

PROTOCOLO DE TRIAJE EN EL SERVICIO CCUU DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO DE SEVILLA

AUTORÍA

Gallego Cano, Elena.

Macías Díaz, Josefa.

Díez Moreno, Isabel M^a.

Dirección para correspondencia:

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

TITLE

TRIAGE PROTOCOL ON THE SERVICE CCUU HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO, SEVILLE.

INTRODUCCIÓN

Ante el aumento del número de demanda asistencial en el servicio de Urgencias, se hace imprescindible un sistema para clasificar a los pacientes.

Con la aplicación del proceso de priorización o RAC (Recepción, Acogida y Categorización) tenemos como objetivo atender con prioridad a los pacientes según su gravedad. Para conseguir nuestro objetivo, debemos realizar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes a su llegada a Urgencias.

OBJETIVOS DEL TRIAJE

1. Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Identificar, ordenar y priorizar eficazmente la demanda de asistencia al servicio de Urgencias.
4. Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
5. Informar al paciente y acompañante sobre los recursos iniciales a emplear y el tiempo de espera estimado.
6. Disminuir la ansiedad del paciente y familia al establecer una comunicación inicial.
7. Establecer los vínculos de confianza necesarios a través de una información completa brindada al usuario, sobre el circuito que seguirá en función de su patología y las pruebas diagnósticas que se solicita.
8. Facilitar una aproximación humana y profesional a los problemas planteados por los usuarios como demanda asistencial.

DESCRIPCIÓN

En nuestro Hospital el triaje es realizado por personal de enfermería. Existen estudios comparativos donde se demuestra que el triaje realizado por enfermería es un procedimiento fiable, aumenta la satisfacción de los pacientes, mejora la imagen del servicio y de la enfermería.

Este sistema reduce la ansiedad del paciente y de su familia, además de reducir los tiempos de espera. Con el triaje médico se corre el riesgo de hacer una consulta rápida, de deficiente calidad, aumentando el tiempo de realización del triaje, con el consiguiente aumento del tiempo de espera para la valoración inicial de otros pacientes.

● Acceso de los pacientes al servicio de Urgencias:

1. Por medios propios.
2. Por derivación de atención primaria o especialista.
3. Por traslado de otros servicios: 061, DCCU, SAMU,... traslado de otro hospital.

● Sala de triaje o clasificación:

En esta sala encontramos los puestos de enfermería donde se realiza una valoración inicial quedando registrada en DIRAYA (sistema informático de Urgencias de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío). En este registro anotamos el motivo de presenta, observaciones importantes referente a la situación de salud que presente el paciente y sea importante para su valoración.

Para poder realizar la labor de asignar un nivel de prioridad, debemos saber que existe un criterio definitorio fundamental que es el factor tiempo. Según este criterio podemos definir:

- Emergencia: Situación de inicio o aparición brusca de riesgo vital que necesita asistencia inmediata. El compromiso vital es alto (Ejemplo, parada cardiorrespiratoria).
- Urgencia: Serie de procesos, que, si bien no conlleva un riesgo vital para el paciente, si requiere un atención y tratamiento.

Otro concepto que debemos tener claro al realizar el triaje o RAC es:

- **Nivel de prioridad:** Forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente. El nivel de prioridad determina la rapidez con que se actúa sobre el paciente.

Existen 4 niveles de priorización:

- Nivel de Prioridad 1: Situación de amenaza vital para lo que requiere atención inmediata.
- Nivel de Prioridad 2: Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación. El tiempo de espera estimado no debe ser más de 20 minutos.
- Nivel de Prioridad 3: Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica. Sin riesgo evidente, inestabilidad o complicación. El tiempo de espera estimado es de 1 hora aproximadamente.
- Nivel de Prioridad 4: Paciente que presenta o percibe situaciones de salud que se podrían solucionar en centros extrahospitalarios. El tiempo de espera aproximado es de 2 horas.

Serán clasificados con Nivel de Prioridad 4:

- Úlceras diabéticas y/o vasculares.
- Cirugía menor ambulatoria.
- Cambios de sonda naso gástrica o sonda vesical, que no han sido posibles hacerlo en el centro de salud.
- Problemas dermatológicos.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Otagias, otorreas, acufenos, rinorreas.
- Intoxicación etílica sin alteración de nivel de conciencia.
- Los pacientes con signos y síntomas oculares serán derivados de forma directa a la consulta de oftalmología.
- Los pacientes con signos y síntomas psicológicos y con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica que no hayan consumido tóxicos serán derivados directamente a la consulta de psiquiatría.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SINTOMAS CARDIOVASCULARES	
PRIORIDAD I:	PRIORIDAD II:
<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor torácico irradiado a cuello o brazo acompañado de sudoración, disnea, náuseas, angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Taquicardia (110 - 130).
<ul style="list-style-type: none"> ● Cianosis ($\text{satO}_2 \geq 90$) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bradicardia.
<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión o hipotensión severa ($\geq 180/120 - \leq 90/150$) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor torácico sin cortejo vegetativo.
<ul style="list-style-type: none"> ● Palpitaciones con pulso irregular, sudoración, náuseas, alteración neurosensorial. 	PRIORIDAD III:
<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión $\geq 180/120$ asociado a cefaleas, alteraciones neurosensorial, alteraciones del estado de alerta, dolor torácico o epístaxis. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda.
<ul style="list-style-type: none"> ● Taquicardia $\geq 130-150$ latidos por minuto. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor torácico asociado a tos y fiebre.
<ul style="list-style-type: none"> ● Bradicardia ≥ 50 latidos por minuto. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor torácico relacionado con rotación de tronco o palpación.
<ul style="list-style-type: none"> ● Paciente en shock. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Episodio auto limitado de palpitations sin compromiso del estado general
<ul style="list-style-type: none"> ● Dolor torácico con pulso asimétrico. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Lipotimia en paciente con marcapasos. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Sangrado activo y signos de shock. 	

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SINTOMAS ABDOMINALES Y GASTROINTESTINALES	
PRIORIDAD I:	PRIORIDAD II:
<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal agudo y constante con sudoración, náuseas, disnea y angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> Sangrado rectal sin otro compromiso.
<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal, vómitos, diarreas con signos de deshidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> Emesis en "pozo de café".
<ul style="list-style-type: none"> Trauma abdominal cerrado (menos de 24 horas) dolor severo, sangrado y signos de shock. 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión abdominal reciente (menos de 24 horas) sin dolor severo, sangrado o shock.
<ul style="list-style-type: none"> Hematemesis. 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal intermitente, vómito, diarrea, deshidratación leve.
<ul style="list-style-type: none"> Ingesta de tóxicos. 	PRIORIDAD III:
<ul style="list-style-type: none"> Sangrado rectal con signos de shock. 	<ul style="list-style-type: none"> Imposibilidad para deglutir sin dificultad para respirar.
	<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable para el paciente.
	<ul style="list-style-type: none"> Vómitos.
	<ul style="list-style-type: none"> Diarreas sin compromiso de su estado general.
	<ul style="list-style-type: none"> Estreñimiento.
	<ul style="list-style-type: none"> Regurgitación.
	<ul style="list-style-type: none"> Anorexia.

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004. Recepción, acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias.
- Díaz Hernández C. y cols. Papel de la Enfermería en el Área de Triage. VIII Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. Octubre 1995. Málaga, libro de Comunicaciones.
- Gálvez Caballero, M. Protocolos de Triage en Urgencias, XI Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias. Octubre 1998, Murcia. Libro de Comunicaciones 198.
- Estrada E. Triage System. Nurs Clin North Am 1981; 16:13-24.
- Derlet R, Kinser D. The Emergency Department and triage of non urgent patients: editorial. Ann Emerg Med 1994; 23:377-379.
- Hernández Conesa J, Esteban Albert M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. Madrid: McGraw Hill; 1999.
- Mora Barba M.J. y cols. Protocolo de Triage de Enfermería en un Servicio Hospitalario.