

EL TRIAJE

HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

EL TRIAJE ES UN PROCESO QUE PERMITE UNA GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO PARA PODER MANEJAR ADECUADAMENTE



TRIAJE ESTRUCTURADO CON CINCO NIVELES DE PRIORIDAD QUE SE ASIGNAN ASUMIENDO EL CONCEPTO DE QUE LO URGENTE NO SIEMPRE ES GRAVE Y LO GRAVE NO ES SIEMPRE URGENTE Y HACEN POSIBLE CLASIFICAR A LOS PACIENTES A PARTIR DEL «GRADO DE URGENCIA», DE TAL MODO QUE LOS PACIENTES MÁS URGENTES SERÁN ASISTIDOS PRIMERO Y EL RESTO SERÁN REEVALUADOS HASTA SER VISTOS POR EL MÉDICO

DEFINICIÓN

LA APLICACIÓN DE DICHAS ESCALAS PARTE DE UN CONCEPTO BÁSICO EN TRIAJE: LO URGENTE NO SIEMPRE ES GRAVE Y LO GRAVE NO ES SIEMPRE URGENTE. ELLO HACE POSIBLE CLASIFICAR A LOS PACIENTES A PARTIR DEL «GRADO DE URGENCIA», DE TAL MODO QUE LOS PACIENTES MÁS URGENTES SERÁN ASISTIDOS PRIMERO Y EL RESTO SERÁN REEVALUADOS HASTA SER VISTOS POR EL MÉDICO

NIVEL	TIPO DE URGENCIA	COLOR	LUGAR DE ATENCIÓN
1	EMERGENCIA	ROJO	SHOCK ROOM
2	URGENCIA	NARANJA	CONSULTORIO
3	URGENCIA	AMARILLO	CONSULTORIO
4	DEMANDA ESPONTÁNEA	VERDE	CONSULTORIO

Clasificación de emergencias (triaje de Manchester) (1)

Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RESUCITACIÓN	ROJO	Atención de forma inmediata
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

LAS FUNCIONES DEL TRIAJE DEBEN SER

1. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO VITAL.
2. ASEGURAR LA PRIORIZACIÓN EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE CLASIFICACIÓN.
3. ASEGURAR LA REEVALUACIÓN DE LOS PACIENTES QUE DEBEN ESPERAR.
4. DECIDIR EL ÁREA MÁS APROPIADA PARA ATENDER A LOS PACIENTES.
5. APORTAR INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL.
6. DISPONER DE INFORMACIÓN PARA FAMILIARES.
7. MEJORAR EL FLUJO DE PACIENTES Y LA CONGESTIÓN DEL SERVICIO.
8. APORTAR INFORMACIÓN DE MEJORA PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

TRIAJE COMO INDICADOR Y CONTROL DE CALIDAD

GÓMEZ PROPONE CUATRO ÍNDICES DE CALIDAD QUE DEBEN SER ASUMIDOS POR EL SISTEMA DE TRIAJE IMPLANTADO Y QUE SE CONVIERTEN EN TESTIGOS DE SU CAPACIDAD COMO INDICADOR DE CALIDAD DEL PROPIO SERVICIO DE URGENCIAS.

¿QUÉ PASA CON EL PERIÓDICO EN LA ACTUALIDAD?

EL EL ÍNDICE DE PACIENTES PERDIDOS SIN SER VISTOS POR EL MÉDICO (<del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). DIVIDE A ESTE ÍNDICE EN AQUELLOS QUE SE PIERDEN SIN SER CLASIFICADOS Y AQUELLOS QUE SE TRIAN PERO SE VAN ANTES DE SER VISITADOS. 2. TIEMPO DESDE LA LLEGADA A URGENCIAS HASTA QUE SE INICIA LA CLASIFICACIÓN (MENOR DE 10 MINUTOS). 3. TIEMPO QUE DURA LA CLASIFICACIÓN (MENOR DE CINCO MINUTOS COMO RECOMENDACIÓN) 4. TIEMPO DE ESPERA PARA SER VISITADO, ESTABLECIDO EN CADA UNO DE LOS NIVELES DE PRIORIDAD DE QUE CONSTE EL SISTEMA DE TRIAJE Y QUE VARÍA ENTRE LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL NIVEL I DE PRIORIDAD HASTA LOS 240 MINUTOS, CONSIDERADOS COMO EL TIEMPO MÁXIMO QUE DEBE ESPERAR LA PRIORIDAD MENOS URGENTE

¿QUIÉN LLEVA A CABO EL TRIAJE?

MODELOS DE SISTEMA DE TRIAJE

SE DESCRIBE DE MANERA ESQUEMÁTICA LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS DOS SISTEMAS DE TRIAJE CON MAYOR IMPLANTACIÓN EN ESPAÑA, EL SET Y EL MTS Y, A CONTINUACIÓN, EL SISTEMA QUE SE HA ELABORADO PARA LA RED PÚBLICA DE HOSPITALES DE NAVARRA ADAPTADO A PARTIR DE LOS DOS PRIMEROS.

Triaje: a key tool in emergency care

W. Soler3

, M. Gómez Muñoz3

, E. Bragulat2

, A. Álvarez

HISTORIA CLÍNICA

URGENCIAS

La Historia Clínica es el documento más importante, y a veces el único, que refleja y certifica la relación, actuaciones, exploraciones y decisiones en relación con el enfermo en urgencias.



PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

1) DATOS DE FILIACION:

Etiqueta identificativa.

2) MOTIVO DE CONSULTA:

Suele ser la primera respuesta del paciente, razón inmediata por la que el paciente solicita asistencia.

3) ANTECEDENTES

Personales: o Enfermedades relevantes (HTA, Diabetes, Dislipemias, etc.) o Controles en AP, C.Ext., C.Esp. o Intervenciones Quirúrgicas: causa y año o Ingresos previos: causa y año (solicitar informes). o Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, drogas o Enfermos crónicos y ancianos: situación basal o Mujeres: FUR, posibilidad de embarazo

Familiares (menos importantes, depende de la patología actual)

Otros: Trabajo, vida sexual, religión, viajes, situación social... Según el motivo de consulta.



4) ALERGIAS

ALERGIAS

5) MEDICACION ACTUAL: Nombre, dosis y si se cumplimentan.

6) HISTORIA ACTUAL: Especificar si es con el paciente o con familiares, acompañantes, informes médicos (SAMU, P-10...)

¿por qué viene hoy a urgencias? ¿Que le pasa? ¿Desde cuando? ¿A que lo atribuye?: lo ideal es que el propio enfermo relate sus síntomas (siempre con limitaciones)

Guiar al enfermo y dirigir el interrogatorio

Anamnesis por "aparatos" señalando los datos "positivos" y "negativos" que pudieran estar implicados en el padecimiento del enfermo

Al terminar la entrevista, preguntar si quiere contarnos algo más.

7) EXPLORACION FISICA

Constantes al ingreso (TA, Tª, FC, FR, SatO₂, peso) Estado General: Actitud, sensorio, estado de nutrición-hidratación, impresión general del paciente... Exp. Neurológica
Exp. Cardiorespiratoria Exp. Abdomen
Otros hallazgos:



8) EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Debemos de huir de las analíticas en serie ó completos que solicitamos en ocasiones sin haber escuchado y explorado al enfermo.

Medidas generales: dieta, posición de la cama... Medidas específicas: Sondas, oxígeno...

Fluidos: Tipo, cantidad y ritmo

Fármacos: vía y dosis

Vigilar síntomas y signos así como la actitud a tomar

Solicitud de interconsultas

Cambios en la evolución (hora)

Cambios de tratamiento (hora)

Destino del paciente: alta, ingreso, traslado...

9) TRATAMIENTO Y EVOLUCION

10) CONSULTAS ESPECIALISTAS: Siempre por escrito con fecha, hora e identificación