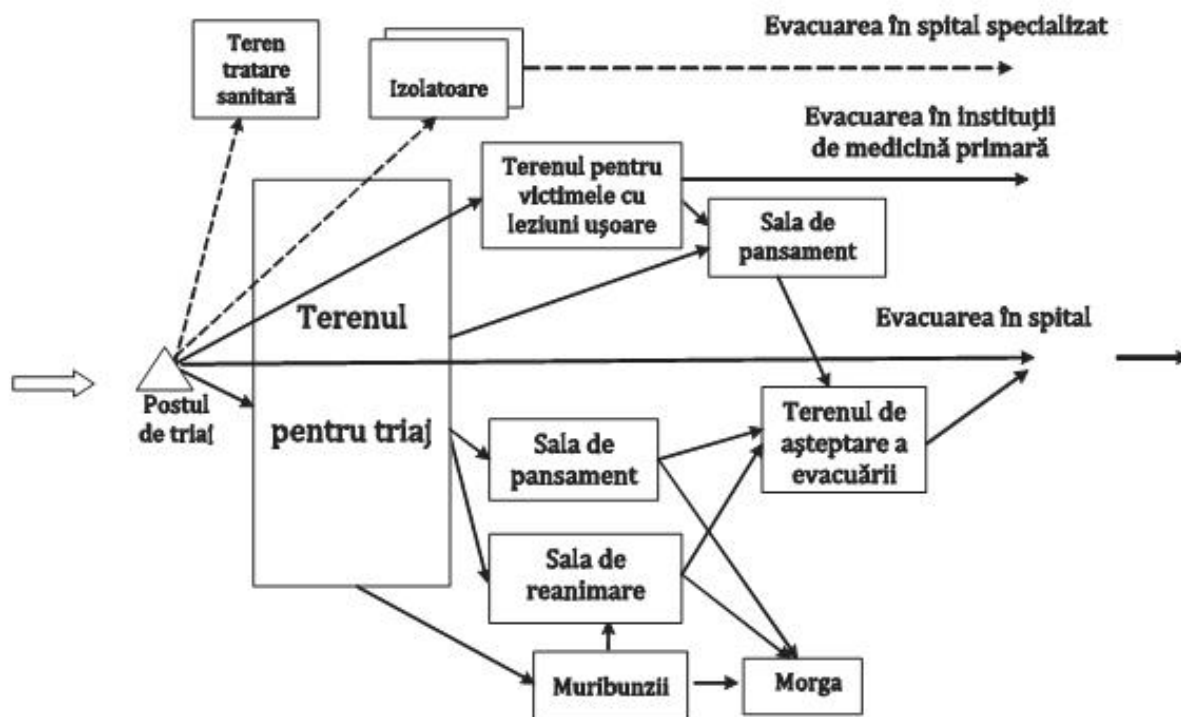


Fig. 2 Schema principală de desfășurare a punctului medical avansat

leziuni ușoare. Dacă la punctul de triaj sunt depistate victime cu semne de maladii infecțioase, dereglări psihice cu manifestări agresive sau victime care necesită decontaminare și/sau tratament sanitar, acestea sunt îndreptate în izolatoarele pentru bolnavi infecțioși sau cu dereglări psihice, sau pe terenul pentru tratament sanitar. După aceasta transportul cu restul victimelor se îndreaptă spre terenul pentru triaj, unde victimele sunt descărcate din automobile de către echipele de brancardieri.

Pe terenul pentru triaj, de regulă, activează 1-2 echipe de triaj, care sunt constituite dintr-un medic, 1-2 asistenți medicali și 2-4 brancardieri din numărul personalului auxiliar.

Ordinea triajului pe terenul pentru triaj este următoarea: inițial, chiar în timpul descărcării victimelor din transport, se efectuează un triaj selectiv, care are drept scop identificarea victimelor cu semne vădite, care indică asupra necesității de acordare a asistenței medicale imediate (hemoragie masivă, asfixie, insuficiență respiratorie acută, stare de șoc, convulsii etc.). Victimele din această categorie (codul color Roșu) sunt transportate în mod prioritar de către echipele de brancardieri în sala de pansament sau, după caz, în sala de reanimare. Ulterior se poruncește la triajul consecutiv, în cadrul căruia echipa de triaj, trecând consecutiv de la un lezat la altul, verificând datele înscrise în Fișa medicală de triaj și estimând starea indicilor vitali, apreciază în primul rând dacă victima respectivă necesită sau nu asistență medicală suplimentară și stabilizare la etapa dată. Victimele care nu necesită asistență medicală la etapa PMA (de regulă, cele categorisite cu codul color Galben sau Verde) sunt îndreptate pe terenul (încăperile) destinate pentru așteptarea evacuării. Dacă este necesar, în Fișa medicală de triaj se introduc corecțiile respective privind urgența, ordinea și modul evacuării. Restul victimelor sunt îndreptate în funcție de caz: cele categorisite cu codul color Roșu - în sala de pansament sau sala de reanimare în primul rând; cele categorisite cu codul color Galben sau Verde, însă care necesită unele acțiuni de asistență medicală suplimentară, sunt îndreptate în rândul doi în sala de pansament pentru persoanele lezate grav sau în sala de pansament pentru victimele cu leziuni ușoare; persoanele cu leziuni grave și foarte grave, care conform pronosticului nu

vor supraviețui pînă la etapa următoare, sunt îndreptate pe terenul (încăperea) pentru muribunzi, iar decedații sunt concentrați în morga improvizată.

Pe terenul unde sunt concentrate victimele cu leziuni ușoare, de regulă, lucrează 1-2 asistenți medicali. Ele identifică persoanele care necesită o asistență medicală suplimentară, pe care o acordă pe loc sau le îndreaptă în sala pentru pansament pentru victimele cu leziuni ușoare. La fel se identifică persoanele, care nu vor necesita spitalizare - acestea se pregătesc pentru evacuarea directă în instituțiile de medicină primară, iar cei cu leziuni ușoare, dar care totuși necesită spitalizare, sunt îndreptați pe terenul pentru așteptarea evacuării.

Triajul medical efectuat la PMA continuă pe terenul (încăperea) pentru așteptarea evacuării, unde are loc monitorizarea stării bolnavilor, pregătirea acestora pentru evacuare și aprecierea urgenței, ordinii și tipului de transport cu care aceștia vor fi ulterior evacuați.

Dacă permite situația, la PMA se completează compartimentele Fișei medicale de triaj care nu au fost îndeplinite la etapa anterioară.

TRIAJUL MEDICAL LA ETAPA SPITALICEASCĂ

Luînd în considerație faptul că spitalul este instituția cu care se finalizează etapele de asistență medicală și evacuare a victimelor din zona dezastrului, triajul medical la etapa dată urmează a fi efectuat cu o deosebită precauție. Din aceste considerente este extrem de importantă pregătirea instituției în termeni restrînși și condiții complicate pentru primirea unui număr mare de victime.

Cele mai importante măsuri ce urmează a fi întreprinse în acest scop sunt următoarele:

- organizarea dirijării și coordonării;
- eliberarea căilor de acces către spital și către subdiviziunile funcționale ale acestuia și instalarea indicatoarelor de direcție;
- ajustarea subdiviziunilor spitalului în funcție de eventuala patologie de bază și structura așteptată a fluxului de victime;
- desfășurarea postului și a terenului de triaj, a terenului (încăperilor) pentru acordarea asistenței medicale victimelor cu leziuni ușoare și celor care se află în stare agonală și, în funcție de caz, a punctului de tratare sanitară și a izolatoarelor pentru bolnavii care prezintă pericol pentru sănătatea celor din jur;
- formarea și instruirea echipelor de triaj și a echipelor de brancardieri;
- alertarea și chemarea la serviciu a personalului medical care la moment nu este în spital;
- pregătirea pentru lucru în regim sporit a subdiviziunilor funcționale, în primul rînd a sălilor de operație, reanimare și de pansament, lărgirea capacității de spitalizare a spitalului, pregătirea pentru eliberare în secții a rezervelor medico-sanitare disponibile etc.

În funcție de perspectiva tratamentului staționar, fluxul de victime evacuate în spital din zona dezastrului urmează a fi divizat în următoarele grupe:

- victimele care cu un înalt grad de probabilitate vor rămîne pentru continuarea tratamentului în instituția dată;
- victimele care necesită un tratament ce nu poate fi acordat în condițiile instituției date, în urma cărui fapt ele urmează a fi evacuate într-un spital specializat (de regulă, o perioadă anumită de timp victimele din această categorie vor trebui totuși reținute în instituția dată în scopul pregătirii lor pentru evacuare);

- victimele care nu necesită asistență medicală în condiții de staționar și urmează a fi tratate ambulatoriu.

La rândul lor victimele care vor rămâne pentru continuarea tratamentului în spitalul dat se repartizează în funcție de starea clinică, gradul de urgență a asistenței medicale și subdiviziunea în care aceasta urmează a fi acordată, în următoarele grupe:

- victimele care prezintă pericol pentru sănătatea persoanelor din jur - sunt direcționate după caz la punctele de tratare sanitară, în izolatoarele pentru bolnavi cu maladii infecțioase sau în izolatorul pentru bolnavi cu dereglări psihice acute;
- victimele cu traume, combustii, afecțiuni sau intoxicații grave sau foarte grave, care necesită asistență medicală imediată - sunt îndreptate în primul rând în sălile de operație, de reanimare sau terapie intensivă;
- victimele cu traume, combustii, afecțiuni sau intoxicații grave sau de gravitate medie, însă cu funcții vitale păstrate - sunt îndreptate în rîndul doi în sălile de operație, pansament, proceduri sau, după caz, în subdiviziunile diagnostice (cabinetul roentgen, ultrasonografie etc.);
- victimele cu traume, combustii, afecțiuni sau intoxicații ușoare, dar care totuși necesită tratament sau supraveghere în condiții de staționar - sunt îndreptate în secțiile curative respective;
- victimele în stare agonală, cu leziuni, combustii, afecțiuni sau intoxicații extrem de grave, fapt ce îi lipsește de șansele de a supraviețui - sunt îndreptate în una din subdiviziunile spitalului, unde acestora le vor fi acordate îngrijiri, terapie simptomatică și de alinare a suferințelor;
- victimele care au decedat se concentrează în morga spitalului sau într-o încăpere predestinată pentru acest scop.

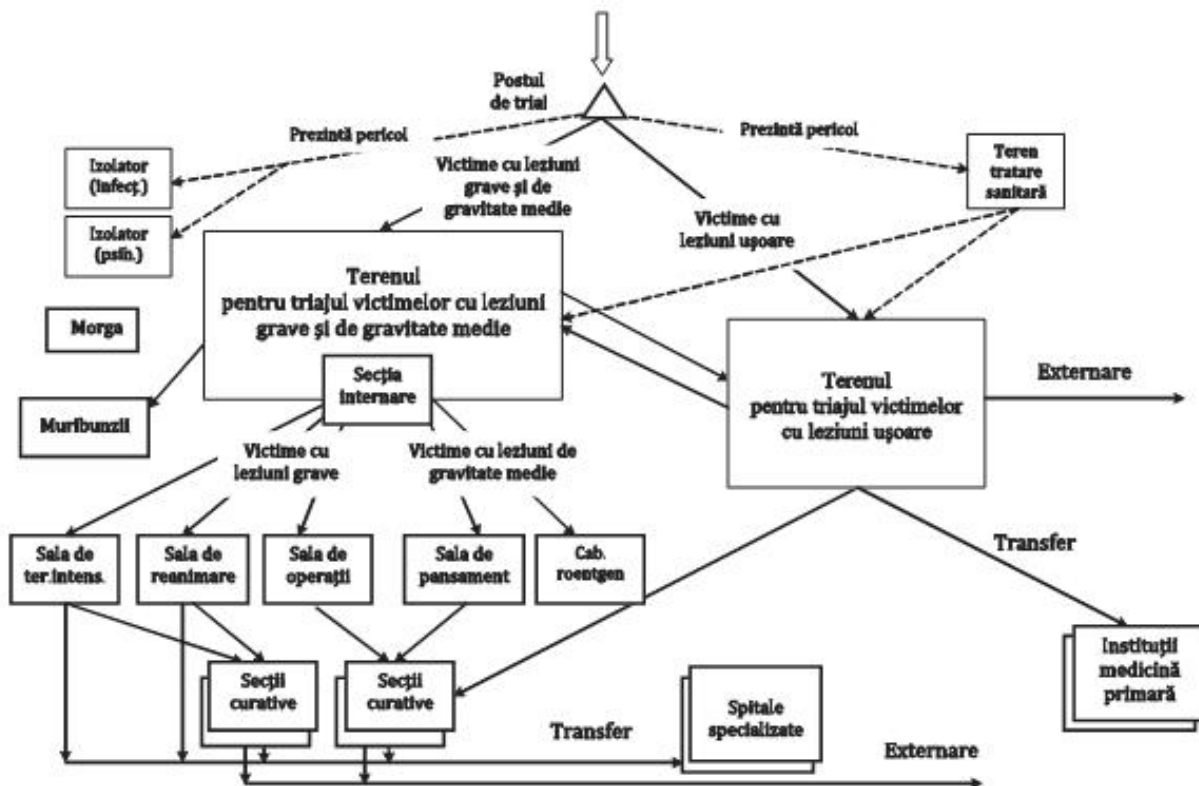


Fig. 3 Schema principală a triajului efectuat în spital de profil general

Triajul victimelor evacuate în spital din zona dezastrului se efectuează consecutiv la postul de triaj, pe terenul de triaj și în subdiviziunile în care sunt direcționate victimele pentru tratamentul ulterior (Fig. 3).

Triajul se începe la **postul de triaj**, care se desfășoară la intrarea pe teritoriul instituției și este destinat pentru întâmpinarea transportului cu victime și triajul preventiv al acestora, orientat în primul rând spre identificarea și izolarea victimelor, care prezintă pericol pentru sănătatea persoanelor înconjurătoare. O funcție importantă pe care o îndeplinește postul de triaj este neadmiterea trecerii pe teritoriul spitalului a transportului neautorizat. De regulă, la postul de triaj lucrează o singură persoană din numărul personalului medical mediu (felcer, asistent medical), însă în caz de necesitate numărul lor poate fi majorat, inclusiv din contul medicilor. În cazul recepționării de către spital a victimelor dintr-un focar chimic sau radioactiv, persoana care lucrează la postul de triaj trebuie să dispună de mijloace individuale de protecție și, după caz, de dozimetru. Postul de triaj se dotează cu o bară mobilă pentru stoparea trecerii transportului, cu mijloace de transmisiuni sau/și cu mijloace improvizate de înștiințare despre sosirea transportului cu victime, cu mijloace de iluminare, brancarde, cîrje și o trusă medicală pentru acordarea asistenței medicale de urgență.

Modul de lucru la postul de triaj este următorul: la sosirea transportului cu victime lucrătorul medical îl oprește, concretizează numărul de victime și de unde sunt evacuate (direct din zona dezastrului sau deja au trecut prin careva etape ale asistenței medicale), înștiințează personalul care lucrează pe terenul de triaj despre sosirea unei noi grupe de victime, identifică și coboară din transport persoanele care prezintă pericol pentru sănătatea celor din jur și, după caz, pe cei care se pot deplasa de sine stătător, după ce indică conducătorului auto direcția și locul spre care trebuie să se deplaseze ulterior automobilul, direcționează lezații care prezintă pericol pentru cei din jur spre punctul de tratare sanitară sau izolatoare, iar pe cei care se pot deplasa de sine stătător spre terenul pentru persoanele cu leziuni ușoare.

Ulterior, informația privind victimele care au intrat pe teritoriul spitalului (numărul, de unde sunt evacuate, starea etc.) se transmite în modul stabilit de la punctul de triaj conducerii instituției (grupului de dirijare a incidentului).

Următoarea etapă de efectuare a triajului este **terenul pentru triaj**, care reprezintă o porțiune de teren a teritoriului spitalului destinată pentru amplasarea, triajul medical și, în caz de necesitate, acordarea asistenței medicale urgente victimelor direcționate de la postul de triaj.

Terenul pentru triaj include două componente de bază: terenul pentru triajul medical al victimelor cu leziuni grave și medii, care nu se pot deplasa de sine stătător, și terenul pentru triajul medical al victimelor lezate ușor. Da regulă, componentele se desfășoară la o anumită depărtare unul de altul, însă după caz, pot fi desfășurate și pe același teren. Este de dorit ca hotarele terenului de triaj să fie marcate cu o panglică bi-color sau cu alte mijloace improvizate. Dacă permit condițiile și spațiile disponibile (prezența unor holuri sau coridoare suficient de spațioase), terenul pentru triaj sau unul din componentele acestuia nu se desfășoară, iar triajul se efectuează în interiorul clădirii spitalului.

Terenul pentru triajul victimelor cu leziuni grave și medii, de regulă se amplasează în fața secției de internare (departamentului de urgență) și se dotează cu brancarde, suporturi pentru brancarde, scaune (bănci) pliante, medicamente pentru acordarea asistenței medicale de urgență, materiale pentru pansament și imobilizare, aparate portative de resuscitare, materiale sanitargospodărești pentru îngrijirea bolnavilor, documente de evidență medicală etc.

Pentru asigurarea eficienței triajului este foarte important ca brancardele pe care se vor afla victimele ce urmează a fi supuse trierii să fie amplasate corect, și anume: brancardele se instalează pe suporturi în câteva rânduri consecutive a câte 6-8 brancarde în fiecare. Distanța dintre brancarde trebuie să fie de cel puțin 1 metru. Suporturile pentru brancarde trebuie să aibă o înălțime de 0,9-1,2 m.

Ordinea triajului pe terenul de triaj este următoarea: la apropierea transportului direcționat de la postul de triaj din el se coboară în primul rând lezații care se pot deplasa de sine stătător (dacă acest lucru nu s-a efectuat la postul de triaj) și, fiind însoțiți de unul din lucrătorii medicali, se îndreaptă spre terenul pentru triajul persoanelor lezate ușor. După aceasta brancardierii descărcă din automobil pe cei lezați grav. Nemijlocit în procesul descărcării se efectuează un triaj selectiv, a cărui esență constă în identificarea lezaților cu semne vădite, care indică asupra necesității de acordare a asistenței medicale imediate a acestor persoane (hemoragie masivă, asfixie, stare de șoc, convulsii etc.).

Deciziile de triaj se notifică prin înscrierea în Fișa medicală de triaj a subdiviziunii în care trebuie îndreptat lezatul și decuplarea fișilor color din partea stângă a Fișei, cu excepția fișei de culoare roșie (vezi capitolul VI „Fișa medicală de triaj”). Lezații, selectați în acest mod sunt transportați în mod de urgență de către echipele de brancardieri în subdiviziunile respective (sala de reanimare, operație, terapie intensivă).

Restul lezaților gravi se amplasează pe brancardele de pe terenul de triaj, fiind respectată strict următoarea regulă: victimele nou-sosite nu se amplasează pe locurile libere ale rândului de brancarde unde se află persoanele lezate care deja au fost supuse trierii. Varianta optimă este ca victimele nou-sosite să fie amplasate consecutiv, unul după altul, pe un rând de brancarde, care la moment este liber. Odată cu amplasarea victimelor pe brancarde se purcede la efectuarea triajului medical consecutiv al acestora, folosind metoda conveier (Fig. 4).

Esența metodei constă în următoarele: echipa (echipele) de triaj este constituită dintr-un medic, 2 asistenți medicali, 2 registratori și 1-2 echipe de brancardieri. Medicul împreună cu un asistent medical și un registrator începe a lucra cu primul lezat din primul rând de brancarde. Concomitent celălalt asistent medical împreună cu alt registrator încep a lucra cu lezatul următor. Medicul examinează lezatul, apreciază starea acestuia, ia decizia de triaj, dictează registratorului datele ce urmează a fi înscrise în documentația medicală (fișa medicală de triaj sau fișa medicală a bolnavului din staționar), dă indicații privind realizarea măsurilor necesare de asistență medicală și notarea respectivă a deciziei de triaj. Ulterior medicul trece la lezatul următor, unde inițial primește rapor-

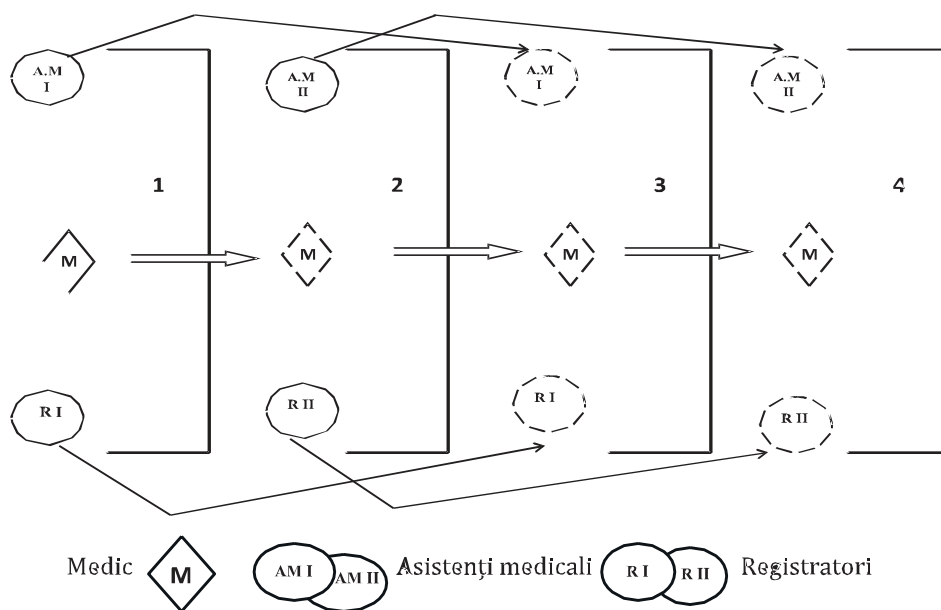


Fig. 4 Efectuarea triajului medical prin metoda consecutivă conveier

tul asistentului medical privind starea acestuia, inclusiv indicatorii de bază ai respirației, pulsului, tensiunii arteriale etc., după care întreprinde aceleași acțiuni pe care le-a efectuat în privința lezării precedente și trece la lezarea următoare. Între timp, asistentul medical și registratorul, care au lucrat cu medicul la primul lezat, finalizează îndeplinirea indicațiilor primite, se asigură că echipa de brancardieri a înțeles corect destinația evacuării, după care trec la al treilea lezat, unde încep examinarea stării funcțiilor vitale ale acestuia pentru a le raporta ulterior medicului. Analogic procedează asistentul medical și registratorul, care au lucrat cu medicul la al doilea lezat.

În acest mod, respectând consecutivitatea, se desfășoară triajul medical al tuturor victimelor amplasate pe terenul de triaj.

La intrarea pe **terenul pentru triajul persoanelor lezate ușor** se instalează o masă, care reprezintă locul de lucru al echipei de triaj, care de obicei constă dintr-un medic, un asistent medical și un registrator. Terenul pentru triajul celor lezați ușor este dotat cu scaune (bănci) pliante, medicamente pentru acordarea asistenței medicale de urgență, materiale pentru pansament și imobilizare, aparate portative de resuscitare, brancarde, cîrje, materiale sanitare-gospodărești pentru îngrijirea bolnavilor, documente de evidență medicală etc.

Ordinea triajului este următoarea: lezații, unul după unul, se apropie de masa unde lucrează echipa de triaj. Medicul echipei examinează fiecare lezat în parte, apreciază starea acestuia, ia decizia de triaj, în caz de necesitate dă indicații privind acordarea asistenței medicale necesare și care poate fi acordată nemijlocit pe terenul de triaj și dictează datele care urmează a fi înscrise în documentația medicală (fișa medicală de triaj sau fișa medicală a bolnavului din staționar). Lezații, care necesită tratament staționar se îndreaptă în subdiviziunile respective ale spitalului, iar cei care nu necesită tratament staționar sunt externați sau îndreptați cu recomandările și explicațiile respective în instituțiile de medicină primară. În acest caz în calitate de document de îndreptare servește Fișa medicală de triaj.

În procesul de triere a victimelor cu leziuni ușoare este necesar de ținut cont de faptul, că majoritatea dintre ei, fiind sub influența stresului psihologic, vor fi foarte agitați, iar uneori chiar agresivi. Din aceste considerente, o importanță deosebită o are numirea unui număr suficient de persoane (de dorit, dar nu neapărat din numărul lucrătorilor medicali), responsabile pentru menținerea ordinii pe terenul de triaj.

VI

Fișa medicală de triaj

F ișa medicală de triaj (în continuare Fișa medicală) reprezintă un document de evidență medicală primară, utilizat în cazul incidentelor soldate cu victime multiple sau al dezastrelor. Fișa medicală este destinată pentru înregistrarea victimei, documentarea procesului de triere și a deciziei de triaj luate (concretizate) în zona (focarul) dezastrului, pe căile de evacuare și în instituția medico-sanitară în care victima a fost evacuată. Concomitent în Fișa medicală se înregistrează și unii indici ai funcțiilor vitale, care reflectă starea clinică a victimei (conștiența, respirația, pulsul, tensiunea arterială), precum și volumul asistenței medicale acordate în zona (focarul) dezastrului și pe parcursul evacuării.

Notificarea deciziei de triaj se efectuează prin intermediul fișiiilor color (parte componentă a Fișei medicale), fiecareia din care, în funcție de gradul de urgență în acordarea asistenței medicale, îi corespunde o anumită grupă de triaj, și anume:

Fîșia roșie - Urgență absolută;

Fîșia galbenă - Urgență relativă;

Fîșia verde - Urgență minoră;

Fîșia sură - Muribunzi;

Fîșia neagră - Decedați.

Fișa medicală permite efectuarea separată a triajului medical la etapa prespitalicească și la etapa spitalicească.

Fiecare Fișă medicală are numărul său de evidență, care este imprimat pe fișă, pe fiecare fișie color și pe cotorul Fișei.

DESCRIEREA FIȘEI MEDICALE DE TRIAJ

Fișa medicală (*Fig. 2 și 3*) constă din 3 compartimente: fișa propriu-zisă, seturile de fișii color și cotorul Fișei.

Fișa medicală propriu-zisă este destinată pentru înscrierea informației ce ține de datele de pașaport ale victimei, indicii de bază care caracterizează starea ei clinică, caracterul leziunii, diagnosticul, volumul asistenței medicale acordate, precum și modul și destinația evacuării.

Fișa prevede înscrierea datelor atât pe partea avers, cât și pe revers.

Aversul Fișei medicale conține compartimentele destinate pentru notarea datei și orei completării, numele și prenumele victimei, sexul, vârsta și domiciliul, caracterul leziunii, indicii respirației, pulsul, tensiunea arterială și nivelul cunoștinței. În porțiunea centrală se află 2 desene a figurii corpului omenesc în poziție anterioară și posterioară cu specificarea diametrului pupilei. În partea superioară a Fișei este imprimat numărul de evidență a acesteia.

Reversul Fișei medicale conține compartimentele referitoare la diagnostic, aplicarea garoului, imobilizare și pansament cu indicarea timpului, medicației administrate (modul, preparatul, doza și timpul), modul și destinația evacuării, semnătura persoanei care a completat Fișa.

În scopul economisirii timpului de completare, o parte din compartimentele Fișei conțin răspunsuri standard, care urmează a fi notificate prin încercuirea acestora.

Fîșiile color sunt destinate pentru notificarea grupei de triaj în care a fost categorisită victima. Fîșiile sunt grupate în 2 seturi identice a câte 5 culori în fiecare și sunt amplasate simetric în partea dreaptă și stîngă a Fișei. Culoarele fîșiilor au următoarea consecutivitate (de la centru spre periferie): negru, sur, roșu, galben și verde.

Fîșiile color sunt detașabile, fapt ce se obține prin prezența perforațiilor între ele. Pe fiecare fîșie este imprimat numărul de evidență al Fișei medicale.

Setul de fîșii din dreapta este destinat pentru triajul la etapa prespitalicească, iar setul din stînga pentru triajul la etapa spitalicească, lucru indicat pe aversul Fișei.

Setul de fîșii color destinat pentru triajul la etapa spitalicească merge în prelungirea unei fîșii nedetașabile de culoare albă, destinată pentru indicarea subdiviziunii spitalului în care urmează a fi evacuată victima.

Cotorul Fișei medicale este predestinat pentru evidența numărului de victime supuse triajului la etapa de prespital și rezultatele acestuia. Cotorul prezintă o fîșie detașabilă suplimentară de culoare albă, atașată la fîșia verde a setului destinat pentru triajul la etapa prespitalicească, pe care, la fel, este imprimat numărul de evidență al Fișei și în care urmează să fie înregistrate numele și prenumele victimei, diagnosticul și locul evacuării.

Fișa medicală este confecționată din carton protejat de umezeală și are dimensiunile de 24 cm lungime și 13 cm lățime. Lățimea fiecărei fîșii este de 1,2 cm.

În mijlocul părții de sus a Fișei este prevăzut un orificiu pentru cordon (sfoară), cu ajutorul căruia Fișa se fixează de victimă.

MODUL DE UTILIZARE

De regulă, Fișa medicală se completează inițial de către personalul medical special instruit, implicat în acordarea asistenței medicale populației în zona (focarul) dezastrului, însă, în dependență de situație, fișa poate fi inițial completată și la alte etape (pe parcursul evacuării de către personalul medical de însoțire, la punctul medical avansat și, după caz, în instituția medico-sanitară).

Persoana care efectuează triajul examinează victima, apreciază starea clinică a acesteia și ia decizia de triaj. În caz de necesitate, concomitent cu triajul se acordă și asistența medicală de urgență.

Înregistrează datelor în Fișa medicală se efectuează în felul următor:

Pe avers: în compartimentul din colțul drept superior se indică data și ora trierii, în colțul stîng superior se indică sexul victimei. Numele, prenumele, vârsta și domiciliul victimei se indică în partea superioară a Fișei. Caracterul leziunii (traumă, combustie, leziune chimică, radiativă sau biologică) se evidențiază prin încercuire în compartimentul respectiv. În partea centrală stîngă se notează

○				
Diagnosticul:				
.....				
Asistența medicală acordată:				
Aplicare garou	Timpul :			
Imobilizare	:			
Pansament	:			
i/v	i/m	Preparatul administrat	doza	timpul
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:
Evacuarea:		Rîndul		
a. pe brancardă	a. asistat	a. I		
b. de sine stătător	b. neasistat	b. II		
		c. III		
Destinația		Subdiviziunea staționarului		
Semnătura				

Fig. 6 Modelul Fișei medicale de triaj (reversul)

numărul de respirații per minut, pulsul și tensiunea arterială. În același compartiment se indică prin încercuire starea căilor respiratorii (permeabile sau obstruate) și nivelul statusului mintal (conștiența clară, reacție la stimul verbal, reacție la stimul dur, nu reacționează). În rubrica „Altele” se notează suplimentar parametrii sau leziunile specifice care prezintă importanță. Pe figuri se încercuiește porțiunea anatomică lezată și diametrul pupilelor din ambele părți.

Pe revers: în partea superioară se notează diagnosticul preventiv. În partea centrală se indică faptul și timpul aplicării garoului, imobilizări și/sau pansamentului. Mai jos se notează preparatele administrate, precum și modul, doza și timpul administrării. În următorul compartiment se notează prin încercuire modul indicat al evacuării (pe brancardă sau de sine stătător, asistat sau neasistat, în rândul I, II sau III). În partea inferioară se indică locul evacuării (instituția în care trebuie evacuat lezatul), numele și semnătura celui care a efectuat triajul medical.

Datele privind numele și prenumele victimei, diagnosticul preventiv și destinația evacuării se înscriu și în cotorul Fișei medicale.

Marcarea deciziei de triaj se efectuează prin detașarea fișiei/fișiiilor color respective în așa fel ca culoarea ultimei fișii rămase să indice grupul de triaj în care a fost categorisită victima. De exemplu, dacă se ia decizia de triaj pentru categorisirea victimei în grupul „Urgență absolută”, care se marchează cu codul color Roșu, se detașează partea setului constituită din fișiile galbenă și verde, iar fișia color roșie rămasă atașată la Fișa medicală indică grupul de triaj în care a fost repartizată victima.

Partea detașată a setului de fișii color, la care în cazul triajului medical la etapa prespitalicească este anexat și cotorul Fișei medicale, este păstrată de persoana care efectuează triajul pentru evidența ulterioară a numărului de victime supuși triajului și rezultatelor acestuia.

Fișa medicală însoțește victima de la locul completării inițiale a acesteia până în instituția medicosanitară în care urmează a fi finalizat tratamentul (staționar sau ambulatoriu), fiind ulterior anexată la documentele de evidență medicală a instituției date (fișa medicală a bolnavului din staționar, fișa medicală a bolnavului din ambulatoriu).

VII

Aspectele etice ale triajului medical în dezastre

Triajul medical în condițiile incidentelor soldate cu victime multiple sau ale dezastrelor este un proces complex, complicat și impus de circumstanțele situației excepționale, iar persoanele care îl aplică, pe lângă problemele de ordin organizatoric și clinic, au de înfruntat o problemă nu mai puțin importantă - cea a eticii profesionale.

Necesitatea de a reduce, uneori pînă la minimum, volumul asistenței medicale acordate unor categorii de persoane fără șanse de supraviețuire, deoarece acțiunile de efectuare a acestora vor consuma prea mult timp și resurse medicale, intră în contradicție cu principiile profesionale de care se conduc lucrătorii medicali în practica cotidiană, conform cărora asistența medicală se acordă în volum maximal tuturor persoanelor care au nevoie de ea, indiferent de șansele de supraviețuire, de timpul și resursele ce urmează a fi investite pentru salvarea bolnavului. Totodată, timpul și mijloacele consumate pentru salvarea unei victime grave sau extrem de grave pot fi în detrimentul altor victime cu șanse mai mari de supraviețuire, a căror stare se poate agrava esențial în urma neacordării asistenței medicale la timp. Prin urmare, responsabilitatea morală a persoanei care efectuează triajul medical și este obligată să decidă cui, cînd și în ce volum urmează a fi acordată asistența medicală este enormă.

Din aceste considerente, este extrem de important ca personalul medical eventual implicat în măsurile de acordare a asistenței medicale în situații excepționale, de rînd cu o pregătire profesională respectivă, să fie ferm convins că acționează corect atît din punct de vedere profesional, cît și etic.

În acest context acțiunile personalului medical în dezastre sunt justificate de Declarația privind Etica Medicală în Dezastre (Anexa nr. 3 la Ghid), adoptată de către a 46-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale la 1 septembrie 1994, la Stockholm (Suedia), ulterior revizuită de către a 58-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale la 14 octombrie 2006, la Pilanesberg (Africa de Sud), care stabilește expres un șir de noțiuni-cheie, care servesc în calitate de repere în respectarea normelor etice de către personalul medical implicat în efectuarea triajului medical în condițiile unor incidente soldate cu victime multiple sau dezastre. Principalele dintre acestea sunt următoarele:

“Triajul poate constitui o problemă de etică din cauza resurselor limitate de tratament imediat disponibile în raport cu numărul mare de persoane rănite, care se află în diferite stări de sănătate.”

“Este etic pentru un medic să nu continue cu orice preț tratarea persoanelor „peste limitele asistenței medicale de urgență”, irosind astfel resursele necesare pentru altcineva. Decizia de nu a trata o persoană lezată ținând cont de prioritățile dictate de situația de dezastru nu poate fi considerată drept un eșec în asistența unei persoane aflate în pericol de moarte. Ea este justificată atunci când se urmărește intenția de a salva un număr maxim de persoane. Cu toate acestea, medicul trebuie să manifeste față de astfel de pacienți compasiune și respect pentru demnitatea lor, separându-i, spre exemplu, de alții și administrându-le preparate antalgice și sedative adecvate.”

“Medicul trebuie să acționeze în funcție de nevoile pacienților și de resursele disponibile. El/ea trebuie să încerce să stabilească o așa ordine de priorități în tratament care va salva cel mai mare număr de vieți omenești și va reduce morbiditatea la un nivel minim. ”

“În selectarea pacienților care pot fi salvați, medicul trebuie să ia în considerare doar starea lor de urgență și trebuie să excludă orice alte considerații bazate pe criterii non-medicale.”

Categorisire nozologică în procesul triajului medical al persoanelor a căror sănătate a fost afectată în incidente soldate cu victime multiple și dezastre

- Notă:** 1. Prezenta categorisire poartă un caracter profesional orientativ pentru persoanele eventual implicate în acordarea asistenței medicale și efectuarea triajului medical al victimelor unui dezastru.
2. Responsabilitatea pentru decizia de triaj va aparține personalului (medici, asistenți medicali, cadre nemedicale cu pregătire specială) nemijlocit antrenat în procesul de triere, care, luând decizia respectivă, va ține cont atât de starea victimei cât și de circumstanțele concrete cum ar fi: amploarea dezastrului, mărimea și caracteristica fluxului de victime, resursele medico-sanitare disponibile, posibilitățile și durata evacuării, gradul de pericol, condițiile de anotimp și meteorologice, etc.

GRUPA I. URGENȚĂ ABSOLUTĂ. CODUL COLOR ROȘU

- ① Trauma cranio-cerebrală închisă sau deschisă cu compresiuni medii și grave ale encefalului, hemoragii abundente. Șoc hipovolemic, dereglări ale cunoștinței și ale funcțiilor vitale. Scurgeri de lichid cerebro-spinal prin plagă, urechi, gură sau nas. Prezența convulsiilor și a excitațiilor psihomotorii. Plăgi masive ale scalpului cu hemoragii abundente.
- ① Defecte masive ale țesuturilor moi ale feței, decuparea bărbiei, buzelor etc., fracturi multiple deschise și închise ale oaselor scheletului facial cu deplasări însemnate ale fragmentelor. Prezența șocului traumatic, hemoragii abundente din plagă; respirația dificilă din cauza dereglării permeabilității căilor respiratorii. Deformări importante ale scheletului și conturului facial.
- ① Trauma închisă sau deschisă a organelor ORL cu semne de dereglări ale respirației și hemoragie abundentă din nas, urechi și faringe sau sinusul sigmoid.
- ① Traumatism închis sau deschis al toracelui cu multiple fracturi de coaste, stern, volet costal, contuzie a cordului. Obstrucția căilor respiratorii superioare și inferioare, pneumotorax deschis, pneumotorax cu supapă sau sufocant, hemotorax masiv, tamponada cardiacă, sindromul Morestin.
- ① Traumatism închis sau deschis al abdomenului cu semne vădite de lezare a organelor cavității peritoneale, hemoragie internă sau externă. Șoc hemoragic, peritonită, eventrarea viscerelor abdominale, plăgi penetrante toraco-abdominale, traumatisme ale esofagului.
- ① Amputarea unui segment al extremității. Fracturi deschise și închise cu lezarea vaselor sangvine magistrale. Compresiune îndelungată (peste 6-7 ore) a unei sau ambelor extremități. Fracturi ale coloanei vertebrale cu sindromul de compresiune sau lezare a măduvei spinării, șoc neurogen.
- ① Traumatism închis și deschis ale bazinului, fracturi instabile cu leziunea uretrei, vezicii urinare, intestinului rect, organelor sexuale interne la femei. Lezarea organelor sexuale externe. Traumă închisă a bazinului fără lezarea organelor interne, dar însoțite de șoc. Prezența semnelor clinice de peritonită, hemoragii din organele sexuale externe, din vagin, uretră și rect.

- ④ Arsuri gr. I-II-IIIAB-IV > 60%, unde gr. IIIB-IV < 60%, cu sau fără leziune inhalatoare gr. I-II-III.
- ④ Arsuri gr. I-II-IIIAB-IV 30 - 60%, unde gr. IIIB-IV > 20%, cu sau fără leziune inhalatoare gr. I-II-III, asociate sau combinate cu alte traumatisme (plăgi masive, fracturi, luxații, contuzii grave de organe, comoții cerebrale grave).
- ④ Traume electrice gr. III cu sau fără arsuri electrice.
- ④ Hipotermie cu indici vitali minimi prezenți.

GRUPA II. URGENȚĂ RELATIVĂ. CODUL COLOR GALBEN

- ④ Traumă cranio-cerebrală închisă sau deschisă cu semne ale contuziei cerebrale medii sau comoției cerebrale fără dereglarea funcțiilor vitale și semnelor de compresiuni în evoluție ale encefalului.
- ④ Traumatism închis cu contuzia plămânilor și a cordului, leziuni ale căilor respiratorii, esofagului, ruperea diafragmului, hemotorax mediu.
- ④ Traumatism închis al abdomenului fără semne evidente ale lezării organelor interne, contuzia organelor cavității abdominale.
- ④ Fracturi deschise și închise ale oaselor tubulare fără lezarea vaselor sangvine magistrale. Luxații ale articulațiilor mari. Leziuni ale coloanei vertebrale fără sindromul de compresiune și lezarea a măduvei spinării. Plăgi masive ale țesuturilor moi ale membrelor. Compresiune îndelungată (până la 4-6 ore) a extremităților.
- ④ Traumatism închis stabil ale oaselor bazinului fără lezarea organelor interne, dar cu dereglări ale funcțiilor locomotorii.
- ④ Arsuri gr. I-II-IIIAB-IV 10-30%, unde gr. IIIB-IV < 10%, cu sau fără leziune inhalatoare gr. I-II;
- ④ Traume electrice gr. II cu sau fără arsuri electrice.
- ④ Hipotermie ușoară.
- ④ Degerătură, perioada prereactivă.

GRUPA III. URGENȚĂ MINORĂ. CODUL COLOR VERDE

- ④ Fracturi închise ale degetelor.
- ④ Luxații ale articulațiilor mici.
- ④ Plăgi superficiale fără hemoragie sau hemoragii nesemnificative.
- ④ Contuzii ale țesuturilor moi, excoriații, echimoze.
- ④ Traume minore
- ④ Arsuri gr. I-II-III până la 10 %.
- ④ Traume electrice gr. I cu sau fără arsuri electrice gr. I-II;
- ④ Hipotermie ușoară.
- ④ Degerătură, perioada reactivă.

GRUPA IV. MURIBUNZI. CODUL COLOR SUR

- ④ Stare de șoc circulator de diversă geneză refractar la terapia accesibilă la etapa de evacuare respectivă.
- ④ Comă cerebrală profundă (scor Glasgow 3 puncte, scor Four - 0) de origine neurogenă, metabolică, toxică sau infecțioasă cu dereglări ireversibile ale funcțiilor vegetative vitale cu deficit neurologic profund.
- ④ Contuzia severă a encefalului sau plagă penetrantă a craniului cu distrugere imensă a substanței cerebrale, însoțite de dereglări pronunțate ale funcțiilor organelor vitale.
- ④ Traumă închisă sau deschisă, cu leziuni importante (dilacerări) a organelor cutiei toracice, cordului și vaselor mari, volet costal complex, deformări pronunțate a cutiei toracice cu insuficiență cardiorespiratorie avansată.
- ④ Traumă închisă sau deschisă a abdomenului cu leziuni multiple ale organelor interne, deseori cu distrugereri imense ale peretelui abdominal și eventrarea organelor lezate, hemoragii de gradul III-IV, șoc hemoragic decompensat.
- ④ Compresiune îndelungată (peste 7-8 ore) a ambelor extremități inferioare pe toată lungimea. Fracturi multiple deschise ale oaselor tubulare lungi însoțite de șoc traumatic grav. Leziuni ale porțiunii cervicale a coloanei vertebrale cu sindromul de dereglare completă a conductibilității măduvei spinării, care se află în stare gravă de șoc.
- ④ Traumă gravă închisă sau fracturi multiple instabile ale oaselor bazinului cu leziuni grave ale organelor abdominale. Deformarea vizuală a bazinului. Hemoragie masivă internă sau externă, șoc grav.
- ④ Arsuri de gr. I-II-IIIAB-IV > 80%, unde gr. IIIB-IV > 60%, cu sau fără leziune inhalatoare de gr. I-II-III, asociate sau combinate cu politraumatisme, traumatisme foarte grave.
- ④ Traume electrice gr. IV cu sau fără arsuri electrice.
- ④ Hipotermie fără indici vitali.

Algoritmul de Triaj Rapid în Volum Minim (TRAMIN)

Algoritmul de triaj rapid în volum minim (Algoritmul TRAMIN - Triaj **R**apid în Volum **M**inim) se aplică în cazurile când se impune reducerea la minim (cel mult 1-2 minute) a timpului care poate fi acordat pentru trierea unei victime (numărul de victime depășește substanțial capacitățile personalului medical, necesitatea de a părăsi urgent zona aflării în urma apariției unui pericol iminent, etc.). Esența Algoritmul TRAMIN constă în categorisirea rapidă a victimelor dezastrului utilizând procedee simple de estimare a stării victimei bazate pe 4 criterii: **capacitatea de a se deplasa de sine stătător, starea conștienței, respirației și circulației.**

Aprecierea grupei de triaj are loc prin realizarea a mai multor pași consecutivi (*Fig. 2*):

PASUL 1. DETERMINAREA CAPACITĂȚII DE A SE DEPLASA DE SINE STĂTĂTOR SAU CU UN MINIM AJUTOR

Determinarea capacității de a se deplasa de sine stătător ne permite să separăm victimele ușor afectate de acele victime care necesită o atenție imediată și/sau sporită. Victimele care sunt în stare să se deplaseze de sine stătător sau cu un minim ajutor și percep adecvat indicațiile sunt automat categorisite în grupa III de triaj „Urgențe minore”, codul color Verde.

În scopul identificării acestei categorii, personalul medical se adresează verbal către toate victimele ce au contractat traumatisme sau afecțiuni minore și sunt în stare să se deplaseze de sine stătător sau cu un minim ajutor să părăsească locul impactului și le indică direcția punctului de concentrare a leziunilor. În cazul când algoritmul TRAMIN se aplică în PCL, victimele care sunt în stare să se deplaseze de sine stătător sau cu un minim ajutor sunt concentrate pe terenul pentru victime cu leziuni ușoare, unde se află în așteptarea evacuării.

PASUL 2. DETERMINAREA NIVELULUI CONȘTIENȚII

Pasul acesta constă în faptul aprecierii nivelului conștienței în cazul victimelor care nu sunt în stare să se deplaseze de sine stătător.

În acest scop recurgem la lovirea ușoară pe umărul victimei, concomitent adresând o întrebare simplă, de exemplu „cum vă simțiți?”. Dacă urmează o reacție sau un răspuns, rugăm victima să execute niște comenzi simple (de exemplu: „strângeți-mi mâna”, „ridicați mâna stângă”, „mișcați din degete”, „închideți și deschideți ochii”, etc.). În cazul executării acestor comenzi victima se categorisește în grupa II de triaj „Urgență relativă”, cod color Galben.

În cazul lipsei conștienței sau dacă victima nu îndeplinește comenzile simple, se trece la pasul următor - verificarea stării respirației și permeabilității căilor respiratorii.

PASUL 3. DETERMINAREA STĂRII RESPIRAȚIEI ȘI PERMEABILITĂȚII CĂILOR RESPIRATORII

Prezența respirației se verifică prin apropierea feței proprii de fața victimei, privind către cutia toracică a acesteia, ascultând și simțind mișcarea aerului expirat.

Dacă victima nu respiră, se verifică în mod urgent permeabilitatea căilor respiratorii superioare, iar în caz de obstrucție a acestora se porcede la eliberarea și deschiderea acestora (eliberarea cavității bucale de mase vomitate sau corpuri străine, hiperextensia capului și subluxarea mandibulei).

Dacă, după efectuarea procedeele respective respirația se restabilește, victima se categorisește în grupa I de triaj „Urgență absolută”, cod color Roșu.

Dacă, în pofida măsurilor întreprinse, respirația nu se restabilește, victima se categorisește în grupa V de triaj „Decedat”, cod color Negru.

În cazul când se apreciază prezența respirației, se determină rata per minut a mișcărilor respiratorii și, în dependență de numărul acestora, se trece la pasul următor - determinarea stării circulației sangvine.

PASUL 4. DETERMINAREA STĂRII CIRCULAȚIEI SANGVINE

Starea circulației sangvine se apreciază prin determinarea prezenței sau lipsei pulsului pe artera radială sau carotidă.

Dacă rata mișcărilor respiratorii este între 10 și 30/min, pulsul se verifică la a. radială. În cazul prezenței acestuia, victima se categorisește în grupa II de triaj „Urgență relativă”, cod color Galben. În cazul lipsei pulsului, victima se categorisește în grupa I de triaj „Urgență absolută”, cod color Roșu.

Dacă rata mișcărilor respiratorii este mai mică de 10/min sau mai mare de 30/min, pulsul se verifică la a. carotidă. În cazul prezenței pulsului, victima se categorisește în grupa I de triaj „Urgență absolută”, cod color Roșu. În cazul lipsei acestuia pe a. carotidă, victima se categorisește în grupa IV de triaj „Muribund”, cod color Sur.

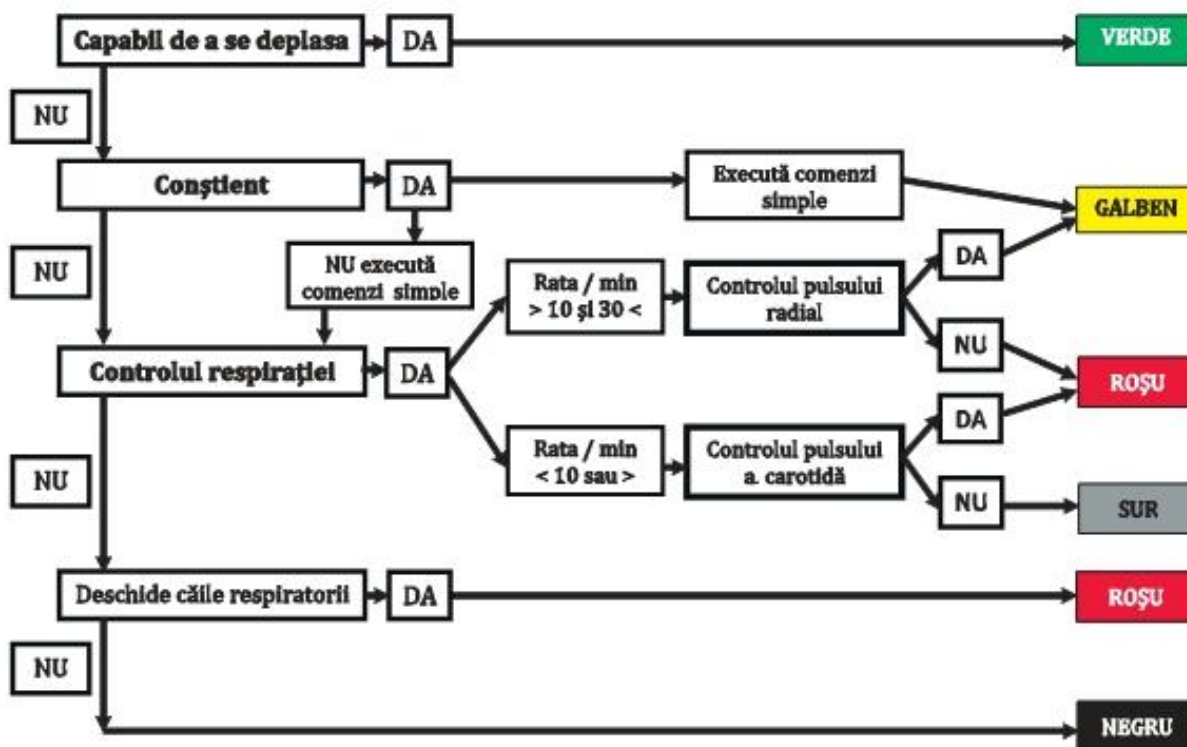


Fig. 7 Algoritm de triaj medical rapid în volum minim (Algoritm TRAMIN)

Declarația privind Etica Medicală în Dezastre

(adoptată de către a 46-ea Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale la 1 septembrie 1994 în Stockholm (Suedia) și revizuită de către a 58-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale la 14 octombrie 2006 în Pilanesberg (Africa de Sud))

1. DEFINIȚIA DEZASTRULUI PENTRU SCOPUL ACESTUI DOCUMENT SE AXEAZĂ ÎN SPECIAL PE ASPECTELE MEDICALE.

Un dezastru reprezintă apariția bruscă a unui eveniment calamitat, de obicei violent, care rezultă în distrugerii materiale substanțiale, deplasări considerabile de populație, un număr mare de victime și/sau perturbări sociale semnificative. Această definiție exclude situațiile generate de conflicte și războaie, fie interne sau internaționale, care conduc la apariția altor probleme pe lângă cele examinate în acest document. Din punct de vedere medical, situațiile de dezastru sunt caracterizate printr-un dezechilibru acut și neprevăzut, care se menține o anumită perioadă de timp, între capacitățile și resursele medicale și nevoile persoanelor supraviețuitoare a căror sănătate este în pericol.

2. DEZASTRELE, INDIFERENT DE CAUZĂ, ÎNTRUNESC CÎTEVA CARACTERISTICI COMUNE:

- a. apariția bruscă și neașteptată, care cere acțiuni prompte;
- b. distrugerii materiale sau naturale, care fac accesul la victime dificil și/sau periculos;
- c. efecte adverse asupra sănătății din cauza poluării, a riscurilor de epidemii, a factorilor emoționali și psihologici;
- d. un context de insecuritate, care necesită măsuri polițienești sau militare pentru menținerea ordinii;
- e. acoperire în mass-media.

Dezastrele cer răspunsuri multilaterale, implicând multiple și diferite tipuri de ajutor, de la transport și aprovizionare cu alimente pînă la serviciile medicale. Medicii, de obicei, sunt parte a operațiunilor coordonate, care implică alți responsabili, cum ar fi personalul forțelor de ordine. Aceste operațiuni necesită o autoritate efectivă și centralizată, care să coordoneze eforturile publice și private.

Salvatorii și medicii se confruntă cu o situație excepțională, în care etica lor profesională de toate zilele trebuie să fie adusă la situația de a asigura că tratamentul victimelor dezastrului trebuie să se conformeze principiilor etice de bază și să nu fie influențat de alte motivații. Regulile etice definite și însușite anterior trebuie să completeze etica individuală a medicilor.

Resursele medicale inadecvate și/sau distruse și numărul mare de persoane rănite într-un timp scurt prezintă provocări etice specifice.

Din aceste considerente, Asociația Medicală Mondială recomandă următoarele principii și procedee etice cu privire la rolul medicului în situații de dezastru.

3. TRIAJUL

1. Triajul este o acțiune medicală de prioritizare a tratamentului și de management bazat pe un diagnostic rapid și prognoza pentru fiecare pacient. Triajul trebuie să fie efectuat în mod sistematic, luând în considerare necesitățile medicale, capacitățile de intervenție medicală și resursele disponibile. Acțiunile vitale de reanimare pot fi executate în același timp cu triajul. Triajul poate constitui o problemă de etică din cauza resurselor limitate de tratament imediat disponibile în raport cu numărul mare de persoane rănite, care se află în diferite stări de sănătate.

2. În mod ideal, triajul trebuie încredințat medicilor sau echipelor medicale experimentate, autorizate și asistate de un personal competent.

3. Medicul trebuie să divizeze pacienții în categorii și ulterior să-i trateze în următoarea ordine, fiind subiect al ghidurilor naționale:

- a. pacienții, care pot fi salvați, dar a căror viață este în pericol imediat, necesitând tratament imediat sau prioritar în decursul următoarelor câtorva ore;
- b. pacienții ale căror vieți nu sunt în pericol imediat și care necesită tratament medical urgent dar nu imediat, vor fi tratați după cei din categoria anterioară;
- c. persoanele rănite care necesită doar tratament minim și pot fi tratate mai târziu sau de către lucrătorii de la salvare;
- d. persoanele traumatizate psihologic, care nu au nevoie de tratament al leziunilor corporale, dar ar putea avea nevoie de asistență sau calmare în cazul dereglărilor acute;
- e. pacienții a căror stare depășește resursele terapeutice disponibile, care suferă de leziuni extrem de severe, cum ar fi iradieri sau arsuri de un asemenea grad și măsură, încât ei nu pot fi salvați în circumstanțele specifice de timp și loc, sau cazurile chirurgicale complexe ce necesită o operație deosebit de complicată, care ar lua prea mult timp, obligând astfel medicul să facă o alegere între acești pacienți și alții. Astfel de pacienți pot fi clasificați în categoria „peste limita asistenței medicale de urgență”;
- f. Din moment ce cazurile pot evolua și, astfel, duce la schimbarea categoriei, este esențial ca starea să fie reevaluată în mod regulat de către responsabilii pentru efectuarea triajului.

4. În privința tratamentului peste limitele asistenței medicale de urgență se aplică următoarele afirmații:

- a. Este etic pentru un medic să nu continue cu orice preț tratarea persoanelor „peste limitele asistenței medicale de urgență”, irosind astfel resursele necesare pentru altcineva. Decizia de nu a trata o persoană lezată ținând cont de prioritățile dictate de situația de dezastru nu poate fi considerată drept un eșec în asistența unei persoane aflate în pericol de moarte. Ea este justificată atunci când se urmărește intenția de a salva un număr maxim de persoane. Cu toate acestea, medicul trebuie să manifeste față de astfel de pacienți compasiune și respect pentru demnitatea lor, separându-i spre exemplu de alții și administrându-le preparate analgetice și sedative adecvate.
- b. Medicul trebuie să acționeze în funcție de nevoile pacienților și resursele disponibile. El/ea trebuie să încerce să stabilească o așa ordine de priorități în tratament care va salva cel mai mare număr de vieți omenești și va reduce morbiditatea la un nivel minim.

4. RELAȚIILE CU VICTIMELE

În selectarea pacienților care pot fi salvați, medicul trebuie să ia în considerare doar starea lor medicală și trebuie să excludă orice alte considerații bazate pe criterii non-medicale.

Victimele dezastrului merită același respect ca și alți pacienți și cel mai adecvat tratament disponibil trebuie administrat cu acordul pacientului. Totodată, trebuie de recunoscut că într-un răspuns la dezastru poate să nu existe suficient timp pentru ca consimțământul în cunoștință de cauză să fie realmente posibil.

5. URMĂRILE DEZASTRULUI

1. În perioada post-dezastru nevoile victimelor trebuie luate în considerare. Mulți din ei poate și-au pierdut membrii familiei și pot suferi de stres psihologic. Demnitatea victimelor și a familiilor lor trebuie respectată.
2. Medicul trebuie să respecte obiceiurile, ritualurile și religia pacienților și să acționeze cu deplină imparțialitate.
3. Dacă este posibil, dificultățile întâlnite și identificările pacienților trebuie să fie raportate pentru supraveghere medicală ulterioară.

6. MASS-MEDIA ȘI ALTE TERȚE PĂRȚI

Medicul are o datorie față de fiecare pacient de a fi discret și de a asigura confidențialitatea atunci când are de a face cu terțele părți, să manifeste prudență și obiectivitate și să acționeze cu demnitate și cu respect față de atmosfera emoțională și politică în jurul situației de dezastru. Acest lucru implică faptul că medicii sunt împuterniciți să restricționeze intrarea reporterilor în sediile medicale. Relațiile cu mass-media trebuie să fie întotdeauna gestionate de personal instruit în mod corespunzător.

7. OBLIGAȚIUNILE PERSONALULUI PARAMEDICAL

Principiile etice care se aplică pentru medici sunt valabile și pentru personalul paramedical aflat în subordinea medicilor.

8. INSTRUIREA

Asociația Medicală Mondială recomandă ca pregătirea în medicina de dezastru să fie introdusă în curricula universitară și în cursurile postuniversitare de medicină.

9. RESPONSABILITATEA

Asociația Medicală Mondială cheamă guvernele și companiile de asigurări să acopere atât răspunderea civilă, cât și orice alte daune personale la care medicii ar putea fi supuși atunci când lucrează în dezastre sau situații de urgență.

Asociația Medicală Mondială solicită guvernelor:

- a. să accepte prezența medicilor străini și, în cazul în care calificarea lor este demonstrată, participarea acestora, fără discriminare, în baza unor factori cum ar fi afilierea (Crucea Roșie, Semiluna Roșie, CICR și alte organizații calificate), rasa sau religia;
- b. să acorde prioritate prestării serviciilor medicale față de vizitele demnitarilor.

