

PROCOLO DE TRIAJE EN PEDIATRÍA DE AP

JUSTIFICACIÓN:

Necesidad de ordenar la asistencia de modo objetivo en épocas epidémicas o en consultas de pediatría que presenten elevada demanda, ya sea de forma puntual o habitual:

- **Épocas epidémicas** (bronquiolitis por VRS, en los meses de octubre a diciembre; gripe, en los meses de diciembre a febrero, etc.).
- **Cupos amplios**, con exceso de TIS.
- **Turnos de tarde:** mayor demanda por horarios escolares, de guardería y de trabajo de los padres.
- Necesidad de **doblar consultas**.

El sistema de *TRIAJE*, es una herramienta de ayuda en las situaciones que lo requieran, sin aumento de recursos humanos, y siempre de forma consensuada con la Organización de Servicios o con la jefatura de la UAP correspondiente. **Se trata de optimizar la atención partiendo de los recursos existentes.**

Este sistema de *TRIAJE* es compatible y complementario con el **Sistema de Gestión de la Demanda (SGD) desde el Área de Atención al Cliente (AAC)** y con el **SGD por enfermería de los Procesos Leves Autolimitados (PLA)**, que se han implantado o se está haciendo en algunas Organizaciones de Servicios.

OBJETIVOS DEL TRIAJE:

- **Discriminar la verdadera urgencia**, evitando que se demore la asistencia de niños graves.
- Dar **seguridad** a los padres. Reducir la **ansiedad** y aumentar la **satisfacción** al recibir una **atención preliminar inmediata**.

El *TRIAJE* conlleva las siguientes ventajas:

- Un progreso en la **seguridad del paciente**.
- Un aumento de la **calidad** en la atención prestada.
- Una optimización de la prestación de servicios y uso de los recursos tendente a la **equidad**.
- Una mejora en la **accesibilidad** de la población a la consulta.

Este **sistema de TRIAJE de pacientes indemorables** (que acuden sin cita previa), parte de la base de que, a priori, los **pacientes con cita previa** tienen preferencia, por lo que la demora en ellos se presume menor. Los pacientes que acuden como **indemorables**, que son a los que se les efectúa el *TRIAJE*, pasarán a consulta antes o después, **en función del nivel de gravedad** obtenido mediante el *TRIAJE*.

A los pacientes indemorables se les atenderá antes que a los que tienen cita previa si su nivel de gravedad lo justifica, y tratando de atenerse a los tiempos que marca cada nivel:

- **Nivel I**, atención inmediata.
- **Nivel II**, atención en menos de 15 minutos (habitualmente inmediata).
- **Nivel III**, atención en menos de 30 minutos.
- **Nivel IV**, atención en menos de 60 minutos.
- **Nivel V**, atención en menos de 120 minutos.

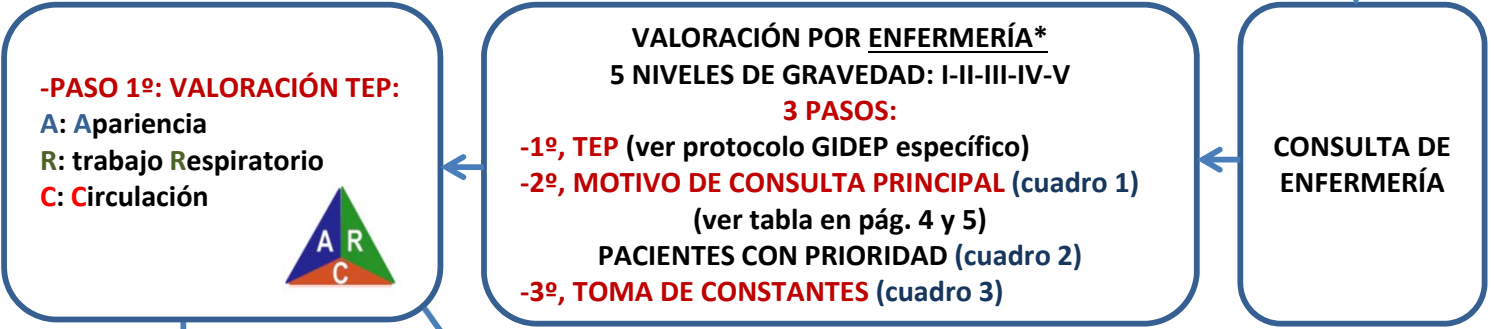
Este sistema de clasificación está basado en **“The Canadian Paediatric E.D. TRIAGE and Acuity Scale”**, adaptada a nuestro medio, y es el que fundamenta los sistemas de *TRIAJE* de las urgencias pediátricas en los hospitales de nuestra comunidad.

En el caso de que la demora en los que tienen cita previa supere o se prevea >30 minutos, se indagará por parte del médico o de la enfermera si alguno es susceptible de atención preferente.

El **formulario “TRIAJE Pediatría Enfermería”**, se puede obtener del apartado “Añadir Formulario” de la H^aC de Osabide AP, a partir de UN. ADM. COM. BILBAO, y pasarlo a nuestros formularios personales. También está disponible en los formularios de Osabide Global.

OBJETIVO: optimizar la atención y la seguridad del paciente que solicita "atención indemorable" en relación al que tiene "cita previa", aplicando metodología sistemática y objetiva, de utilidad en situaciones de sobrecarga asistencial, épocas epidémicas, etc.

TELÉFONOS EMERGENTZIAK:
 Araba: 945 244 444
 Bizkaia: 944 100 000
 Gipuzkoa: 943 461 111



TEP ESTABLE (NIVELES IV-V)

TEP INESTABLE (NIVELES I-II-III)

-PASO 2º: MOTIVO DE CONSULTA
-PASO 3º: TOMA DE CONSTANTES
 (esto último solo en **NIVEL IV** y motivo de consulta:
RESPIRATORIO, CARDIOVASCULAR, ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO O INFECCIÓN)

1 LADO ALTERADO NIVEL III: URGENCIA
 atención en <30 min**

2 LADOS ALTERADOS NIVEL II: EMERGENCIA
 atención en <15 min**

3 LADOS ALTERADOS NIVEL I: REANIMACIÓN
 atención inmediata

-PASO 2º: MOTIVO DE CONSULTA
-PASO 3º: TOMA DE CONSTANTES
AVISAR AL PEDIATRA
MEDIDAS DE APOYO Y/O TRATAMIENTO
 (mediante **TRIAJE avanzado** [cuadro 4] u órdenes médicas)

LLAMAR AL PEDIATRA
ESTABILIZACIÓN Y MEDIDAS DE APOYO
ABC + ANAMNESIS
REEVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
 (Si precisa traslado, valorar el tipo de recurso necesario, mediante "**score predictivo**")

¡¡¡PEDIR AYUDA!!!
PROTOCOLO RCP/DESA
 (Ver protocolo específico)
EQUIPO PEDIATRÍA + ENFERMERÍA
ACTIVAR EMERGENTZIAK Y SOLICITAR SVA

EVALUACIÓN POR PEDIATRA
NIVEL IV: POCO URGENTE
 atención en <60 min**
NIVEL V: NO URGENTE
 atención en <120 min

VALORACIÓN POR PEDIATRA Y REEVALUACIÓN CONTÍNUA Y ABC SI PRECISA

*La ENFERMERA anota los DBP en el formulario "TRIAJE Pediatría Enfermería" (ver formularios en pág. 7 y 8). El pediatra lo arrastrará al episodio que se cree después

Si los PLAZOS DE TIEMPO para la atención no se cumplen, se requiere volver a hacer **TRIAJE al llegar a los 15'(nivel II)-30'(nivel III)-60'(nivel IV)

HITZORDU ATZERAEZINA

CITA INDEMORABLE

Erabiltzaile estimatua:

hitzordu atzeraezina eman dizugu oraintsu, zuk uste baituzu zure osasun-arazoa gaur bertan artatu behar dela.

Asistentzia-taldeko kideren batek deituko zaitu, jada jakinarazi baitiegu hemen zaudela.

Itxaron, mesedez, deitu arte.

Gogoan izan hitzordu hau osasun-arloko premia bat betetzeko dela, eta horrelako kontsultetan ez direla errezeta kronikoak ematen, ez eta bestelako administrazio-prozedurarik egiten ere.

_____ LMAU

Estimado usuario:

acabamos de asignarle una cita indemorable, al considerar Vd. que su problema de salud ha de ser atendido en este mismo día.

El equipo asistencial le avisara, puesto que ya le ha sido comunicada su presencia.

Espere por favor a que le llamen.

Recuerde que esta cita cubre una necesidad de salud y que en este tipo de consultas no se realizan recetas crónicas ni otros procedimientos de tipo administrativo.

UAP _____

CUADRO 1**MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL**

- Mediante breve historia y anamnesis
- Preguntar o ver en Historia de Osabide AP los antecedentes personales de alergias, vacunaciones, etc.
- Consultar tabla con motivo de consulta principal y nivel de gravedad (ver tabla en **pág. 5 y 6**)
- Un mismo síntoma puede dar diferentes niveles de TRIAJE en función de edad, enfermedad de base, etc.

CUADRO 2**ALGUNOS PACIENTES CON PRIORIDAD**

- Inmunodeprimidos (nivel II)
 - Recién nacido (II, III)
 - Diabéticos (mínimo III)
- Enfermedad metabólica (mínimo III)
 - Cardiopatía (mínimo III)
- Avulsión en diente definitivo (II)
 - Parafimosis (II)

CUADRO 3**TOMA DE CONSTANTES Y ESCALAS**

- Frecuencia Cardíaca (ppm): cardiocirculatorio, neurológico
- Frecuencia Respiratoria (rpm): neurológico, respiratorio
- Tensión Arterial (mmHg): neurológico, cardiocirculatorio
- SpO₂ (%): respiratorio, cardiocirculatorio, neurológico
- Temperatura (°C), rectal en <12 meses: infeccioso
- Glucemia capilar (mg/dl): neurológico, alteración del comportamiento, endocrino, psiquiátrico (intoxicación)
- Escalas de dolor (ver protocolo GIDEP específico)

CUADRO 4**TRIAJE AVANZADO DE ENFERMERÍA (opcional)**

- Administración de analgésico menor/antitérmico en paciente con dolor por patología menor: (dolor de oído, dolor dental, dolor de garganta) o fiebre. Descartar alergias.
DOSIS: ibuprofeno 100 mg/5 ml (7-10 mg/kg); paracetamol 100 mg/ml (10-15 mg/kg)
 - Aplicar gel anestésico LAT en heridas simples a su llegada:
En heridas susceptibles de sutura: más de 1cm, bordes separados, zonas a tensión...
NO EN: OREJAS, NARIZ, DEDOS, MUCOSAS
- Administrar O₂ en paciente con dificultad respiratoria severa (en zona de reconocimiento)
Inicialmente siempre O₂ a 15 L/min, con mascarilla con reservorio
- Suero de Rehidratación Oral, si diarrea con vómitos asociados: 5-10 ml cada 5 minutos.
NO EN VÓMITOS SÓLOS, sin diarrea (antes de ser valorado por el pediatra)

MOTIVO DE CONSULTA PRINCIPAL Y NIVELES DE GRAVEDAD

(Basado y modificado de: "The Canadian Paediatric E.D. TRIAGE and Acuity Scale")

	I RESUCITACIÓN	II EMERGENCIA	III URGENCIA	IV SEMI-URGENCIA	V NO URGENCIA
Respiratorio	Compromiso vía aérea DR severa Asma crítico Trauma torácico con DR	Estridor grave DR moderada Asma severo (tiraje severo, palidez o cianosis, dificultad habla, irritable) Aspiración CE con DR Inhalación tóxico	Estridor leve DR leve Asma moderado (tiraje intercostal y supraesternal, palidez) Aspiración CE sin DR Tos persistente	Asma leve (AP asma con tos, no tiraje) Posible aspiración CE sin DR Traumatismo torácico menor sin DR	
Neurológico SNC	TCE grave CGS<10 Arreactivo Convulsión (activa)	TCE moderado CGS<13 Alteración nivel conciencia Cefalea severa aguda Disfunción DVP (CGS<15 o somnolencia) Trastorno agudo del sistema nervioso	TCE leve CGS<15 Hª de pérdida conciencia Cefalea moderada Posible disfunción DVP (portador de DVP con vómitos/cefalea leve y CGS 15) Convulsión (resuelta)	TCE leve Nivel conciencia normal Cefalea crónica	
Cardiovascular Circulación	Parada cardiaca Shock/Hipotensión Hemorragia (exanguinating)	Taquicardia Bradicardia DH severa (frio, ojos muy hundidos, disminución nivel conciencia) Hemorragia severa incontrolable	Taquicardia DH moderada (irritable o decaído, boca seca, ojos algo hundidos) Hemorragia menor incontrolable	FC normal Dolor torácico	Bien hidratado
Músculo esquelético	Trauma severo Amputación extremidad Hipotermia	Amputación dedo Fractura abierta/ con déficit neuromuscular Dolor espalda + síntomas neurol. Avulsión diente definitivo	Fractura sin déficit musc. (deformidad pulso+, movilidad distal+) Yeso apretado Dolor articular/cojera +fiebre Trauma dental (fractura, luxación)	Dolor intenso localizado sin deformidad (Fractura en tallo verde) Esguince, contusión Inflamación extremidad (afebril)	
Piel	Quemadura >25% SCQ ó implica vía aérea	Quemadura >10% SCQ Quemadura cara/mano/pie química/eléctrica Exantema purpúrico febril	Quemadura <10% SCQ Congelación Celulitis+ Fiebre Herida complicada: profunda/genitales/afect a vasos o tendones	Quemadura leve Lesión por frio leve Celulitis local Herida simple: superficial, <10cm,	Quemadura superficial Contusión, abrasión, (no precisa sutura) Exantema localizado Picadura

AP: antecedentes personales; CE: cuerpo extraño; CGS: Coma Glasgow-Scale; DH: deshidratación; DR: distress respiratorio; DVP: válvula derivación peritoneal; FC: frecuencia cardiaca; SCQ: superficie corporal; SNC: sistema nervioso central; TCE: traumatismo craneoencefálico

	I RESUCITACIÓN	II EMERGENCIA	III URGENCIA	IV SEMI-URGENCIA	V NO URGENCIA
Digestivo	Trauma penetrante/ contuso + shock Dificultad tragar + compromiso vía aérea	Hematemesis/ rectorragia Dolor abdominal+ vómitos/diarrea/ alteración constantes	Vómitos persistentes/ biliosos Vómitos/diarrea <2 años Sospecha apendicitis (dolor moderado FID+/- vómitos+/-febrícula)	Estreñimiento Dolor abdominal Vómitos/diarrea >2 años	Vómitos/diarrea No dolor, no DH
Genitourinario Ginecológico	Metrorragia- inestable	Dolor testicular severo Retención urinaria >24h Parafimosis Metrorragia severa	Dolor /inflamación testicular moderado Masa inguinal/dolor Retención urinaria>8h Metrorragia	Trauma escrotal Sospecha ITU (alteración en orina en ambulatorio, disuria, polaquiuria)	
ORL	Compromiso vía aérea	Amputación oreja Epistaxis no controlada Hemorragia postquirúrgica Dolor de garganta con babeo/estridor Dificultad tragar/dolor garganta postrauma	CE nasal Epistaxis controlada Exudados amigdalares con dificultad para tragar Sordera aguda Hemorragia post IQ ORL	Otorrea Dolor de oído	Dolor de garganta Congestión nasal Dolor de boca Tos ronca afonía, sin estridor (laringitis leve)
Ojo		Exposición química Herida penetrante Celulitis orbitaria (no abre ojo, dolor al moverlo, protusión)	Alteración visión Celulitis periorbitaria (edema palpebral y eritema, no duele al moverlo, puede abrirlo parcialmente)	Lagrimo, secreción que afecta función CE corneal.	Conjuntivitis
Hematología inmunología	Anafilaxia	Trastorno hemorrágico Fiebre-neutropenia	Reacción alérgica moderada (edema de labios y cara, no dif respiratoria)	Reacción alérgica localizada (urticaria sin afectación facial, no DR, edema conjuntiva)	
Endocrino	Diabético- alteración nivel conciencia	Diabético-cetoacidosis/ hipoglucemia	Diabético- hiperglucemia		
Psiquiátrico		Intoxicación con síntomas Riesgo elevado autolesión/agresión Comportamiento agresivo	Intoxicación sin síntomas Riesgo moderado autolesión/ agresión Agitado	Bajo riesgo de autolesión/ agresión Depresión	Síntomas crónicos
Alteración comportamiento	Coma	Letargia RN<7 días	Irritable-inconsolable Rechazo de tomas (lactante)	Irritable-consolable Comportamiento anormal	
Infección	Shock séptico	Tª<36°/>38°R (<3m) Aspecto séptico	Fiebre>38°R (3-24m) No aspecto séptico	Fiebre (>24m) No aspecto séptico	
Abuso	Situación o conflicto inestable	Riesgo actual	Agresión física Abuso sexual<48h	Hª o signos de violencia familiar	
Dolor		Severo: 8-10/10	Moderado: 4-7/10	Leve: 1-3/10	

CE: cuerpo extraño; DH: deshidratación; DR: distress respiratorio; FID: fosa iliaca derecha; IQ: intervención quirúrgica; ITU: infección del tracto urinario; ORL: otorrinolaringológico; R: rectal; RN: recién nacido

FORMULARIO “TRIAJE PEDIATRÍA ENFERMERÍA” en OSABIDE AP

DBP (Datos Básicos del Paciente)	VALOR
TEP Perfusión Cutánea	-Normal -Anormal
TEP Respiración	-Normal -Anormal
TEP Apariencia	-Normal -Anormal
TEP: <i>TRIAJE</i> inicial	-Normal -Anormal
Motivo de consulta	-Infección -Abuso -Neurológico – SNC -Musculo esquelético -Piel -ORL -Ojo -Digestivo -Genitourinario-Ginecológico -Cardiovascular-Circulación -Dolor -Hematología – Inmunología -Endocrino -Alteración del comportamiento -Psiquiátrico -Respiratorio
Valoración inicial por motivo de consulta / TEP (Nivel)	-Nivel I -Nivel II -Nivel V -Nivel IV -Nivel III
Glucemia Capilar (cifra en mg/dl)	-Valor numérico
% Saturación Oxígeno (SpO ₂) (cifra)	-Valor numérico
TAS (cifra mmHg)	-Valor numérico
TAD (cifra mmHg)	-Valor numérico
Frecuencia cardiaca (cifra en ppm)	-Valor numérico
Frecuencia respiratoria (cifra en rpm)	-Valor numérico
Temperatura (cifra en °C)	-Valor numérico
Tipo de tratamiento	-Texto libre
Oxigenoterapia (Tratamiento)	-Valor numérico
Valoración final por motivo de consulta / TEP (Nivel)	-Nivel I -Nivel II -Nivel V -Nivel IV -Nivel III
Derivación al médico (MAP)	-No -Sí


FORMULARIO

“TRIAJE PEDIÁTRICO DE ENFERMERÍA EN AP”

en OSABIDE GLOBAL PEDIATRÍA

Triage Pediátrico de Enfermería en AP

Paciente: PEDIATRIA BOMBERO ETXANIZ Edad: 12a3 meses APARICIO GUERRA, EMILIO


Guardar

Fecha Datos: 09/08/2017 09:32

TEP

■ Apariencia: H

■ Respiración: H

■ Perfusión cutánea: H

TEP Triage inicial: H

Motivo de consulta: H

Nivel de gravedad inicial por motivo de consulta y TEP: H

Grucemia capilar (mg/dl): H

Saturación de O2 (%): H

Frecuencia Cardíaca (lpm): H

Frecuencia respiratoria (rpm): H

TAS TAD

Tensión Arterial (mmHg): H H

Temperatura (°C): H

Tratamiento: H

Oxigenoterapia (lpm): H

Nivel de gravedad final por motivo de consulta y TEP: H

Derivación al médico (MAP): H

Bibliografía:

The Canadian Paediatric E.D. Triage and Acuity Scale.
 Dieckmann RA. Pediatric Assessment. In Gausche-Hill M, Fuchs S, Yamamoto L, Eds. The Pediatric Emergency Medicine Resource. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2004; pp 20-51
 Grupo GIDEP. <https://osagune.osakidetza.eus/423/Documentos%20de%20Grupo/Forms/AllItems.aspx> .

Observaciones: H

JUSTIFICACIÓN PARA EL CAMBIO EN EL PROTOCOLO DE TRIAJE

- Revisión bibliográfica
- Incorporación del nuevo formulario “Triage Pediátrico de Enfermería en AP”, en Osabide Global Pediatría

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Magalhães-Barbosa MC, Rodrigues RJ, Prata-Barbosa A, *et al.* *Validity of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review.* Emerg Med J 2017;34:711-719. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28978650>
2. Fernández A, Ares MI, Garcia S, Martinez-Indart L, Mintegi S, Benito FJ. *The Validity of the Pediatric Assessment Triangle as the First Step in the Triage process in a Pediatric Emergency Department.* *Pediatr Emerg Care.* 2017 Apr;33(4):234-238. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27176906>
3. Fernández A, Pijoan JI, Ares MI, Mintegi S, Benito FJ. Evaluación de la escala canadiense de triaje pediátrico en un servicio de urgencias de pediatría europeo. *Emergencias.* 2010;22:355-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3317231>
4. Warren DW, Jarvis A., LeBlanc L., Gravel J. *Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS).* *Canadian Journal of Emergency Medicine (CJEM),* 2008;10(3), 224-232. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19019273>
5. Rubio Marcos S, Arana Aguirre N, Fernández Sáez J, Calvente Miguel I. Instauración de un sistema de triaje pediátrico para la valoración del paciente urgente en un centro de salud urbano. 63 congreso Asociación Española Pediatría. Libro de ponencias y comunicaciones. Posters moderados. Bilbao, 2015, p 12. http://congresoaeap2015.pulsointeractivo.com/readcontents.php?file=webstructure/05_pos_moderados-def.pdf
6. Leeies, M; French Ch; Strome T; Weldon, E; Bullard M; Grierson R. *Prehospital Application of the Canadian Triage and Acuity Scale by Emergency Medical Services.* *Canadian Journal of Emergency Medicine,* 2017;19(1):26-31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27508353>
7. García Arrarás I. La Consulta de Enfermería de Alta Resolución en la gestión de la demanda indemorable en atención primaria . Escuela de Enfermería de Donostia. Universidad del País Vasco, 2013. <https://addi.ehu.es>
8. Bullard MJ; Musgrave E; Warren D; Ubger B; *et al.* Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) . Guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2017:S18-S27. <https://www.cambridge.org/core>
9. Sebastián Barberán V. La soledad de la urgencia en Atención Primaria. 21 Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Valencia, 14-16 abril, 2016. http://seup.org/pdf_public/reuniones/2016/15/11-45/soledad.pdf
10. Álvarez de Laviada T; Martínez M; Mínguez R; Sebastián V; Serrano E; *et al.* Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de atención primaria. Informe GATPAP, 2017. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/informe_gatpap.pdf