

INTRODUCCIÓN

Según la OMS se considera urgencias a toda situación que, en opinión del paciente, su familia o quién quiera que tome la decisión, requiere una atención médica inmediata. Por tanto, la urgencia así definida tiene un evidente componente subjetivo que habrá de ser evaluado mediante una adecuada valoración profesional inicial que decidirá si se trata de una urgencia de una auténtica situación de urgencia objetiva.

Como es lógico la urgencia objetiva puede ser una urgencia no vital puede tratarse de una urgencia vital o emergencia. En resumen, las emergencias pueden definirse como situaciones de urgencia objetiva y vital. Cada una de las situaciones anteriores requiere una actuación de los servicios sanitarios radicalmente distinta.



Establecidas estas diferencias y dada la creciente demanda asistencial de los servicios de urgencias, es de obligación realizar una valoración previa y establecer unos sistemas de selección que determinen la prioridad de la urgencia, clasificando a los pacientes que acuden a este servicio antes de que reciban asistencia médica, siguiendo criterios de gravedad que determinaran las necesidades del paciente con respecto al medio hospitalario derivándolos a donde mejor convenga, atendiendo a diversas variables: disponibilidad de recursos, medio físico, demanda de atención en el servicio, etc. Esto es lo que entendemos por TRIAGE o TRIAJE.

"TRIAJE" es una palabra francesa que significa selección, clasificación. Esta función de clasificar se establece en los lugares donde existe un número considerable de pacientes. Es por eso que fue la Sanidad Militar la primera institución en implantar un sistema de triaje en los campos de batalla de los grandes conflictos bélicos. En la Sanidad Civil, el triaje se lleva a cabo en las grandes catástrofes y en los accidentes con múltiples víctimas. En los hospitales de USA se comenzó a realizar en los años sesenta y en nuestro país a finales de los ochenta y principios de los noventa.

El triaje garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan y prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes sean visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y tratamiento.

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triaje que van desde los tres a los cinco niveles de clasificación siendo estos últimos considerados los más fiables por su mayor discriminación (MTS-Manchester, ATS-Australia, CTAS-Canadá, MAT-Andorra, etc.). Ni que decir tiene, que cualquier sistema de triaje que se establezca deberá de tratarse, en lo posible, de una escala sencilla, concreta, esquemática y fácil de recordar, cuyo contenido tiene que ser convenido por todos los integrantes de la unidad.

PALABRAS CLAVE: TRIAJE, PEDIATRÍA, PRIORIDAD, GARANTÍA, CALIDAD.

OBJETIVOS

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Asegurar una reevaluación periódica que no presente condiciones de riesgo vital.
- Reducir niveles de ansiedad del usuario y su familia.
- Genera confianza en el sistema, aumenta la satisfacción de los usuarios, se atiende antes al más grave.
- Aumentar la información al paciente y/o su familia sobre su situación real durante la espera, sobre todo en los que presentan patologías banales, que tendrán más tiempo de espera.
- Garantizar una rápida y efectiva valoración sanitaria de aquellos pacientes que acuden a urgencias y detectar sus principales problemas de salud.
- Garantizar una buena gestión de los recursos existentes, tanto físicos como humanos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado previamente una Revisión Sistemática vía Internet y otras (búsqueda directa, solicitud por correo ...) recabando información sobre sistemas de Triaje utilizados y estudios con suficiente evidencia científica que avalen su utilidad. Recabado el material, el grupo de enfermeras del servicio realiza un análisis crítico de la documentación recopilada para de este modo seleccionar el mejor triaje y hacer las oportunas modificaciones a tenor del estudio hecho por el propio Servicio de Urgencias, sin olvidar el sistema de triaje creado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) que desde finales de 2002 propuso la creación de un sistema de triaje de ámbito nacional, el Sistema Español de Triaje (SET) así como promulgar su implantación en los Servicios de Urgencias y Emergencias del país. El sistema de triaje agolpado por el SET como estándar fue el Modelo Andorrano de Triaje (MAT), considerado como un sistema con suficiente validez científica y solidez para ser aceptado como estándar base para el SET.

Se han realizado reuniones de consenso de los distintos grupos (técnica grupo nominal, parrilla de priorización ...). En todo momento el grupo ha estado avalado y apoyado por los facultativos del servicio, entendiendo que el triaje ha sido hecho y debe seguir haciéndolo las enfermeras.

Posteriormente aprobado el triaje se pilota durante seis meses para evaluar algunos indicadores de calidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

A pesar de las diferencias según los distintos sistemas de clasificación, podemos concretar cuatro etapas bien diferenciadas y que en algunos casos se pueden realizar de manera simultánea. Estas etapas serían:

- 1 Recepción
- 2 Valoración.
- 3 Clasificación.
- 4 Distribución.



El equipo de enfermería de triaje son los primeros miembros del personal sanitario que establece contacto con el paciente. Debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc.

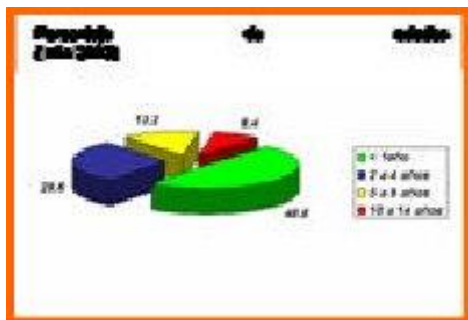
En esta fase el paciente y/o familia comienza a justificar el motivo de consulta.

Esta parte del proceso se realizará a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente y familiar, preferiblemente en una dependencia habilitada y dotada de los medios apropiado. A veces en esta etapa el enfermero puede ya decidir qué paciente puede esperar un triaje o no debido a lo evidente de su patología.



Procedencia de pacientes asistidos en Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla, durante el año 2003.

Porcentajes de edades de pacientes asistidos en Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla, durante el año 2003.



Valoración

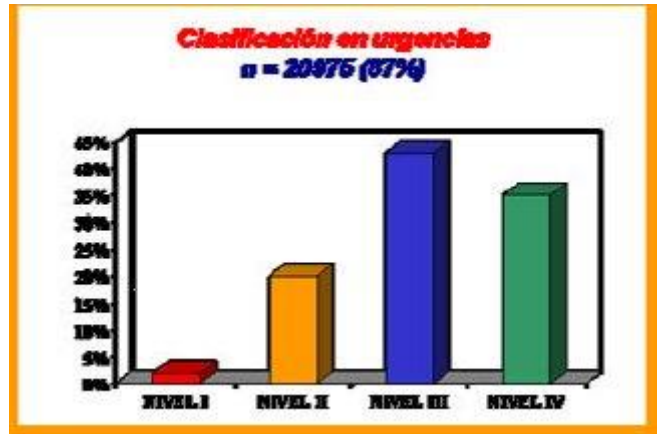
La enfermera realizará en primer lugar una entrevista breve para identificar el problema de salud que presenta el paciente, desde cuando presenta el problema, enfermedades que padece, si toma alguna medicación y si le había sucedido con anterioridad, etc. así como una valoración objetiva de los signos y síntomas que presenta el paciente. También debe realizar una breve historia (antecedentes y alergias conocidas).

Mientras realiza la entrevista, hará una rápida inspección general al paciente, para detectar situaciones que puedan hacer peligrar la vida del paciente, a continuación realizará una valoración rápida y efectiva del estado neurológico, respiratorio y circulatorio del paciente. En algunos casos se hará necesario la toma de constantes (FC, TA, T^a, Sat O₂, etc) y la realización de pruebas simples (glucemia capilar, tira reactiva en orina, por ejemplo), así como administración de antipiréticos o analgésicos, medicación que maneja la enfermera con autoridad delegada según protocolo.

Clasificación.

Es la parte clave del proceso, y la denominaríamos como el triaje en sí, puesto que será en esta fase en la que se establezca la prioridad de la atención al paciente y marcará la demora o no para la atención por parte del facultativo.

El Triage de Enfermería se realizará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y/o familiar.



En nuestro hospital la Unidad de Triage o Consulta de Triage de Urgencias como tal comienza a funcionar en Abril de 2002. La Consulta de triaje es llevada por el personal de enfermería. Con anterioridad a esta fecha la valoración de la prioridad de la atención del paciente la realizaba enfermería según patología y valoración objetiva del paciente.

Teniendo en cuenta el grado de complejidad que presenta la valoración en pacientes pediátricos con respecto a adultos, la demanda asistencial requerida, así como el grado de ansiedad de los padres y/o familiares, hemos llegado a la conclusión que la unificación de los niveles IV y V del SET hace más operativo el triaje realizándolo con solo IV niveles de categorización.

Clasificación de pacientes asistidos durante el período Abril a Septiembre de 2004.

Nivel I. Atención inmediata. Riesgo vital inminente	Nivel II. Urgencia no demorable. Riesgo de deterioro (respiratorio, circulatorio, neurológico)
<p>Procesos agudos críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata.</p> <p>PARADA CARDIORESPIRATORIA</p> <p>EMERGENCIA CARDIOLÓGICA</p> <p>PATOLOGÍA RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción vías aéreas superiores. • Obstrucción vías aéreas inferiores. • Insuficiencia respiratoria. • Pausas de apnea. <p>PATOLOGÍA NEUROLÓGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración conciencia/coma. • Convulsión/status convulsivo. <p>ACCIDENTES GRAVES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo grave. • Ahogamiento. • Electrocuación. • Reacción anafiláctica severa. • Intoxicaciones graves. 	<p>Atención < 15 minutos.</p> <p>REMITIDO POR EQUIPO DE EMERGENCIAS CON CARÁCTER DE URGENCIA</p> <p>TRASLADO DESDE UN DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y ACOMPAÑADO POR PERSONAL SANITARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome febril en lactantes < 3 meses. • Fiebre más petequias. • Signos de dificultad respiratoria. • Disnea, polipnea, aumento trabajo respiratorio, sudoración, estridor, ruidos respiratorios. • Alteraciones del nivel de conciencia/poscrítica : confusión, estupor, obnubilación, agitación. • Alteraciones hemodinámicas : alteraciones del ritmo, pulso débil, alteraciones TA, signos disminución perfusión periférica. • Sangrado severo. • TCE con afectación. • Dolor abdominal con afectación del estado general. • Traumatismos torácicos/abdominales con signos de afectación. • Vómitos, diarreas son signos de deshidratación. • Reacción alérgica/urticaria con edema facial. • Complicaciones en pacientes oncológicos. • Pacientes inmunodeprimidos. • Enfermedades crónicas descompensadas. • Sospecha de debut diabético. • Intoxicación medicamentosa con afectación.
Nivel III. Urgencia demorable	Nivel IV. Urgencia no objetivable
Atención < 30 minutos.	Atención < 120 minutos.

Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. Suponen una parte importante del grueso de pacientes. Remitido por otro médico sin carácter de urgencia.

- Edad < mes con causa de consulta no urgente.
- Dolor tolerable.
- Cuadro respiratorio agudo sin signos de dificultad respiratoria.
- Vómitos/diarreas sin afectación (buena hidratación, no decaimiento, etc).
- Fiebre sin afectación del estado general.
- Enfermedad crónica no complicada.
- Discapacitado/enfermedad neurológica de base.
- Síncope sin alteración de constantes.
- Sospecha ITU en pacientes entre 6 y 12 meses.

Son aquellos pacientes que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente, podrían derivarse a su centro de atención primaria.

- Paciente no grave.
- Fiebre moderada o de corta evolución con buen estado general.
- Mínima complejidad diagnóstico-terapéutica.
- Posible alta directa.

Este proceso de clasificación debe considerarse como un proceso continuo, donde podamos ir reevaluando los niveles asignados, ya que pueden existir variaciones durante la espera del paciente que necesite una nueva asignación de nivel. Ante cualquier duda o situación comprometida debemos elegir el nivel de mayor gravedad consultando al compañero o incluso si fuese preciso al facultativo.

También debemos considerar la clasificación como proceso no cerrado ya que dos enfermos con diagnósticos diferentes pueden quedar incluidos en el mismo grupo y también que enfermos con misma patología pertenezcan a grupos de triaje distinto.

Una vez realizada la clasificación, la enfermera marcará el nivel en la hoja de registro de urgencias.

Distribución:

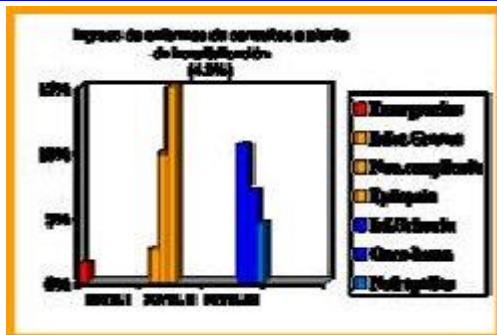
Tras la clasificación, la enfermera de triaje debe ser la mejor preparada para decidir donde debe esperar el paciente (sala de espera general o controlada) y donde deberá ser atendido según asignación de niveles a consultas pediátricas.

- Nivel I: Sala emergencia.
- Nivel II: Sala espera controlada o consulta estipulada según disponibilidad.
- Nivel III: Sala espera general o controlada si hay sospecha de empeoramiento del estado general del paciente según la patología que presenta.
- Nivel IV: Sala espera general.

El Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro Hospital está dotado en la actualidad de :

- Sala de Triage.
- Sala de Espera controlada o vigilada, contigua a la sala de triaje para poder vigilar permanentemente a aquellos pacientes que necesiten valoración más frecuente según patología.
- Sala de aerosoles.
- Sala de extracciones.
- Sala e Emergencia.
- Consultas para atención médica (cinco o incluso seis en caso de sobrecarga de trabajo).

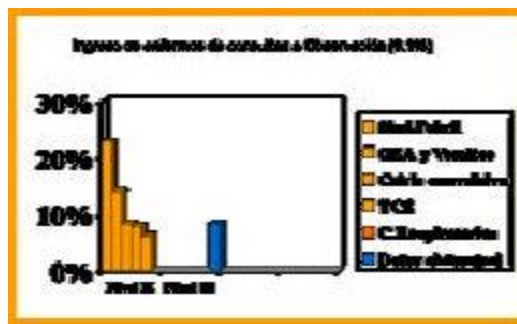
RESULTADOS



Revisadas las historias de Urgencias, durante el periodo estudiado desde Abril de 2004 hasta Septiembre del mismo año, encontramos que el total de pacientes asistidos, es de 24.109 niños. El número de historias con registros de nivel de clasificación es de 20.975, lo que supone un 87 % del total, de los cuales del Nivel I:2%, Nivel II: 20%, Nivel III: 43%, Nivel IV: 35%.

Haciendo estudio de cada uno de los niveles, el 84,60 % de los pacientes valorados como nivel II y el 30,56% pertenecientes al nivel III son ingresados desde el servicio de urgencias directamente a planta de hospitalización o bien al servicio de observación.

El porcentaje de ingresos trasladados de Observación a planta pertenecientes al Nivel II y según patologías son los siguientes: 12 % Crisis Convulsivas, 9% GEA y Vómitos, 8 % Síndrome Febril, 8 % Síndrome Febril en menores de 3 meses, 6 % Neumonías, 5 % Cuadros respiratorios. Con respecto al Nivel III, el desglose es el siguiente: 7 % Infección urinaria, 12,5 % Apendicitis.



CRITERIOS DE CALIDAD /EVALUACIÓN:

- Registro en hoja de triaje de la hora de 1ª evaluación y firma. Estándar: 100%
- Tiempo de atención en consulta triaje <15 minutos. Estándar 90%
- Registro nivel de clasificación según valoración. Estándar 85%
- Control tiempo de demora asistencia por facultativo acorde con nivel clasificación:
- Nivel I: Estándar 100%.
- Nivel II: Estándar 90%.

CONCLUSIÓN

El triaje en cualquier urgencias es imprescindible para garantizar una atención de calidad acorde al grado de gravedad del paciente. El triaje elaborado da respuesta a criterios de validez y fiabilidad necesarios en este tipo de atención. Por ello que el uso del triaje en nuestro servicio está repercutiendo beneficiosamente tanto en el paciente (centro de interés) como en enfermería y resto de profesionales. Las enfermeras tienen una guía (válida/fiable) que les permite valorar al paciente unificando criterios y el personal de nueva incorporación tiene menos dificultad para abordar esta tarea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joseph Gómez Jiménez, María Torres, Jorge López Pérez , Luis Jiménez Murillo. SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE (SET). 2004 .Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.(SEMES).
2. Pérez D; Álvarez J.A; Jiménez L y Cols. Medicina de Emergencias en España. Documento base. Emergencias 1995.
3. Donna I.Wong. Enfermería pediátrica. 4ª edición. Madrid. Mosby-Doyma libros S.A. 1995
4. Ruela Santos A. Emergencias Pediátricas. Fundación EPES. Ergón, S:A. Madrid 1999.
5. Pon i Fernández. Urgencias en Pediatría. Protocolos. Diagnóstico-terapéutico. Unidad Integrada Hospital Clínica-Sant Jou de Déu 1999.
6. Huertos Ranchal MJ, Rodríguez Yáñez J.C, Salñadaña González F, Fernández Ruiz A. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Editorial Alhulia 1999.
7. Calvo Macias c, Ibarra de la Rosa I , y col. Emergencias Pediátricas. Ediciones Ergón S.A 1995.
8. En: www.comtf.es/urgencias/triage.htm.
9. En: www.col-legidemetges.ad/sum/adorran-triage.htm.enfermeriadeurgencias.com/ciderrevista/2004/septiembre.urgenciaspediatricas.htm.
10. SEIDEL J. Emergency Medical Services for children.