Universidad del sureste

DR. Saúl Peraza Marín

Clínica pediátrica

Monografía 1

Hannia del Carmen Salazar Jiménez

¿COMÓ DEBE ESTAR CONSTITUIDO UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS?

El triaje constituye la puerta de entrada al sistema sanitario a través de los servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). Es un proceso fundamental e imprescindible para el correcto funcionamiento de los mismos, ya que permite la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia y la priorización de su asistencia de una forma segura y eficiente

Triaje de urgencias: proceso de valoración clínica preliminar, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, que permite conocer el grado de urgencia de cada paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la consciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia

Triaje estructurado: utilización de una escala de triaje válida, útil y reproducible enmarcada en una estructura física, profesional, tecnológica y organizativa que permita valorar el grado de urgencia de los pacientes, según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

Los objetivo del triaje

* Principal: que los pacientes más urgentes sean atendidos antes.
* Permitir la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.
* Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
* Determinar el área más adecuada para tratar a cada paciente.
* Informar al paciente y su familia sobre el tipo de servicio que necesita y las perspectivas de espera probables.
* Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes y controlando las salas y los tiempos de espera.
* Desde el punto de vista de la gestión y calidad: proporcionar a los profesionales información que ayude a definir y monitorizar la complejidad del servicio, facilitando así una gestión más eficiente de los recursos

Aunque existan diferencias en sus algoritmos, en los discriminantes clínicos y en la filosofía de aplicación, las 5 escalas mencionadas coinciden de forma conceptual en la definición de sus 5 niveles

1. Resucitación: Situaciones con riesgo vital inmediato (intervenciones agresivas inmediatas)
2. Emergencia, muy urgente: Alto riesgo vital; su resolución depende radicalmente del tiempo. Generalmente asocian inestabilidad fisiológica o dolor intenso
3. Urgente: Situaciones urgentes, riesgo vital potencial. Generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas o actuaciones terapéuticas. Pacientes con estabilidad fisiológica (o discretamente inestable) en el momento de la valoración
4. Menos urgente, semiurgente, estándar : Poco urgentes. Pueden tener complejidad significativa y requerir alguna exploración diagnóstica o actuación terapéutica
5. No urgente: Problemas clínico-administrativos de baja complejidad (potencialmente enmarcables sin riesgo en un entorno de Atención Primaria)

# [Bibliografía](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC%20vol%2025%20n_2_protocolos%20pediatr%C3%ADa.pdf)

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\_infac\_2017/es\_def/adjuntos/INFAC%20vol%2025%20n\_2\_protocolos%20pediatr%C3%ADa.pdf