

PACIENTE PEDIÁTRICO QUE ACUDE A URGENCIAS. SALA DE TRIAJE

1

1er PASO: IMPRESIÓN GENERAL 2

Fallo cardiorrespiratorio
Shock descompensado
Insuficiencia respiratoria

Paciente crítico
Nivel I/II 3

Maniobras iniciales de soporte
Aviso a personal de área de boxes/
sala de estabilización
Traslado

Área de boxes/sala de estabilización

Shock compensado
Dificultad respiratoria
Disfunción SNC

Normal

Maniobras iniciales en pacientes con TEP anormal

2º PASO: ANAMNESIS 4

- Motivo de consulta
- Antecedentes
- Hallazgos a la exploración

3er PASO: MODIFICADORES DE NIVEL 5

- Dolor
- Constantes necesarias
- Otros: mecanismo de riesgo, glucemia, etc.

Nivel II/III

Nivel II/III/IV/V

TRIAJE AVANZADO 7

Área de boxes

Sala de espera
Consultas de valoración
Sala de curas/traumatología
Área de boxes

REEVALUACIÓN 9

CLASIFICACIÓN

6

UBICACIÓN

8

1 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. Es un proceso fundamental e imprescindible en los Servicios de Emergencias porque clasifica a los pacientes en diferentes niveles de urgencia y prioriza su asistencia de una forma segura y eficiente.

El triaje debe funcionar las 24 horas al día y debe realizarse a TODOS los pacientes a la llegada al Servicio (antes incluso del registro en admisión). Debe ser realizado por un personal con perfil y formación específica, utilizando una herramienta correctamente diseñada y en un entorno físico adecuado¹⁻⁴.

2 IMPRESIÓN GENERAL: El proceso de triaje debe responder más a la pregunta “¿cómo está el niño?” que a “¿qué tiene el niño?”, ya que su objetivo principal es que los pacientes con más riesgo de deterioro o que ya han comenzado a deteriorarse por su enfermedad (independientemente de cuál sea esta) sean atendidos antes. Esta primera valoración de la “impresión general” es, por tanto, clave y en ocasiones suficiente para decidir el nivel de urgencia, especialmente en pediatría donde la mayoría de la información sobre la repercusión de la enfermedad se recoge antes de tocar al paciente. Esta primera valoración general se realiza simultáneamente al proceso de acogida del paciente y su familia en el que recibimos e informamos a los familiares del objetivo de esa visita e iniciamos la anamnesis con una pregunta abierta.

Los sistemas de triaje pediátrico deben incorporar herramientas de evaluación fáciles y rápidas. Actualmente la herramienta que mejor se adapta a este apartado es el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP), ya que es una herramienta rápida y sencilla para valorar el estado fisiopatológico del paciente, que está íntimamente ligado con el grado de urgencia⁴⁻⁶.

3 PACIENTE CRÍTICO: Aquellos pacientes con más de un lado del TEP alterado, fisiopatológicamente no están estables y se consideran pacientes críticos. No es necesario avanzar más en el proceso de triaje y deben, sin embargo, iniciarse maniobras de soporte básicas y preparar el traslado de forma adecuada a las zonas de tratamiento (área de boxes) o sala de estabilización, una vez avisado el personal de dicha área^{1,6,7}.

4 2º PASO DE TRIAJE. ANAMNESIS: El proceso de triaje debe seguir una sistemática y al mismo tiempo ser suficientemente flexible para adaptarse a la situación de cada paciente. No todos los apartados son siempre necesarios ni deben realizarse en el mismo orden.

La visita de triaje debe ser: **rápida**; **dinámica** (se valora primero aquello que puede condicionar un nivel de urgencia mayor); **dirigida** y **cordial** (es la mejor actitud para obtener la mayor cantidad de información en el menor tiempo posible).

Tras la valoración de la impresión general del paciente, mediante una breve entrevista debe recogerse la historia del paciente (edad, síntomas, frecuencia, tiempo de evolución...) y datos esenciales (antecedentes importantes, alergias, medicaciones...) y factores de riesgo críticos para el problema actual. El objetivo es identificar el síntoma guía que dirigirá la valoración del nivel de urgencia. Mediante una exploración física somera, que variará en función del motivo de consulta (exantemas petequiales en fiebres sin foco, palpar el pulso en traumatismos periféricos...) se registran los datos clínicos objetivos relevantes^{1,2,8}.

5 3er PASO: MODIFICADORES DE NIVEL: Serie de matices finales que combinados con la impresión general y el motivo de consulta pueden modificar el grado de urgencia del paciente. Las constantes a recoger varían según las escalas y debe tenerse en cuenta la gran variabilidad producida por la edad y

la interferencia que la ansiedad puede provocar en su medición. Es importante tener claro que la toma de constantes no es un objetivo de la visita de triaje: sólo se deben tomar aquellas que pueden condicionar la decisión del nivel de urgencia. Debe valorarse siempre la intensidad del dolor, que condiciona diferentes niveles de urgencia, mediante la aplicación de las escalas correspondientes. A pesar de que en triaje parecen menos precisas y no están validadas para este entorno, su uso consistente en triaje ha demostrado que mejora y acelera el tratamiento del dolor y permite un lenguaje común (para paciente y sanitarios) para medir la evolución del mismo. La presencia de un mecanismo traumático de riesgo puede también modificar el grado de urgencia^{1,8,9}.

6 CLASIFICACIÓN^{2,8,9}: El sistema de triaje debe ser validado y fiable, desarrollado sobre una base científica. Debe aportar un lenguaje común para todos los profesionales potenciando el trabajo interdisciplinar y en equipo. Debe ser sencillo, dinámico y de fácil manejo. Debe estar dotado con un sistema de ayuda informatizado, integrado en los circuitos asistenciales del SUH, así como en la historia clínica electrónica.

Debe incorporar indicadores monitorizables que permitan evaluar continuamente el modelo de triaje, el funcionamiento y la situación asistencial del SUH.

Debe realizar actualizaciones periódicas. Hoy en día se acepta internacionalmente que son las escalas de 5 niveles las que han demostrado mayor fiabilidad.

Las escalas de 5 niveles que han sido validadas son la *Australasian Triage Scale* (ATS), la *Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale* (CPTAS), el *Manchester Triage System* (MTS), el estadounidense *Emergency Severity Index* (ESI) y el Modelo Andorrano de Triage (MAT) o Sistema Español de Triage (SET). Todas ellas tienen contenidos pediátricos, más o menos desarrollados, bien incluidos en una sola escala para adultos y niños, o bien en dos escalas diferenciadas. Todas han publicado

estudios de validación y concordancia aceptables, aunque con resultados variables en pediatría. En la siguiente tabla se muestran las definiciones para los 5 niveles de urgencia y los tiempos de atención recomendados según las diferentes escalas.

Nivel de urgencia	Definición	Atención recomendada (según las diferentes escalas)
I Resucitación	Situaciones con riesgo vital inmediato (intervenciones agresivas inmediatas)	• Inmediata (ATS, MTS, P-CTAS, SET-MAT)
II Emergencia, muy urgente	Alto riesgo vital; su resolución depende radicalmente del tiempo. Generalmente asocian inestabilidad fisiológica y/o dolor intenso	• 15 minutos (P-CTAS, SET-MAT) • 10 minutos (ATS, MTS)
III Urgente	Situaciones urgentes, riesgo vital potencial. Generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o actuaciones terapéuticas. Pacientes con estabilidad fisiológica (o discretamente inestable) en el momento de la valoración.	• 60 minutos (MTS) • 30 minutos (ATS, P-CTAS, SET-MAT)
IV Menos urgente, semiurgente, estándar	Poco urgentes. Pueden tener complejidad significativa y requerir alguna exploración diagnóstica y/o actuación terapéutica.	• 120 minutos (MTS) • 60 minutos (ATS, P-CTAS, SET-MAT)
V No urgente	Nivel 5: problemas clínico-administrativos de baja complejidad (potencialmente enmarcables sin riesgo en un entorno de Atención Primaria)	• 240 minutos (MTS) • 120 minutos (ATS, P-CTAS, SET-MAT)

7 TRIAJE AVANZADO: Serie de maniobras diagnósticas o terapéuticas previamente protocolizadas que inicia el personal de triaje, agilizan el proceso diagnóstico-terapéutico y aumentan el confort de los pacientes y familiares: Prescripción de antitérmicos, analgésicos, suero de rehidratación; Inmovilización de fracturas con férulas o cabestrillos, Aplicación de anestésico tópico; Primeros auxilios para quemaduras (limpieza, vendaje); Pruebas complementarias de forma protocolizada y en pacientes seleccionados: muestras de orina, radiografías...⁸.

8 UBICACIÓN: Además de la clasificación del paciente en un nivel de urgencia, el triaje tiene también como objetivos determinar el área más adecuada para tratar a cada paciente; disminuir la congestión del Servicio, mejorando el flujo de pacientes y controlando las salas y los tiempos de espera. En lo posible es recomendable que los pacientes con cierto grado de inestabilidad fisiológica detectada mediante la impresión general sean ubicados en un área diferente a la sala de espera (área de boxes o de tratamiento) En el momento de la despedida desde el área de triaje es importante explicar a los acompañantes del niño cuál es la perspectiva de espera aproximada según su nivel de urgencia, la secuencia de eventos esperados durante su estancia y dar normas de reconsulta. Toda la información del proceso de triaje debe registrarse, preferentemente mediante registro informático y dentro de la historia clínica del paciente^{1,8,9}.

9 REEVALUACIÓN: La enfermedad es un proceso dinámico y por tanto el triaje también. El sistema de triaje debe incluir una reevaluación periódica de los pacientes pendientes de atención médica. El tiempo de reevaluación estará previamente establecido y dependerá del nivel de urgencia del paciente. El personal de triaje será el responsable de la reevaluación periódica de los pacientes que permanecen en la sala de espera hasta que reciban atención médica. Es

recomendable además instruir a las familias para que avisen en caso de cambio de la situación o aparición de nuevos síntomas durante la espera^{1,8,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. CTAS implementation guidelines. Disponible en: <https://caep.ca/resources/ctas/implementation-guideline> (Consultado septiembre 2018)
2. Recomendaciones sobre el triaje. Disponible en: <http://sems.org/tags/recomendaciones-triaje> (Consultado en marzo 2018)
3. Recznik CT, Simko LM. Pediatric triage education: An integrative literature review. *J Emerg Nurs.* 2018; 44(6): 605-13.e9
4. Australian College for Emergency Medicine. Guidelines on the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Department. Disponible en: https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx (Consultado septiembre 2018).
5. Fernandez A, Ares MI, García S, Martínez-Indart L, Mintegi S, Benito J. The validity of the Pediatric Assessment Triangle as the first step in the triage process in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2017; 33: 234-8.
6. Fernandez A, Benito J, Mintegi S. Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. *J Pediatr (Rio J).* 2017; 93 Suppl 1: 60-7.
7. Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatr Emerg Care.* 2010; 26: 312-5.
8. Quintilla JM, Fernández A. Triage. En: Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J, editores. *Tratado de Urgencias en Pediatría.* 2ª ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 3-10.
9. Australian Government. Department of Health and Ageing. Emergency triage education kit. Triage workbook. Commonwealth of Australia 2009. p. 10-6.4 Disponible en: <https://acem.org.au/getmedia/c9ba86b7-c2ba-4701-9b4f-86a12ab91152/Triage-Education-Kit.aspx>