

LA ADAPTACIÓN DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL VIRGEN DEL ROCÍO

Daniel Aragón Suárez, Raúl Núñez López, Juan Manuel Carballo Caro
Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

A través del siguiente trabajo describiremos la actuación de la Enfermería en el Triage en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, las diferentes escalas y niveles actualmente utilizados y la adaptación de éstos al Sistema Español de Triage, que se encuentra en fase de estudio a la espera de implantación en un breve periodo de tiempo.

PALABRAS CLAVE

SEMES - Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SET - Sistema español de triaje
PAT - Programa informático de ayuda al triaje
HUVR - Hospital Universitario Virgen del Rocío
HGUVR - Hospital General Universitario Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN

En la recepción de pacientes en Urgencias es preciso establecer un orden de prioridad en el empleo de los medios con los que contamos. Al clasificar estamos eligiendo el orden en que hemos de tratar a los pacientes atendiendo al estado clínico y el pronóstico vital, es decir, no solo en función de su gravedad, sino de su probable pronóstico.

Esta clasificación se conoce como TRIAJE.

El triaje es una técnica de decisión basada en una información incompleta.

En el año 2004 la Sociedad SEMES crea el SET a partir del modelo andorrano, siendo su recomendación la divulgación e implantación en los diferentes centros hospitalarios.

En el verano del 2005 se comunicó al personal de enfermería de urgencias del HUVR de Sevilla, la necesidad de cambiar el sistema de clasificación usado hasta entonces por el SET. Dicho personal comprobó que al estar compuesto el SET por más de 30 escalas generales, en las que se van incluyendo las diferentes categorías sintomáticas, podría resultar difícil su adaptación inicial así como muy poco manejable para el personal de nueva incorporación.

La informatización del servicio de urgencias con un programa de ayuda al triaje (PAT) sería la solución ideal a dicho problema, pero debido a que la instalación de dicho programa es en estos momentos no viable, se decidió crear a partir del SET un protocolo de clasificación, de fácil comprensión, adaptado a las necesidades de nuestro servicio de urgencias. Dicho protocolo aún está pendiente de aprobación.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

EL HGUVR atendió en el año 2005 a 115.000 pacientes con un incremento estimado para el 2006 del 4%. Para atender su carga asistencial cuenta con 11 consultas y una sala de recuperación. La unidad de clasificación cuenta con un enfermero, un auxiliar de enfermería y un celador, llegando a dicha unidad las historias desde la unidad de admisión de urgencias a través de una impresora. Como material de apoyo al diagnóstico se cuenta con un pulsiosímetro, un glucómetro, un tensiómetro automático y otro manual. Los pacientes son entrevistados por el personal de enfermería transcribiendo dicha información a una hoja de valoración de enfermería.

Distribuidas las historias cumplimentadas por la auxiliar a las diferentes consultas, y pasados los pacientes en camilla o carros de ruedas a la sala de espera por el celador. Los pacientes son clasificados según una escala de cuatro niveles:

Nivel 1: EMERGENCIAS. Son pasados inmediatamente por el celador a las consultas 1,8 o sala de recuperación. Entran en esta categoría la parada cardiorrespiratoria, la convulsión, el dolor torácico con cortejo vegetativo o afectación del estado general, el shock ... en definitiva, todos aquellos procesos que necesitan asistencia inmediata por su gravedad o compromiso vital.

Nivel 2: URGENCIA OBJETIVA. Procesos que admiten poca demora (máximo 30 minutos). Después de ser clasificados, su historia es pasada a las consultas del 2 al 7 para ser llamados con prioridad, es decir será el siguiente paciente en ser llamado por el médico de dicha consulta. Entran en esta categoría, entre otras, la hemorragia digestiva evidente sin signos de gravedad, dolor intenso o moderado, fiebre elevada con afectación del estado general.

Nivel 3: URGENCIA SUBJETIVA, pero no vanal, como la fiebre sin afectación del estado general disnea al esfuerzo, diarrea sin afectación del estado general, sospecha de hemorragia digestiva en pacientes asintomáticos,... Son pacientes con procesos que admiten demora y que serán atendidos por orden de llegada en las consultas del 2 al 7.

Nivel 4: VANALES. Son pacientes cuya situación no se consideran urgencias y pueden admitir hasta 4 horas de demora. Entran dentro de esta categoría los candidatos a cirugía menor ambulatoria, las úlceras por presión y varicosas, el pie diabético, los cambios de Sonda nasogástrica y vesical, toda la dermatología a excepción de las lesiones purpúricas, las ETS, las patologías leves de otorrinolaringología. Serán atendidos por el médico del nivel 1 cuando no se encuentre atendiendo a ningún paciente nivel 1.

Especialistas: desde la unidad de triaje se puede clasificar para ser visto por tres especialidades médicas directamente sin necesidad de valoración previa por parte de las consultas del 1 al 8. Estas especialidades son oftalmología, psiquiatría y otorrinolaringología (en el caso de otorrinolaringología sólo si es

un niño derivado del Hospital Infantil o visto previamente en urgencias de este hospital y es citado para que acuda en un día y hora concreto). Serán atendidos respectivamente en las consultas 10,11 y 9.

Derivaciones interhospitalarias: son derivados a otros hospitales dentro de la ciudad sanitaria Virgen del Rocío las patologías ginecológicas y relacionadas con el embarazo al Hospital Maternal, las urgencias pediátricas (niños menores de 14 años) serán derivados al Hospital Infantil

Las quemaduras, cortes, neurocirugía y traumatismos serán derivados al Hospital de Rehabilitación y Traumatología.

Esta derivación a otros edificios dentro del HUVR se hará siempre que no exista riesgo vital para el paciente.

ADAPTACIÓN DE NUESTRO SISTEMA DE CLASIFICACIÓN AL SET

Propusimos para adaptar dicha escala al SET, el realizar en cada nivel una descripción del paciente estándar y de las patologías más usuales para su mejor comprensión, dando lugar a la siguiente escala de clasificación:

Nivel 1: RESUCITACION. Pacientes que pasarán a la sala de recuperación y serán atendidos inmediatamente. Entra en esta categoría la parada cardiorrespiratoria, el shock, el coma, la convulsión, la disnea clase V (pre-parada cardiorrespiratoria), la hemorragia masiva incontrolable, hematemesis, la agitación y violencia extrema en paciente psiquiátrico.

Nivel2:EMERGENCIA. Pacientes en situaciones de riesgo vital potencial con inestabilidad fisiológica y/o dolor severo. Será visto en las consultas 1 u 8 por el médico de nivel 1. admiten una demora máxima de 20 minutos. Entran en esta categoría la disnea muy severa, la obnubilación y estupor, el dolor torácico con cortejo vegetativo, el dolor intenso, la glucemia capilar inferior a 40 mg/dl, la diarrea y vómitos con deshidratación severa y la hipertermia.

Nivel 3:URGENCIA. Son pacientes en riesgo vital potencial pero con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales) admiten una demora máxima de 30 minutos. Serán vistos en las consultas del 2 al 7 con prioridad. Entran en esta categoría los pacientes con disnea severa, el dolor moderado, la fiebre muy alta, el paciente desorientado, sintomatología leve en paciente con viaje a país de riesgo (<3 meses).

Nivel 4:MENOS URGENTE. Pacientes con patología potencialmente seria pero con sintomatología leve, de menos de una semana de evolución y estables. Serán atendidos por orden de llegada en las consultas del 2 al 7 pudiendo demorarse su proceso hasta dos horas. Son pacientes en estado de alerta, con dolores o molestias ligeros, diarreas o vómitos con escasa deshidratación, la fiebre sin focalidad, la rectorragia de mínima cantidad, no activa, la disnea al esfuerzo, la alteración del nivel de consciencia recuperado y sin focalidad neurológica o de una semana de evolución, la infección respiratoria alta.

Nivel 5: VANAL Equivalente al actual nivel 4. Pacientes de patología leve o asintomático de más de una semana evolución y de fácil resolución. Son pacientes que podrían ser atendidos en un centro de atención primaria, con escasa o nula gravedad clínica, mínima complejidad diagnóstica y terapéutica y alta como destino final previsible. Serán atendidos por el médico de nivel 1 cuando tenga tiempo pudiendo demorarse hasta 4 horas.. Entre otras, entraría dentro de esta categoría: los cambios de sonda naso gástrica o vesical, la cirugía ambulatoria, las úlceras por presión y varicosas, el pie diabético, la febrícula sin focalidad, episodio neurológico recuperado, patologías de otorrino con molestias leves, la hipertensión arterial asintomática inferior a 140/90 en ambos parámetros, la dermatología (a excepción de las lesiones purpúricas), la epistaxis sin hipertensión.

Especialistas: desde la unidad de triaje se puede clasificar para ser visto por tres especialidades médicas directamente sin necesidad de valoración previa por parte de las consultas del 1 al 8. Estas especialidades son oftalmología, psiquiatría y otorrinolaringología (en el caso de otorrinolaringología sólo si es un niño derivado del Hospital Infantil o visto previamente en urgencias de este hospital y es citado para que acuda en un día y hora concreto). Serán atendidos respectivamente en las consultas 10,11 y 9.

Derivaciones interhospitalarias: son derivados a otros hospitales dentro de la ciudad sanitaria Virgen del Rocío las patologías ginecológicas y relacionadas con el embarazo al Hospital Maternal, las urgencias pediátricas (niños menores de 14 años) serán derivados al Hospital Infantil.

Las quemaduras, cortes, neurocirugía y traumatismos serán derivados al Hospital de Rehabilitación y Traumatología.

Esta derivación a otros edificios dentro del HUVR se hará siempre que no exista riesgo vital para el paciente.

CONCLUSIONES

Con respecto al Sistema de Clasificación actualmente utilizado en las Urgencias del HGUVR y el paso a la utilización del SET apreciamos como diferencia el desdoble del antiguo nivel 3 en niveles 3 y 4 dependiendo de la sintomatología de los pacientes, es decir dividimos el denominado nivel de Urgencia Subjetiva en Urgencia y Urgencia menos grave.

Como diferencia podemos apreciar también que los antiguos niveles 1 se desdoblan en niveles 1 y 2, es decir dividimos la Emergencia en Resucitación y Emergencia.

El SET es el futuro del sistema de clasificación en los grandes hospitales de nuestro país; de forma que clasifiquemos a los pacientes por niveles de urgencia de forma homogénea. Aunque este proceso se demore algo en el tiempo, creemos que finalmente será el sistema de elección para así unificar criterios en las urgencias hospitalarias; teniendo a la Enfermería como elemento fundamental y como base de dicha atención.

BIBLIOGRAFÍA

- La consulta de clasificación. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias HUVR.
- Protocolo de Clasificación .Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias HUVR.
- Sistema Español de Triage (SET).SEMES.2004.

PLAN DE CUIDADOS GUÍA AL PACIENTE DIABÉTICO NO CONOCIDO EN SITUACIÓN DE CETOACIDOSIS

Antonio Estepa Sánchez, María Jesus Cazadilla Sáez, Inmaculada Yeste Díaz, Antonia Hernández Jiménez
Servicio de Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir

RESUMEN

La llegada del paciente al servicio de urgencias hospitalarias en situación de cetoacidosis, requiere de una valoración urgente de su estado en la consulta de RAC(1) y una actuación certera desde el inicio para evitar la evolución tórpida del mismo, ya que esta emergencia constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad entre los pacientes diabéticos.

Con el plan de cuidados guía, se pretende cumplir con nuestro objetivo principal: disminuir la variabilidad y aumentar la calidad científico-técnica.

Palabras clave: hiperglucemia, acidosis, deshidratación, glucosuria, cuerpos cetónicos.

INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética(2) representa una de las más serias complicaciones metabólicas de la diabetes mellitas; está causada por un déficit relativo o absoluto de insulina y un incremento concomitante de las hormonas anti- insulina: glucagón, catecolaminas, cortisona y hormona del crecimiento.

Se caracteriza por un marcado disturbio catabólico en el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos, presentándose clásicamente con la tríada: hiperglucemia, cetosis y acidosis.

Esta emergencia hiperglucémica constituye una causa importante de morbi-mortalidad entre los pacientes diabéticos a pesar de los avances significativos en el conocimiento de su fisiopatología y los acuerdos más uniformes sobre su diagnóstico.

Ocurre con una frecuencia de 60-80 casos por cada 1.000 diabéticos al años; del 20% al 30% de los episodios se producen entre las personas que debutan con la enfermedad.

Se presenta con mayor frecuencia en diabéticos tipo I y en adultos, típicamente entre los más jóvenes (28-52 años) sin que exista predilección por algún sexo.

En mujeres gestantes, la tasa de mortalidad fetal es alrededor del 30%, la que asciende hasta el 60% en pacientes con cetoacidosis diabética en coma.

En los últimos años, el perfil del paciente con cetoacidosis diabética se ha modificado, no solo por su menor frecuencia, sino porque su gravedad es menos extrema. Estos cambios se traducen en un indiscutible progreso en el nivel educativo de los pacientes y en la calidad médica de la asistencia primaria.

Con la ejecución de este plan de cuidados conseguiremos realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento integral y unificado para poder llegar a :

- Descartar una prioridad emergente.
- Actuar de la forma más eficaz posible.
- Disminuir la ansiedad del paciente.

TEXTO LIBRE

Con la elaboración de este plan de cuidados guía pretendemos mejorar nuestra asistencia a los pacientes que presentan esta alteración metabólica grave, teniendo una visión global del proceso para poder así anticiparnos a las posibles complicaciones que puedan aparecer.

Aunque la frecuencia de aparición de este cuadro ha descendido, constituye una causa motivadora para conseguir una excelencia y mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Dicho plan se inicia en el primer momento que el paciente tiene contacto con el medio hospitalario en la consulta de RAC, donde el personal de enfermería, a través de una primera valoración exhaustiva, descartará una emergencia, estableciendo prioridades según el sistema canadiense de triage (3) . A la vez, se formularán los diagnósticos derivados de la valoración inicial y recogidos en la NANDA (4) , seguiremos con las actuaciones recogidas en la NIC (5). Dichas actuaciones, dependiendo de la situación metabólica del paciente, se realizarán in situ en la consulta de RAC, o bien en el Box de Críticos. A través de ellas pretendemos conseguir unos criterios de resultados recogidos en la NOC.(6)

Con la realización del plan, podremos mejorar la calidad y eficacia del trabajo de enfermería en nuestro servicio, estableciendo criterios científicos y homogéneos con los que podamos evaluar su rendimiento.

Esto nos permitirá recibir y acoger al ciudadano y realizar una valoración clínica de forma rápida, llevando a cabo toda aquellas intervenciones de enfermería necesarias para establecer una calidad asistencial, de tal manera que realicemos una aproximación humana al problema y podamos informar al paciente del circuito que va a seguir.

El objeto de esto es regular y optimizar el tiempo llegada- visita médica de una forma homogénea y uniforme.

CONCLUSIONES

Con la utilización del plan de cuidados conseguiremos que el personal de enfermería que recibe y actúa sobre el paciente en situación de cetoacidosis diabética, tenga una visión global de las intervenciones necesarias e individualizadas.

En definitiva, trazar la vía más corta que nos lleve directamente a la resolución de los problemas de salud de nuestros pacientes con la máxima satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

- Valenzuela Rodríguez, AJ. Intento de una definición global enfermera de la Urgencia/Emergencia. Salud y Cuidados. (línea) nº 2 (Consulta: 20/12/05).
- (2) Wagner A, Risse A, Brill HL et al. Therapy if severe diabetic ketoacidosis. Diabetes Care 1999, 22 : 674-677.
- (2) Delany MF, Zisman A, KettlyW;; Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar no nketolic syndrome. Endocrinol Metabolic North Am 2000; 29 (4): 683-687.
- (3) Beveridge R, Clarke B, James C, et al. Canadian emergency Department Triage an Acuity Scale Implementation Guidelines. CJEM 1999; 1 (Suppl 3): s1-s24.
- (4,5,6) Johson M, MAAS, M; Moordhead, S. Nursing Outcomes Clasification. Mosby, st. Louis 2000 2ª ed.