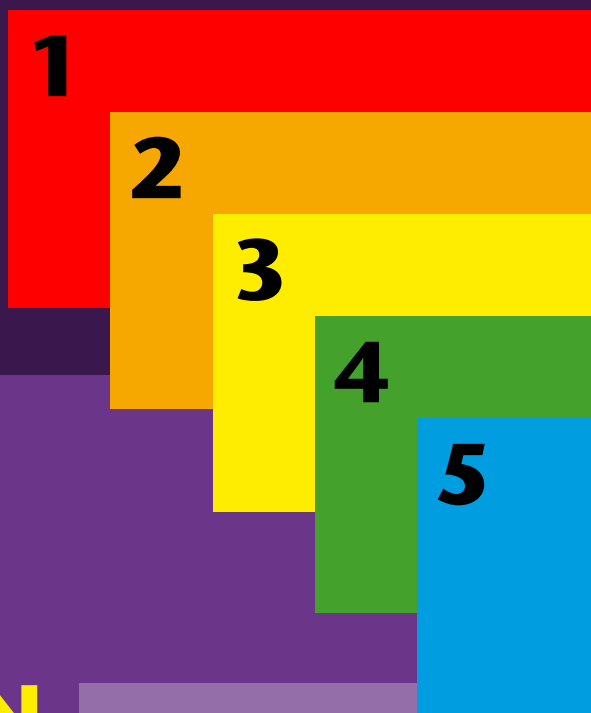


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

RECEPCIÓN ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC)



**MSPBS
PARAGUAY 2011**

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

RECEPCIÓN ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC)

**MSPBS
PARAGUAY 2011**

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud

Dra. Raquel Escobar Argaña
Viceministra

Direcciones Generales participantes:

Dirección General de Programas de Salud
Dra. Margarita María Bazzano

Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud
Dra. María del Carmen Gomes

Dirección General de Planificación y Evaluación
Dra. María Cristina Guillén

EDITORES

DRA. SONIA VIVIANA PAVLICICH

DR. FRANCISCO PJ RIVAS CLEMENTE

AUTORES

Pio Alfieri, Vicedirector. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Manuela Benítez Gómez, Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Natalia Cardozo, Enfermera Jefe. Servicio de Urgencias. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Sixto Escobar, Director General. Hospital Distrital de Villa Elisa.

Carles Luaces Cubells, Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital San Juan de Dios. Barcelona. Presidente de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

Oscar Merlo, Director General. Instituto de Medicina Tropical.

Natalia Meza, Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Zita Quintela González, Coordinadora del Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Angilberto Paredes, Director General. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Sonia Viviana Pavlicich, Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

José María Quintilla Martínez, Médico Adjunto del Servicio de Urgencias Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Francisco PJ Rivas Clemente, Subdirector Médico del Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Marcos Riveros, Enfermero Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital Distrital de Villa Elisa.

Lidia Martínez Sánchez, Médico Adjunto del Servicio de Urgencias Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Anna Segura Casanovas, Supervisora de Enfermería. Servicio de Urgencias. Hospital San Juan de Dios. Barcelona.

Nuria Tejada Hernández, Supervisora de Enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Cooperación Técnica: Dra. **María Angelica Gomes**, OPS-OMS.

ÍNDICE

Presentación	7
---------------------	---

PARTE 1: EL RAC

1. Introducción	11
2. Definición de Triage	12
3. Definición de RAC	13
4. Objetivos del RAC	13
5. Personal que realiza RAC	13
6. Sala de RAC y materiales	13
7. Niveles de Clasificación	14
8. Metodología de la consulta: los momentos del RAC	15
8.1. Impresión general	16
8.2. Anamnesis	16
8.3. Exploración	16
8.4. Toma de signos vitales	16
8.5. Valoración del dolor	16
8.6. Clasificación	16
8.7. Despedida e información	17
9. Circuitos internos y flujos de pacientes	17
9.1. Admisión de Urgencias	17
9.2. Sala de RAC	17
9.3. Consulta Médica	17
10. Registro de datos derivados del proceso de atención	17
11. Control de calidad	18

PARTE 2: LA IMPLANTACIÓN DEL RAC

1. Condiciones para el proceso de implantación	21
2. Factores que influyen en el diseño	21
3. Factores de éxito de la implantación	21
4. Sistemática de la implantación	22
5. Lista de Verificación	22

PARTE 3: PROTOCOLOS DE CLASIFICACIÓN DEL NIÑO

1. El triángulo de evaluación pediátrica como impresión inicial	29
2. Discriminantes generales	32
3. Discriminaciones por motivos de consulta	33

PARTE 4: PROTOCOLOS DE CLASIFICACIÓN DEL ADULTO

1. Determinar el motivo de consulta	49
2. Discriminantes Generales y Específicos	50
3. Seleccionar la prioridad	52
4. Evaluación	53
5. Tabla de Clasificación por Síntomas Generales	54
6. Tabla de Clasificación por Aparatos	56
7. Protocolos por Motivo de Consulta	60

ANEXOS

FICHA DE ATENCIÓN	93
TOMA DE SIGNOS VITALES EN NIÑOS	94
VALORES NORMALES DE SIGNOS VITALES EN PEDIATRÍA	96
MÉTODOS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN NIÑOS	99
LISTA DE SUSTANCIAS NO TOXICAS	101
HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES	102
GLOSARIO DEL RAC EN PEDIATRÍA	103
GLOSARIO DEL RAC EN ADULTOS POR NIVELES DE PRIORIDAD	105

BIBLIOGRAFÍA	113
---------------------	-----

PRESENTACIÓN

Atender a la población con calidad y aplicar el principio bioético de justicia son los fundamentos de dotar a los Servicios de Urgencias del Paraguay de un sistema que clasifique a los y las pacientes según su prioridad de atención y que a su vez asegure su debida recepción y acogida en estos servicios.

Una sistemática que permita estructurar los Servicios de Urgencias, controlar la calidad de atención y facilitar la integración con otros niveles de atención, logrando un lenguaje común, es el principio de un cambio sustancial en la atención de las urgencias.

El sistema RAC (Recepción, Acogida y Clasificación) responde a esta necesidad y requiere de una herramienta científica y validada para su implementación.

El presente manual operativo cumple con la finalidad de ofrecer las definiciones indispensables, orientar como realizar una implantación de RAC en un servicio y proveer los protocolos necesarios para la clasificación de niños, niñas, adolescentes y personas adultas.

Agradezco al equipo de autores nacionales e internacionales el alto nivel técnico y la dedicación que han puesto en redactarlo.

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud

PARTE 1

EL RAC

1. INTRODUCCIÓN

En los servicios de urgencias ocurre en numerosas ocasiones un desequilibrio entre la demanda de atención y los recursos disponibles, condicionando que los pacientes que acuden al hospital no sean atendidos de forma inmediata. Durante este tiempo de espera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida. Además, crea en el paciente y en sus familiares un sentimiento de desatención cuando se prolonga el periodo entre la recogida de datos administrativos y la atención médica.

La situación descrita, junto con la reciente aplicación de conceptos y técnicas de control de calidad a la actividad asistencial, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de clasificación de los pacientes que buscan un ordenamiento de los mismos de forma más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean atendidos antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera.

Efectivamente, (citando al Dr. J. Gómez Giménez) *los servicios de urgencias se dotan de un sistema magnífico para aplicar el principio bioético de justicia, pero para que esto sea así, es necesario un intenso trabajo multidisciplinario, para que todos entiendan y acepten esta nueva filosofía. Para ello, es necesario un esfuerzo de consenso interpro-*

fesional que clarifique circuitos y genere pautas y protocolos de actuación adaptados a cada centro. También es evidente que en servicios con un liderazgo claro y con personal motivado e implicado en la mejora de la calidad, el éxito de la implantación y la obtención de resultados a corto plazo es mayor.

La gestión óptima de los servicios de salud, orientados a la eficiencia con calidad, requiere de metodologías y herramientas que den respuesta a las necesidades de los gerentes en su misión de mejorar el estado de salud de la población a la que sirven.

Esta modalidad de atención aporta elementos invalorable de organización como posibilitar la gestión basada en los motivos de consulta, promover mejoras estructurales, orientar la gestión de recursos, mejorar flujos, funciones y circuitos asistenciales.

Un sistema de clasificación, ha de ser entendido como un sistema integral de calidad para los servicios de urgencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad.

Este sistema de clasificación debe garantizar la categorización según el grado de urgencias a partir de los signos y síntomas que presentan los pacientes a su arribo al servicio de urgencias acompañado de todo el bagaje humano que favorezca la relación terapéutica positiva. De esto surge el concepto de RAC

(Recepción, Acogida y Clasificación) que no es más que un sistema estructurado de triaje enmarcado dentro de los valores provistos por una comunicación humanizada, empática y diligente. Rescata además la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad de las situaciones que motivan la consulta.

Para el profesional de urgencias el RAC ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje común entre los diferentes componentes del sistema de atención y un control más eficiente del proceso asistencial.

Con la implementación del RAC se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos, es la posibilidad más firme que tienen los servicios de urgencia para mejorar permitiéndoles trabajar coordinadamente con otros niveles asistenciales convirtiéndose en un potente motor de cambio, modernización y mejora en los servicios donde se aplica.

Los responsables gerenciales deben tener en claro las ventajas que aporta la implantación del RAC y realizar un plan adaptado a la realidad de cada centro, consensuado y aprobado por todos los estamentos implicados, que respete el modelo nacional elegido y sea apoyado y supervisado por la comisión nacional de RAC. Deben aceptar y realizar las adaptaciones necesarias de la estructura física y profesional en los servicios de urgencia a fin de garantizar una calidad evaluable y continuamente mejorable.

Para poder considerar a este instrumento como el pivote de toda la organización del servicio de urgencias y que permita el control de riesgo de los pacientes se debe garantizar el entrenamiento adecuado y la auditoria permanente del personal que lo realiza. También es fundamental que los pacientes sean informados correctamente.

Capacitación, información, supervisión y análisis de los resultados es el resumen de las acciones que permitirán imprimir calidad a los servicios donde se implanta el RAC.

Por ultimo tener presente el concepto que el trabajo centrado en el paciente es la razón de ser de los sistemas salud y que esto es posible con una organización de la asistencia en la que primen los principios de justicia y equidad en la atención.

2. DEFINICIÓN DE TRIAJE

En base a estos conceptos, podemos **definir triaje** como el *proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la actuación diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda/recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primeros*. Esta clasificación debe hacerse en un tiempo corto y de forma ágil y efectiva, para que no pierda su razón primaria de ser.

En esta definición se introduce el término “grado de urgencia”, que hay que entender de forma adecuada para tener claro cuál es el objetivo final del triaje. Requieren una actuación urgente aquellas situaciones clínicas con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo. En general se equipara a situaciones de mayor agudeza o de mayor gravedad, pero no siempre es superponible. La urgencia viene condicionada por el tiempo hasta la atención definitiva mientras que la gravedad tiene más que ver con el pronóstico final. Por ejemplo, un cáncer puede ser más grave que una

crisis de broncoespasmo, pero ésta puede ser más urgente que el primero.

- Proporcionar información a los profesionales que ayude a definir y monitorizar la complejidad de su servicio.

3. DEFINICIÓN DE RAC

El RAC es sumar al concepto de triaje los elementos propios de la relación interpersonal entre el paciente y el profesional sanitario, estableciendo conexiones empáticas y centrando las acciones en el servicio al usuario.

En este documento se utilizarán las palabras triaje y RAC como sinónimos.

4. OBJETIVOS DEL RAC

Aunque en la definición ya ha quedado clara la finalidad principal del triaje, en realidad es un proceso más completo y ambicioso y sus objetivos son:

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente
- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias
- Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable
- Disminuir la congestión, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio

5. PERSONAL QUE REALIZA EL RAC

El perfil profesional implica personas capacitadas para hacer funciones de triaje. Está claramente definido que el personal de enfermería es quien debe realizar este proceso.

Además de los conocimientos propios de su profesión, esas personas deben formarse más específicamente en la metodología de la consulta de triaje y en los criterios que determinan los diferentes niveles de urgencia. Para su formación habrán practicado un número determinado de escenarios teóricos y además habrán realizado un número suficiente de horas de triaje real tutelado por un profesional experto. El profesional que realiza triaje no comparte otras funciones, sino que se dedica a dicha tarea de forma exclusiva. Debido a la presión y a la intensidad con que realiza su trabajo, se establece que no deberá estar en el puesto de triaje más de 4 horas diarias de su jornada laboral prevista.

6. SALA DE RAC Y MATERIALES

El triaje requiere una **sala** que cumpla las siguientes características:

- Propia e independiente
- Tamaño de 8 m²
- Suficientemente equipada

- De fácil acceso desde la sala de espera
- Con buena comunicación hacia los consultorios
- Que permita la confidencialidad de la entrevista

Elementos de la sala de triaje:

• Muebles: - Camillas exploración (2). - Sillas (2). - Heladera. - Lavamanos y palangana, - Cubo ropa sucia. - Mesa escritorio. - Silla escritorio. - PC e impresora (documentación y etiquetas). - Clasificador documentación. - Teléfono. - Armario o carro para materiales y cajas materiales. - Mesada para aparatos y preparación de medicación. - Carro medicación o vitrina. • Documentación: - Hojas de Triage Manual. - Lista teléfonos hospital. - Manual • Aparatos: - Toma oxígeno. - Toma aspiración. - Monitor TA y manguitos. - Monitor Glucemia Capilar. - Monitor Sat. Hb. - Estetoscopio. - Termómetro. - Linterna.	• Medicación: - Suero oral - Paracetamol oral - Metamizol - Dexametasona - Ondansetrón - Clorfeniramina • Materiales: - Mascarilla oxígeno adulto y pediátrica. - Humidificadores. - Agua estéril. - Sondas aspiración. - Vasos para el agua. - Cucharas. - Gasas. - Tiras reactivas para glicemia. - Lancetas glucemia capilar. - Alcohol gel. - Guantes de vinilo desechable de todos los tamaños. - Jeringas 2, 5, 10, 20 y 50 (cono ancho) ml. - Agujas nº 23 y 25. - Contenedor agujas. - Tiritas HGT. - Esparadrapo hipoalérgico. - Balanza adultos y bebés. - Papeles pesa bebés. - Bolsas basura. - Jabón. - Soporte papel manos y rollo de papel. - Papelera. - Sábanas-Toallas.
---	---

7. NIVELES DE CLASIFICACIÓN

Los sistemas de triaje aceptados en la actualidad y que han alcanzado un suficiente grado de evidencia científica en cuanto a utilidad, reproductibilidad y validez son los que dividen a

los pacientes en **5 niveles** de urgencia. De hecho, el *American College of Emergency Physicians* y la *Emergency Nurse Association* han publicado en enero de 2004 un breve comunicado en el que afirman que la presencia de un sistema de triaje en los servicios de urgencias

mejora de forma evidente la calidad de la asistencia y que la escala de triaje que se utilice debe ser de 5 niveles.

Existen 5 escalas **de adultos** utilizadas y estudiadas en diferentes países del mundo y que se consideran válidas desde el punto de vista científico: la *Australasian Triage Scale* (ATS), publicada inicialmente en 1993 y revisada el 2000; la *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS), desarrollada en 1995; el *Manchester Triage System* (MTS), introducido en 1996; el *Emergency Severity Index* (ESI), desarrollado en EEUU en 1999; y el Modelo Andorrano de Triage (MAT), aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en el año 2000.

El **tipo de pacientes clasificados dentro de cada nivel** de triaje es similar en las diferentes escalas:

NIVEL I: Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación.

NIVEL II: Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmedia-

to y cuya intervención depende radicalmente del tiempo.

NIVEL III: Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas, en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales o sólo ligeramente alteradas).

NIVEL IV: Situaciones que, por la edad del paciente o su proceso, podrían empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico.

NIVEL V: Situaciones que pueden ser agudas pero no son urgentes o que forman parte de un proceso crónico. En cualquier caso, su atención podría ser retrasada y referida al equipo de medicina primaria.

El significado de los diferentes niveles de triaje en cuanto al lugar de asistencia y al tiempo máximo deseado se esquematiza en la siguiente tabla:

NIVELES DE URGENCIA	TIEMPO DE ASISTENCIA DESEADO
I	Inmediato en SALA DE REANIMACION
II	≤ 10 minutos (pasar de inmediato a la consulta)
III	≤ 30 minutos
IV	≤ 120 minutos
V	≤ 180 minutos

8. METODOLOGÍA DE LA CONSULTA: LOS MOMENTOS DEL RAC

El punto fundamental para entender cómo se realiza la consulta de RAC es tener en cuenta en todo momento que **su finalidad es asignar un nivel de urgen-**

cia y no hacer un diagnóstico. La consulta de triaje **comprende, el conjunto mínimo imprescindible de actuaciones que permitan decidir el grado de urgencia del paciente.** Todo lo que vaya más allá es superfluo y sólo contribuye a aumentar el tiempo empleado, lo que va en contra de la filosofía del propio triaje.

Es muy importante **transmitir este hecho al paciente y a sus familiares** y dejar claro que se trata de una valoración preliminar para determinar las necesidades inmediatas del paciente de forma previa a la consulta médica definitiva, en la que ya se tendrán en cuenta todos los datos necesarios para su diagnóstico y su tratamiento.

Las etapas de la consulta de RAC son las siguientes:

8.1. Impresión general

Se refiere a la sensación de gravedad que nos produce un paciente.

8.2. Anamnesis

¿Qué le pasa? Motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología, delimitando un cuadro para formarnos una opinión de su gravedad.

¿Desde cuándo? delimitamos si es un cuadro agudo o una afectación crónica o crónica descompensada.

Episodios previos: averiguamos la existencia de cuadros recurrentes.

Datos de interés relacionados con el motivo de consulta: que sean pertinentes y ayuden a la priorización

8.3. Exploración

Búsqueda de signos de gravedad. Hay que prestar atención en aquellos relacionados con el motivo de consulta y que nos ayuden a priorizar. Ejemplo:

- Respiración: Permeabilidad de vías aéreas, patrón respiratorio, trabajo respiratorio, sonidos audibles a distancia
- Circulación: pulsos distales, temperatura de la piel, color, FC.

- Neurológico: nivel de conciencia, pupilas, respuesta al dolor, motricidad etc.

8.4. Toma de signos vitales

En el triaje utilizamos habitualmente los siguientes signos vitales: FC, FR, TA, SatHb, Tª y glucemia. Es importante tener claro que **la toma de los mismos no es un objetivo de la consulta de triaje**: sólo se deben tomar **aquellos que pueden condicionar la decisión** del nivel de urgencia. Si con datos clínicos tenemos suficiente para determinarlo, la toma de constantes no hace más que enlentecer el proceso, y nuestro tiempo es precioso. Si alargamos la visita de triaje demoramos el tiempo de ese paciente hasta su atención y tratamiento definitivos y además retrasamos la valoración del siguiente paciente. En cada uno de los algoritmos vienen enumerados los signos vitales que pueden ser de utilidad para cada motivo de consulta. De todas formas, insistimos que no es que deban tomarse de forma obligatoria, **sólo si nos hacen falta** para el proceso del triaje. Muchas veces los niveles I y II tienen signos clínicos de urgencia evidentes que hacen innecesario conocer el valor de los signos vitales, porque ya tenemos claro que se trata de un paciente urgente.

8.5. Valoración del dolor

El dolor es un aspecto muy importante a ser valorado en la consulta del RAC y su determinación implica una sistemática diferente según la edad. (Véase en el anexo como evaluar dolor en niños y adultos).

8.6. Clasificación

Es la prioridad de atención de urgencia utilizando protocolos validados para tal efecto.

8.7. Despedida e información

Se le explicará al paciente y/o familiares el tiempo y lugar donde esperará para ser atendido según la clasificación asignada y cuándo corresponde ser reclasificado.

La consulta de triaje debe seguir una **sistémica** para que no se olviden cosas importantes, pero también tiene que ser suficientemente **flexible** para adaptarse a la situación de cada paciente. Esto significa que, aunque incluye varios apartados no siempre todos son necesarios ni siempre tienen que hacerse en el mismo orden. De hecho, casi siempre se harán de forma **paralela**: comenzar a valorar algunos datos de la exploración física o tomar signos vitales mientras se continúa la anamnesis.

La asignación de nivel de prioridad de atención de urgencia determinado se basa en unos **protocolos o algoritmos**, no sólo en el criterio personal de cada profesional. La metodología de dichos protocolos se explica un poco más adelante y los protocolos en sí se detallan en el apartado de clasificación de niños y adultos según corresponden.

9. CIRCUITOS INTERNOS Y FLUJOS DE PACIENTES

9.1. Admisión de Urgencias

- 1.1. Registra la filiación del paciente.
 - 1.1.1. La ficha se encuentra impresa y una vez completa, el personal administrativo o el propio paciente la lleva a la sala de triaje.
- 1.2. Entrega al paciente la hoja informativa sobre el sistema de atención
- 1.3. Dirige al paciente al lugar correspondiente para la espera pre-triaje

9.2. Sala de RAC

- 2.1. El personal de enfermería asignado llama según orden de llegada (dentro de los primeros 10 minutos del arribo al hospital).
- 2.2. Valoración del paciente y asignación del nivel de urgencia.
- 2.3. Se registra nivel de clasificación (I, II, III, IV o V) y el destino del paciente (sala de espera, consultorio de atención o box de reanimación). Completa manualmente los datos presentes en la ficha de atención.
- 2.4. Se conduce al paciente a la sala adecuada:
 - Sala de espera: niveles III, IV y V.
 - Consultorio de atención: nivel II.
 - Sala de reanimación: nivel I.

9.3. Consulta Médica

El personal médico de cada consultorio llama a los pacientes pendientes de consultar ordenados por nivel de clasificación asignada y completa la ficha en el apartado correspondiente.

10. REGISTRO DE DATOS DERIVADOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN

Los datos registrados no sólo tienen valor documental, sino que nos proporcionan información acerca del funcionamiento del triaje.

La ficha de atención contiene los datos de todo el proceso de atención del paciente en el servicio de urgencias. VER ANEXO.

11. CONTROL DE CALIDAD

Indicadores

La evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en los servicios de urgencias requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes. La evaluación por indicadores es un instrumento útil para controlar de forma numérica la calidad de la actividad diaria.

1. *Índice de pacientes perdidos sin ser atendidos por el médico:* El índice de pacientes no atendidos ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido se sitúa en al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias. Este indicador se subdivide en:

- *Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados:* Porcentaje de pacientes que deciden dejar el servicio de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados.
- *Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser atendidos por el médico:* Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

2. *Tiempo llegada / registro-triaje:* El tiempo desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta el momento que se inicia la clasificación. El IC de tiempo llegada / registro-triaje se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo ≤ 10 minutos sobre el total de pacientes clasificados. Se establece un estándar $> 85\%$. Complementariamente

establecemos un IC de tiempo registro-triaje de 15 minutos, con un estándar $> 95\%$.

3. *Tiempo de duración del triaje:* Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea de 5 minutos en el 95% de los pacientes clasificados.
4. *Tiempo de espera para ser atendido.* Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser atendidos por el equipo médico en 2 horas desde su clasificación y el 100% en 4 horas. El tiempo de espera para ser atendido se evalúa por el percentil de cumplimiento y el percentil de cumplimiento marginal, que son porcentajes de cumplimiento para cada nivel de triaje.

Otros Indicadores de calidad vinculados al triaje

- Personas atendidas fuera de box
- Información a los pacientes
- Protocolos de riesgo vital
- Existencia de protocolos de detección de situaciones de riesgo social: maltrato infantil, violencia doméstica
- Aplicación de medidas de prevención en pacientes de riesgo infectocontagioso respiratorio
- Readmisiones a las 72 horas
- Demora en la realización de ECG en pacientes con síndrome coronario agudo
- Tiempo puerta-aguja en el IAM
- Tiempo puerta-TAC en el ICTUS de menos de 6 horas de evolución
- Retardos diagnósticos en emergencias oftalmológicas
- Tiempo de demora en atender a un paciente con disnea grave

En general todos los indicadores están relacionados con la demora diagnóstica y terapéutica.

PARTE 2

IMPLANTACIÓN DEL RAC

IMPLANTACIÓN DEL RAC

1. CONDICIONES PARA EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN

Será necesario crear una comisión local de RAC, esta es una condición para todo centro que quiera implantarlo.

Estará formada por los profesionales jerárquicamente responsables de los servicios de urgencias, tanto médico como de enfermería, debe incluirse un profesional capacitado en RAC, personal auxiliar (técnico, administrativo) y un director de la institución.

Su función será adoptar y plantear el plan específico de implantación del RAC y realizar el seguimiento de su implementación basándose en las recomendaciones realizadas por el equipo asesor (Comité Nacional de Implantación del RAC).

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DISEÑO

Para planificar la implantación en un determinado hospital se deberán tener en cuenta los siguientes factores:

1. El número de pacientes atendido por día
2. El flujo de pacientes en las diferentes franjas horarias, días de la semana y meses del año.

3. El número de pacientes que requieren intervención rápida
4. El tipo de pacientes atendidos en el servicio de urgencia (pacientes pediátricos, psiquiátricos, ginecológicos, trauma, etc.)
5. El número de profesionales asignados.

3. FACTORES DE ÉXITO DE LA IMPLANTACIÓN

Para que el resultado de la implantación sea exitosa se deberán tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Apoyo institucional
2. Participación de los profesionales (adhesión)
3. Creación de una comisión de clasificación en los servicios de urgencia
4. Involucramiento de enfermería
5. Definición clara de todos los pasos del paciente desde que llega al servicio de urgencias hasta que es atendido por el médico
6. Definición de qué debe hacer cada profesional y cómo debe hacerlo.
7. La estructuración física, recursos tecnológicos y humanos del servicio de Urgencias de acuerdo a las recomendaciones propuestas.
8. Protocolización

9. La elaboración de un programa de capacitación uniforme que contemple: la creación de formadores expertos, la disponibilidad de un presupuesto de capacitación, y la implantación de un programa de educación continuada en urgencias

para contar con un número suficiente de personal cualificado en clasificación.
10. La instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del RAC, según un modelo de mejora continua.

4. SISTEMÁTICA DE LA IMPLANTACIÓN

Resumen de aspectos a considerar

Comisión local de RAC
Personas que se capacitarán y capacitadores
Elección de un modelo. Aplicación de un manual
Espacio: ubicación y característica de la sala de RAC
Ficha de atención
Materiales: mobiliario y medicamentos
Circuitos

5. LISTA DE VERIFICACIÓN

1.Comisión local de RAC: Defina un grupo de implantación. Integrado por un director de la institución, la enfermera jefe del hospital o de la urgencia, el médico jefe de urgencias, profesionales representativos de las aéreas a ser triadas (pediatría, obstetricia, clínica etc.), director administrativo, y funcionario de archivo. Este grupo será el responsable del proceso evolutivo del RAC en su institución. (funciones y deberes).	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

2. Personas que se capacitarán: Defina 12 enfermeras para ser capacitadas. Perfil: Seleccionar profesionales con al menos 1 año de experiencia en servicios de urgencias. Serán designados como profesionales específicos del área de RAC que cumplirán turnos de 4 horas. El objetivo es que todas las enfermeras del servicio de urgencias sean capacitadas.	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

3. Capacitación: Realización de la capacitación teórico práctico dictado por profesionales expertos. Duración y método: taller teórico de 6 horas de duración y práctico de 24 horas de capacitación.	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

4. Elección de un modelo: Difusión del manual de procedimientos entre todos los involucrados. Directivos, médicos, administrativos, enfermeras y servicios de apoyo.	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

5. Paneles con los discriminantes: Colocar paneles con los cuadros visibles y accesibles en el box de RAC.	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

6. Definir un espacio adecuado • De aproximadamente 8 m² Su ubicación debe permitir la visión de la zona de entrada y de la sala de espera. Es recomendable que se encuentre contiguo a la admisión. • Con condiciones de intimidad y confort acordes con la naturaleza de la actividad. • Es conveniente que permita, al menos, el trabajo simultáneo de dos profesionales en situación de pico de demanda asistencial. • Con conexiones telefónicas e informáticas.	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

7. Plano de la urgencia: Debatir con el grupo de implantación la ubicación dentro del servicio de emergencias de la sala de RAC. (La ubicación de la sala de RAC debe ser adecuada para ordenar el flujo de la consulta de urgencia.)	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

8. Ficha de registro de atención: (trascendencia de documento médico legal) • Mecanismos de provisión de fichas consensuada. • Debe contar con numeración consecutiva • Debe contar con una copia para el paciente	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

9. Materiales: Mobiliario • tres sillas • una heladera pequeña • una camilla • una alacena • un saturómetro • un tensiómetro • sabanas • un soporte de papel para manos, papelera • mesa escritorio • toma de oxígeno • toma de aspiración • estetoscopio • termómetro • Medicamentos necesarios: • Paracetamol en gotas • Suero Rehidratante oral • Materiales necesarios: • Tiras de Control de glicemia • Gasitas, Algodón • Guantes estériles • Guantes no estériles • Definir responsables para la provisión de los medicamentos	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

10. Circuitos y Espacios: • Definir el circuito de atención • Definir los circuitos para exámenes complementarios, (radiología, laboratorio). Definir la cartera de exámenes para la urgencia • Definir las áreas para las siguientes etapas: 1. Registro administrativo 2. Espera pre RAC 3. Sala de RAC 4. Sala de espera post RAC 5. Consultorio médico • Señalizar	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

11. Difusión a la población • Material escrito para pacientes • Carteles informativos en salas de espera	Fecha de cumplimiento	
	Responsable	
	Si/No	
	Observación	

PARTE 3

EL RAC EN NIÑOS

EL RAC EN NIÑOS

PROTOCOLOS DE ASIGNACIÓN DEL NIVEL DE CLASIFICACIÓN PEDIÁTRICO

¿Cuáles son los datos que van a condicionar un nivel de triaje determinado en un paciente determinado?

Para responder a esta pregunta debemos aplicar **protocolos**.

La estructura de todos ellos es común y se basa en la “filosofía” de la consulta de triaje: *asignar un nivel de urgencia al paciente de forma justa y adecuada pero lo antes posible y empleando el menor tiempo posible*.

Para clasificar se tiene en cuenta:

1. Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) : Diagnóstico visual (sin manos) Figura I y Tabla II.
2. Discriminantes de urgencia generales, es decir, que no dependen del motivo de consulta.
3. Discriminantes de urgencia propios del motivo de consulta.

1- EL TRIANGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA COMO IMPRESIÓN INICIAL

El TEP: La impresión inicial

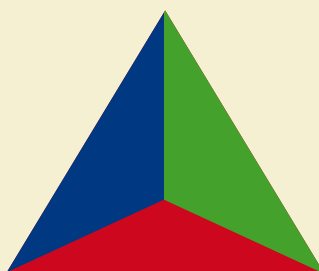
Es fundamental, ya que en ocasiones simplemente una visión general del aspecto y de la situación del paciente es suficiente para decidir el nivel de triaje. Esto es más cierto en los niveles más urgentes, mientras que los pacientes a los que se les asigna un nivel IV o V tienen buen aspecto y requieren una sistemática que valore datos no tan evidentes para identificar aquellos factores de riesgo que condicionan el grado de urgencia.

Acá el profesional aplica el **TEP (triángulo de evaluación pediátrica)** y realiza una **clasificación fisiopatológica**.

Triángulo de evaluación pediátrica

Apariencia

- Actitud
- Tono
- Llanto
- Capacidad de consuelo
- Mirada
- Interés por el entorno



Circulación

- Palidez
- Piel moteada
- Cianosis

Respiración

- Postura
- ¿Ruidos respiratorios audibles?
- Tiraje subcostal, intercostal, supraesternal
- Aleteo nasal
- Taquipnea

Diagnósticos fisiopatológicos

Tabla II. Impresión general				
	Apariencia	Respiración	Circulación	Impresión general
	N	N	N	Estable
	A	N	N	Disfunción del SNC
	N	A	N	Dificultad respiratoria
	A	A	N	Fallo respiratorio
	N	N	A	Shock compensado
	A	N	A	Shock descompensado
	A	A	A	Fallo cardiopulmonar

+ Lado del TEP alterado

La situación es más grave cuando más lados del triángulo estén alterados. El triángulo provee una **aproximación** en la clasificación.

Si tiene los 3 lados alterados la clasificación es nivel I (rojo)

Si tiene 2 lados alterados: nivel II (naranja)

Con un solo lado alterado: nivel III (amarillo)

- Sin ningún lado alterado se aplicarán discriminantes para definir nivel IV o V (edad, afectación aguda o crónica, motivo de consulta)
- Los pasos siguientes ayudarán a colocar una clasificación adecuada.

La entrevista (anamnesis)

La entrevista debe ser ágil, breve y dirigida. El primer objetivo es determinar el motivo de consulta. De entre los síntomas que nos expliquen debemos identificar el síntoma guía, pero sin olvidar otros síntomas accesorios. **Inicialmente hay que dejar hablar** al paciente o a sus familiares (entrevista abierta), pero sin permitir que divaguen en datos innecesarios. Una vez que nos han expresado las causas que les han llevado a urgencias, hay que tomar las riendas de la entrevista (entrevista dirigida) y **concretar** lo que nos interesa:

1. Características de los síntomas que presenta el paciente
2. Intensidad de los mismos
3. Tiempo de evolución

4. Antecedentes importantes para el motivo de consulta y factores de riesgo relacionados. Varían para cada motivo de consulta y están especificados en los algoritmos.
5. Conocer si han sido atendidos por este problema en nuestro centro o en otro y cuál fue la orientación diagnóstica
6. Tratamientos administrados previamente a la consulta en urgencias

Aunque esta información la obtengamos de preguntas dirigidas, no debemos dejar de escuchar al paciente y a sus familiares. Se trata de captar no sólo lo que dicen sino también sus actitudes y la vivencia que tienen del problema de salud. Percibir el grado de ansiedad es importante porque a veces puede condicionar el propio nivel de urgencia y además porque uno de los objetivos de la entrevista de triaje es informar a la familia del tipo de actuación que necesita su hijo y del tiempo de espera probable.

La exploración

Como era de esperar, también la exploración tiene que ser ágil y dirigida. No se trata de explorar completamente al paciente sino de valorar aquellos datos físicos que tienen importancia para la situación clínica concreta del niño y para el motivo de consulta que explica la familia. Sin embargo, aunque la exploración física no tiene que ser completa, hay algunos apartados que hay que tener en cuenta en todos los casos.

Podemos dividirla en:

1. Estado general
2. Nivel de conciencia
3. Estado respiratorio

4. Estado circulatorio
5. Otros signos

Los cuatro primeros apartados se valoran siempre y el último depende del motivo de consulta.

ESTADO GENERAL

Se trata de lo que comentábamos en el apartado de impresión inicial. Aquí valoramos la actitud global del niño (confortable, irritable, inmóvil, activo, hipotónico, postrado, contento, afectado, etc.) y el color de su piel (rosado, pálido, cianótico). Podemos descubrir ya algunas necesidades del paciente (por ejemplo silla de ruedas o camilla por incapacidad para deambular). Valoramos también el estado de hidratación por la presencia de algunos signos que más adelante se comentarán con mayor profundidad.

NIVEL DE CONCIENCIA

Es importante valorarlo en todos los casos. Se trata más bien de valorar el nivel de conciencia de una forma rápida y adecuada para el tipo de decisiones que tenemos que tomar. Para ello aplicamos una escala:

1. Alerta
2. Responde a la voz
3. Responde sólo al dolor
4. No responde (coma)

ESTADO RESPIRATORIO

Hay que valorarlo en todos los pacientes, aunque el motivo de consulta no esté directamente relacionado. No se trata de auscultar o de tomar la frecuencia respiratoria y el nivel de SatHb de forma sistemática, sino de evaluar mediante la inspección si el paciente

respira con normalidad o si presenta signos de dificultad respiratoria:

- Taquipnea
- Tiraje (depresión subcostal, intercostal o supraesternal con la inspiración)
- Incoordinación tóraco-abdominal
- Utilización de músculos accesorios
- Cianosis
- Estridor
- Quejido

Si el paciente presenta alguno de estos signos reorientaremos el interrogatorio y aplicaremos los criterios del algoritmo de dificultad respiratoria.

ESTADO CIRCULATORIO

De forma similar al apartado anterior, hemos de fijarnos en:

- Cianosis: indica hipoxia, que puede ser de causa respiratoria o cardíaca.
- Piel moteada y fría, que puede ser signo de mala perfusión periférica.
- Tiempo de recapilarización: se valora presionando una uña hasta que

se decolore el lecho ungueal y liberando la presión a continuación. El tiempo que tarda en recuperar el color tiene que ser inferior a 2 segundos. El aumento del tiempo de recapilarización también indica mala perfusión periférica.

2- DISCRIMINANTES GENERALES

Una vez aplicado el triángulo de evaluación pediátrica se requieren otros aspectos para continuar con la clasificación. Este segundo paso involucra, si la situación lo amerita, la toma de signos vitales determinando así el grado de **AFECCIÓN**.

*También se incorpora la **EDAD**, la **TEMPERATURA** y la valoración del **DOLOR**. (Para conocer como valorar el dolor en pediatría ver el ANEXO.)*

Estos discriminantes son independiente del motivo de consulta.

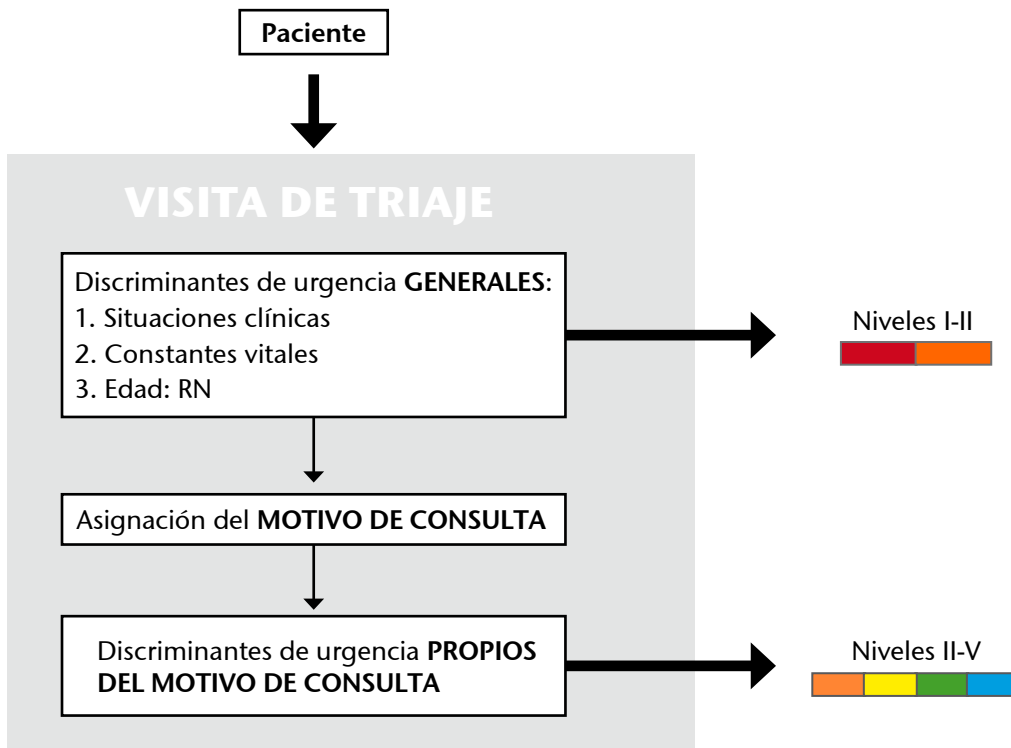
DISCRIMINANTES GENERALES			
Afección	Apariencia	Respiratorio	Cardiovascular
Intensa	Alteración nivel conciencia Letargia	Dificultad respiratoria moderada Sat O2 < 90% Estridor severo FR fuera del rango para edad	Relleno capilar > de 4 segundos FC fuera del rango normal para la edad
Moderada	Lactante inconsolable Alteración del comportamiento	Dificultad respiratoria leve Sat O2 90-95% Estridor FR fuera del rango normal para la edad	Relleno capilar > a 2 segundos FC fuera del rango normal para la edad
Leve	Lactante consolable Historia de alteración del comportamiento	FR normal para la edad	FC normal para la edad

Nivel resultante	II	III	IV
Afectación	Intensa	Moderada	Leve
Edad	< 3 meses		
Fiebre	< 1 mes	$\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ axilar (3 a 36 meses)	$\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ axilar (> de 3 años)
Dolor	Intenso	Moderado	Leve

3- DISCRIMINANTES POR MOTIVOS DE CONSULTA

Cuando un paciente es valorado en el triaje, se determina en primer lugar si presenta alguno de una serie de datos que condicionan un nivel de urgencia alto (I ó II), y que son comunes, es decir que no dependen del motivo que lo trae

a urgencias. Si no es así, el siguiente paso es valorar los datos propios de cada motivo de consulta, que vienen detallados en cada uno de los algoritmos expuestos a continuación. Con estos datos clasificamos al paciente en un nivel de triaje determinado, del I al V. Todo esto se esquematiza en la siguiente figura: Dependen del motivo de consulta y se enumeran en cada uno de los **algoritmos**.



Es importante tener en cuenta que el proceso es dinámico. Cuando decimos a continuación nos referimos más a un esquema mental que a una cronología real. El profesional que realiza el triaje conoce cuáles son los discriminantes generales y los aplica en cualquier momento en los que se percata de su presencia, aunque ya hubiera pasado a valorar factores propios del motivo de consulta. VER GLOSARIO ANEXO

Si observamos los protocolos que siguen podemos ver que todos ellos tiene la misma estructura: no son más que una serie de datos clínicos o de anamnesis ordenados por niveles de urgencia. La forma de aplicarlos es siempre la misma. Hay que valorar la presencia de los correspondientes factores valorándolos en orden decrecien-

te de nivel de urgencia. En cuanto exista algún dato que condicione un nivel de urgencia determinado ya podemos detener el proceso porque ya hemos cumplido con el objetivo de la visita de triaje: asignar un nivel de urgencia en el menor tiempo posible. Si el paciente presenta varios síntomas que estén desarrollados en diferentes protocolos hemos de tener en cuenta todos ellos y lo ideal sería que también guardáramos un orden de nivel de urgencia saltando mentalmente de un protocolo a otro (valorando primero todos los datos de ambos protocolos que determinan un nivel II, luego todos los de nivel III, etc.). Aunque esto último no siempre es posible, hemos de mantenerlo al menos como estructura mental al aplicar varios protocolos a la vez.

DISCRIMINANTES DE URGENCIA GENERALES

- **Parada respiratoria** actual o inminente (apneas, gasping...)
- **Parada cardiaca**
- **SHOCK:**
 - Piel fría
 - Mala perfusión periférica, vasoconstricción, tiempo de recapilarización alargado
 - Pulso débil
 - Taquicardia / braquicardia
 - Taquipnea / bradipnea
 - Obnubilación
- Paciente en **coma** (no respuesta al dolor)

I

Disminución del nivel de conciencia con respuesta a la **voz** o al **dolor**.

Paciente **agitado o desorientado**

Paciente que **convulsiona**

Lactante (< 1 año) con **irritabilidad marcada que no se consuela**

Edad < **28 días**

Glucemia < 50 mg/dl o < 300 mg/dl

II

Valor de alguna de las siguientes **constantes vitales** superior o inferior a los de la tabla:

	FC		FR		Tas		Tad	
	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.
1 m – 1 a	80	190	15	60	60	120	30	70
1 – 6 a	60	170	10	50	70	150	40	90
> 6 a	50	160	10	40	85	165	50	100

SatHb < 95% a cualquier edad

III

Paciente que **reacude** pero **ha sido citado por nosotros** para nueva valoración

DIFICULTAD RESPIRATORIA

Alguno de los siguientes datos: • SatHb < 95% o cianosis no explicada por enfermedad de base (por ej., cardiopatía conocida) • Tiraje intercostal y/o suprarrenal • Taquipnea con cifras de nivel II (ver tabla) • Estridor continuo • Alteración de la conciencia • Agitación • Pacientes con fibrosis quística, enfermedades neuromusculares u otra patología respiratoria crónica importante distinta del asma • Portadores de O₂ o de ventilación mecánica domiciliaria	Nivel II
SatHb > 95% con alguno de los siguientes datos: • Tiraje subcostal • Taquipnea, pero cifras < nivel II • Estridor intermitente	Nivel III
Antecedentes de broncoespasmo con TODOS los siguientes datos: • SatHb 96-100% o color rosado • No tiraje • FR normal • Nivel de conciencia normal • Tos “perruna” sin estridor	Nivel IV
NO antecedentes de broncoespasmo y TODOS los siguientes datos: • SatHb 96-100% o color rosado • No tiraje • FR normal • Nivel de conciencia normal	Nivel V

CONSTANTES RECOMENDADAS: FR, SatHb

VÓMITOS – DIARREA

Score de Gorelick 2-4 Score de Gorelick 1 en paciente con patología digestiva crónica.	Nivel II	
Score de Gorelick 1.	Nivel III *	Entregar 10-15 ml/kg de SRO para ser administrado en la próxima hora.
Vómitos y/o diarrea con score de Gorelick = 0 en paciente MENOR de 3 meses o con patología digestiva crónica.	Nivel IV *	Entregar SRO para ser administrado en demanda
Vómitos y/o diarrea con score de Gorelick =0 en paciente MAYOR de 3 meses.	Nivel V *	

* Adelantar un nivel si, a criterio del profesional que hace el triaje, el número de vómitos y/o diarreas que presenta el paciente puede representar un riesgo de deterioro en un tiempo inferior al de espera.

DAR SIEMPRE NORMAS DE RECONSULTA A LA FAMILIA.

CONSTANTES RECOMENDADAS: FC, TA, glucemia

SCORE DE GORELICK PARA CALCULAR EL GRADO DE DESHIDRATACIÓN

Un punto por cada uno de los siguientes hallazgos;

- Tiempo de recapilarización > 2 s
- Deterioro del estado general
- Ausencia de lágrimas
- Mucosas secas

Grado	Signos presentes
Leve	1
Moderada	2
Grave	3-4

ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

Paciente en coma (no respuesta al dolor ni a la voz)	Nivel I
- Paciente con depresión del nivel de conciencia que responde a la voz o al dolor. - Paciente agitado o desorientado. - Paciente con alteración del nivel de conciencia ya recuperada, actualmente alerta, que cumple alguno de los siguientes criterios: - Alteración de alguna de sus constantes vitales - Edad < 2 años - Antecedentes de traumatismo en la última semana - Antecedente de ingesta de posible tóxico - Portador de DVP - Presencia de focalidad neurológica	Nivel II
Paciente con alteración del nivel de conciencia ya recuperada, actualmente alerta, que no cumple ninguno de los criterios del apartado anterior.	Nivel III

DOLOR ABDOMINAL

- Dolor intenso en reposo. - Sintomatología vegetativa acompañante actual o explicada: sudoración, palidez marcada... Hipotomía o postración importantes. Irritabilidad marcada (difícilmente consolable) o crisis de llanto intenso en niños de 3 meses a 2 años. Defensa generalizada, abdomen en tabla.	Nivel II
- Dolor moderado en reposo. Defensa localizada a la palpación. Descompresión dolorosa. - Dolor selectivo en FID a la palpación, sin defensa ni descompresión dolorosa, pero con vómitos manifiestos.	Nivel III
- Dolor leve en reposo. - Dolor selectivo en FID a la palpación, sin defensa ni descompresión dolorosa ni vómitos manifiestos.	Nivel IV
No dolor en reposo.	Nivel V

**NO ADMINISTRAR ANALGESIA A LOS PACIENTES
CON DOLOR ABDOMINAL EN EL TRIAJE.**

FIEBRE

• Paciente de alto riesgo: - Oncológico - Inmunodeprimido - Recién Nacido • Alteración del nivel de conciencia • Mal aspecto, mala perfusión periférica • Lactante con irritabilidad marcada • Petequias • Lesiones cutáneas vesiculosas • Signos meningeos • Fontanela abombada • Alteración de las constantes vitales	Nivel II
• Lactante < 3 meses • T^a máxima $\geq 39,5$ °C en niños de 3 a 36 meses • Estancia en país de riesgo infeccioso en los últimos 3 meses • Paciente postrado, pero sin aspecto séptico. • Tumefacción orbitaria. • Tumefacción retroarticular. • Dolor óseo o articular con o sin inflamación visible. • Cojera o impotencia funcional de una extremidad. • Dolor lumbar con o sin síndrome miccional. • Celulitis cutánea. • Dolor torácico con o sin tos.	Nivel III
• T^a máxima < 39,5 °C en niños de 3 a 36 meses. • Temperatura máxima $\geq 39,5$ °C en niños mayores de 3 años.	Nivel IV
• Edad > 3 años y ausencia de criterios anteriores.	Nivel V

ADMINISTRACIÓN DE ANTITÉRMICOS

Si > 5 horas desde la última dosis, aplicar las pautas ya existentes.

Si 3-5 horas, administrar **el otro** antitérmico de las pautas.

Constantes recomendadas: T^a

LESIONES EN PIEL

• Exantema vesiculoso sugestivo de varicela. • Lesiones ampollosas extensas. • Exantema petequeial + fiebre. • Angioedema facial. • Habones – urticaria que se acompaña de alguna de los siguientes: - Angioedema facial - Tos irritativa - Estridor - Disfonía - Dificultad respiratoria - Náuseas o vómitos - Palidez, mal aspecto - Hipotensión, pulso débil • Habones – urticaria con lesiones muy numerosas o rápidamente progresivas. • Exantema petequeial sin fiebre con hemorragia/s mucosa/s.	Nivel II
• Exantema petequeial sin fiebre sin hemorragia/as mucosa/s.	Nivel III
• Habones – urticaria con lesiones no muy numerosas ni rápidamente progresivas. • El resto de lesiones cutáneas.	Nivel V

OPCIONAL: ADMINISTRACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICO

- **INDICACIÓN:** en habones – urticaria clasificados en niveles III, IV o V.
- **CONDICIÓN:** que hayan pasado 6 horas desde la última dosis de antihistamínico administrado al paciente.
- **DOSIS:** 0,5 mg/kg/dosis (0,25 cc/kg del jarabe). Máximo 25 mg.

REACCIÓN ALÉRGICA

Definición:

Aparición de eritema cutáneo, edema, habones y/o clínica no cutánea sugestiva de reacción anafiláctica tras un desencadenante o en un paciente con antecedentes de anafilaxia.

Clínica sugestiva:

Eritema cutáneo, edemas, habones.

Angioderma facial.

Tos, dificultad respiratoria, estridor, disfonía.

Náuseas, vómitos, diarrea.

Afectación del estado general, palidez.

Ansiedad.

Hipotensión, pulso débil.

Desencadenante:

Picadura de insecto, mordedura de animal venenoso.

Ingesta.

Contacto con sustancia, animal u objeto.

Habones – urticaria.	Pasar a algoritmo de lesiones en piel
- Angioedema facial. - Clínica sugestiva de reacción anafiláctica que se inicia tras un posible desencadenante aunque el paciente no tenga antecedentes de reacción anafiláctica. - Clínica sugestiva de reacción anafiláctica en un paciente con antecedentes.	Nivel II

CONSTANTES RECOMENDADAS: FC, TA.

CEFALEA

Antecedentes personales de riesgo:

- 1. Portador de DVP.
- 2. Patología del SNC con neuroimagen (TAC, RNM, ECO) patológica (tumor, hemorragia, etc.).
- 3. Punción lumbar en la última semana.
- 4. TCE en la última semana.

• Afectación del estado general. • Meningismo. • Focalidad neurológica. • Alteración del nivel de conciencia. • Vómitos en chorro. • Cefalea intensa. • Cefalea moderada en paciente CON antecedentes de riesgo. • Hipertensión arterial.	Nivel II
• Dolor moderado en paciente SIN antecedentes de riesgo. • Dolor leve en paciente CON antecedentes de riesgo. • Paciente CON antecedentes de riesgo actualmente sin dolor.	Nivel III
• Dolor leve en paciente SIN antecedentes de riesgo.	Nivel IV
• Paciente SIN antecedentes de riesgo actualmente sin dolor.	Nivel V

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICO

Si > 5 horas desde la última dosis, en niveles IV o V.
Si 3-5 horas, administrar **el otro** analgésico de las pautas.

CONSTANTES RECOMENDADAS: FC, TA.

PATOLOGÍA ENDOCRINOLÓGICA

HACER SIEMPRE GLUCEMIA CAPILAR SI:

1. Paciente diabético conocido.
2. Sospecha clínica de debut diabético:
 - Paciente remitido desde otro centro por hiperglucemia o por sospecha de debut diabético.
 - Paciente que explica poliuria polidipsia.
 - Paciente no asmático con taquipnea pero sin signos de dificultad respiratoria y con SatHb > 95%.

• Diabético conocido o sospecha de debut diabético con alguna de las siguientes: - Glucemia > 300 mg/dl o < 70 mg/dl - Alteración del nivel de conciencia - Vómitos - Postración - Agitación • Paciente con insuficiencia suprarrenal y alguna de las siguientes: - Afectación del estado general o del nivel de conciencia - Alteración de constantes vitales - Vómitos - Diarrea • Paciente con patología tiroidea y alteración de las constantes vitales.	Nivel II
• Diabético conocido con glucemia 200-300 mg/dl. • Sospecha de debut diabético con glucemia 150-300 mg/dl. • Insuficiencia suprarrenal con fiebre. • Diabetes insípida con poliuria.	Nivel III
• Diabético conocido con glucemia < 200 mg/dl. • Sospecha clínica de debut diabético con glucemia < 150 mg/dl. • Insuficiencia suprarrenal sin criterios de nivel II ni fiebre.	Nivel IV

CONSTANTES RECOMENDADAS EN DIABÉTICOS: glucemia.

CONSTANTES RECOMENDADAS EN TIROIDEOS: FC, TA.

POSIBLE INTOXICACIÓN

Cualquier ingesta o contacto con producto potencialmente tóxico o dudoso .	Nivel II
Ingesta o contacto con sustancia claramente no tóxica *.	Nivel V

* Ver lista anexa de sustancias no tóxicas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA

• Cualquier tipo de hemorragia digestiva con alguna de las siguientes: - Afectación del estado general - Alteración de las constantes vitales - Signos clínicos de hipovolemia: palidez, frialdad... • Irritabilidad marcada o crisis de llanto intenso en niños de 3 meses a 2 años. • Sangrado reciente abundante (casi todo sangre). Incluye hematemesis, melenas o rectorragia. • Vómitos hemáticos con melena o rectorragia asociada. • Hemorragia digestiva que es acompañada de sangrado concomitante extradigestivo: - Epistaxis - Hemorragia gingival - Hematuria macroscópica - Petequias, hematomas, equimosis. • Antecedentes de: - Patología digestiva crónica: varices esofágicas, esofagitis, ulcus, enfermedad inflamatoria intestinal - Hepatopatías - Alteraciones de la coagulación - Trombopenias - Paciente oncológico	Nivel II
• Vómito en poso de café o con sangre roja en cantidad moderada (vómito > sangre). • Sangre roja en heces en cantidad moderada (heces > sangre). • Melena con constantes anormales.	Nivel III
• Vómitos con escasos hilos de sangre roja. • Deposiciones con escasos hilos de sangre roja sin diarrea y sin antecedentes de hemorroides o de fisura anal.	Nivel IV
• Sangre roja en heces en paciente con antecedentes de hemorroides o de fisura anal. • Diarrea con hilos de sangre o con sangre en escasa cantidad. • Historia clara de ingesta de sustancias que pueden simular un vómito hemático (remolacha, colorantes alimentarios, gelatina...) o una melena (espinacas, regaliz, cerezas, arándanos, hierro, bismuto...).	Nivel V

CONSTANTES RECOMENDADAS: FC, TA.

PARTE 4

EL RAC EN ADULTOS

EL RAC EN ADULTOS

PROTOCOLOS DE ASIGNACIÓN DEL NIVEL DE CLASIFICACIÓN EN ADULTOS

El triaje del adulto clasifica al paciente que acude a urgencias en **19 motivos de consultas**. Dentro de cada motivo de consulta se despliegan una serie de preguntas cuya respuesta es SI/NO, clasificando al paciente en una de las 5 priori-

dades existentes. Cada una de las cuales tiene asignado un código de color y un tiempo máximo de espera en la atención. Lo que nos permite atender de manera prioritaria al paciente que acude con mayor gravedad con un método objetivo.

NIVELES DE URGENCIA	TIEMPO DE ASISTENCIA DESEADO
I	Inmediato en SALA DE REANIMACION
II	≤ 10 minutos (pasar de inmediato a la consulta)
III	≤ 30 minutos
IV	≤ 120 minutos
V	≤ 180 minutos

La dinámica de toma de decisiones es la siguiente:

1. DELIMITAR EL MOTIVO DE CONSULTA

Mediante la entrevista al paciente o a sus acompañantes si fuera necesario, se recoge el motivo de consulta, utilizando un lenguaje comprensible y preguntas abiertas.

Es frecuente que el paciente tenga dificultad a la hora de expresar su motivo de consulta, que sea inespecífico o que exprese varios y que haya que identificar cual es el principal que le lleva a consultar. Por ello, es importante contar con profesionales de enfermería con experiencia que estén familiarizados en el interrogatorio adecuado.

Los **GENERALES** son los siguientes:

- Adulto con mal estado general
- Adulto con síncope o lipotimia

- Intoxicación y/o envenenamiento
- Comportamiento extraño
- Embarazo
- Heridas e infecciones locales
- Agresión

Siendo los **ESPECÍFICOS**:

- Problemas dentales
- Disnea
- Sistema nervioso
- Dolor torácico
- Caída, dolor de cuello y tronco
- Problemas cutáneos
- Problemas digestivos
- Problemas genitourinarios/ginecológicos
- Problemas otorrinolaringológicos
- Problemas oculares
- Diabetes
- Problemas en extremidades

Una vez seleccionado el motivo de consulta, el profesional se dirige a los discriminantes correspondientes al mismo que le ayudarán a decidir la prioridad.

El diseño de los diagramas está realizado de tal manera que utilizando diferentes motivos de consulta para un mismo problema, la asignación de la prioridad no se modificará. Es decir, un paciente puede manifestar dolor en la extremidad superior, al ser triado, eligiendo como motivo de consulta “Caída, dolor de cuello y tronco” o eligiendo “problemas en extremidades” llegaremos a la misma prioridad clínica.

2. DISCRIMINANTES: AÑADIR INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA AL MOTIVO DE CONSULTA

Los discriminadores de cada motivo de consulta son los que ayudan al profesional a clasificar al paciente dentro de las 5 categorías de priorización.

Están diseñados en forma de pregunta para facilitar su empleo. Se debe utilizar el discriminante más elevado en que la respuesta a la pregunta sea positiva.

Todos los discriminantes están definidos en el Glosario anexo y su comprensión y utilización de forma objetiva por parte de todos los profesionales garantizará el éxito del sistema de triaje al tener el mismo significado para todos los responsables de su aplicación.

Los discriminantes pueden ser generales o específicos

Los **generales** se aplican a todos los pacientes independientemente del motivo de consulta, por lo que aparecerán siempre.

Dentro de los discriminantes generales estarían la alteración del nivel de conciencia, signos de riesgo vital como vía aérea comprometida o ausencia de pulso, la hemorragia, el dolor, la temperatura y el tiempo de evolución. Éste último es el que discriminará entre el paciente poco urgente y no urgente (verde y azul).

Siendo el dolor uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, es necesario hacer un abordaje especial.

Dolor

Es un dato subjetivo, su valoración resulta muy difícil. Siendo muy variable entre las diferentes personas y en un mismo paciente, esta variabilidad también existe dependiendo de las circunstancias que lo acompañan (ansiedad, depresión, apatía), no se presenta por igual en el anciano que en el adulto joven, ya sea por patologías concomitantes o por factores culturales. Así mismo la valoración será mucho más complicada cuando existan dificultades en la comunicación (barreras idiomáticas, demencia, afasia, alteración del nivel de conciencia, etc.). En todos estos casos el dolor seguirá teniendo el mismo grado de importancia para aportar una atención de calidad.

De todo ello nace la necesidad de la creación de una escala de valoración del dolor adecuada en el triaje. La descripción subjetiva del paciente es probablemente el mejor indicador de dolor. Si una persona dice que tiene dolor, seguramente lo tenga, y si nos manifiesta que tiene mucho dolor, la mejor opción es asumir que efectivamente lo tiene.

Existen varios tipos de escalas diseñadas para medir la intensidad del dolor. No existe una escala ideal, cada una de ellas cuenta con ventajas e inconvenientes, la escala del dolor ideal empleada en el triaje es la combinación de todas ellas: Escala Visual Analógica, Escala Descriptiva Verbal y el comportamiento y actividad del paciente en relación al dolor.

- **ESCALA VISUAL ANALÓGICA:** consiste en una línea longitudinal de 10 cm, en un extremo el término

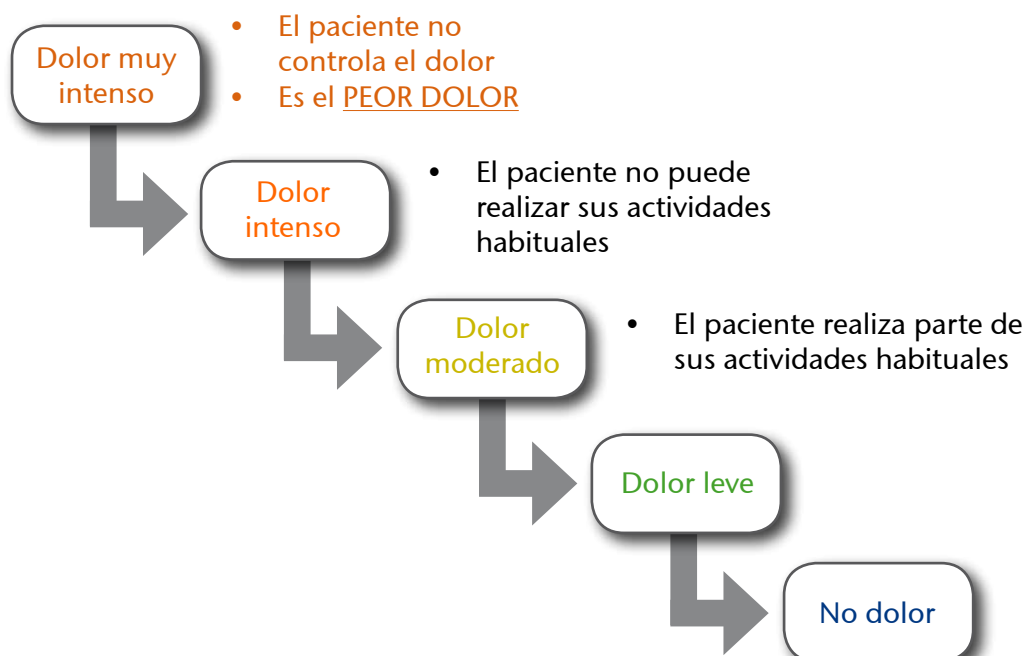
“no dolor” y en el otro extremo “el peor dolor imaginable”. El paciente marca en la línea el punto donde indica la intensidad de su dolor. Aquí la información aportada es la subjetividad del paciente.

- **ESCALA DESCRIPTIVA VERBAL:** es una escala de 4 ó 5 categorías determinadas por términos. Estos son Muy Intenso, Intenso, Moderado, Ligero, Ausente. Es fácil de usar y rápida, característica ésta idónea para utilizar en el triaje, dada la necesidad de la agilidad del proceso.
- **COMPORTAMIENTOS ANTE EL DOLOR:** puesto que el personal que realiza el triaje es un personal experimentado en los servicios de Urgencias, valorará la existencia signos indirectos de gravedad ocasionados por el dolor como diaforesis, taquicardia, etc. También se valorará la relación con la actividad, así como el comportamiento físico ante el dolor (búsqueda de posición antiálgica, ceño fruncido, puños apretados, etc.). Este es el momento en el que el profesional aplicará su experiencia y subjetividad.

Escala del dolor para el triaje

En ella se pueden ver los datos anteriormente citados de las diferentes escalas, así como el color de prioridad asistencial.

Los **discriminantes específicos** se aplican sólo en determinados motivos de consulta. Como por ejemplo: hiperglucemia con cetosis o fractura abierta, específicos de la diabetes y problemas de extremidades. No siendo utilizados en ningún otro motivo de consulta.



Se tomarán los signos vitales cuando tras descartar varios discriminantes el profesional llegue a uno en el que sea preciso saber el valor del mismo (Temperatura, Saturación de Oxígeno, Frecuencia Cardíaca, Glucemia capilar etc.). Es preciso saber el valor del signo vital antes de pasar a otro discriminante. Se tomarán todos aquellos que sean esenciales para una adecuada valoración del paciente, pero no es el momento adecuado para la toma sistemática de todos los signos vitales, pues esta práctica consume tiempo, y el proceso de triaje deber ser un proceso rápido para asegurar su eficacia.

3. SELECCIONAR LA PRIORIDAD

Los profesionales deben decidir el discriminante que cumple los criterios más adecuados para cada paciente y con ello asignar la prioridad clínica que lleva implícita un objetivo de tiempo. Siempre se debe elegir la prioridad más elevada.

Tanto el motivo de consulta como el discriminante asignado, las constantes vitales si fueran precisas y el color de la prioridad deben quedar documentados en la hoja de registro, ya que permite una valoración fácil e implica que las razones para tomar la decisión sean bastante evidentes.

Por ejemplo:

Problemas oculares -> Lesión química Ocular -> INMEDIATA

Se plasmaría en los apartados correspondientes de la **hoja de registro**: ver ANEXO.

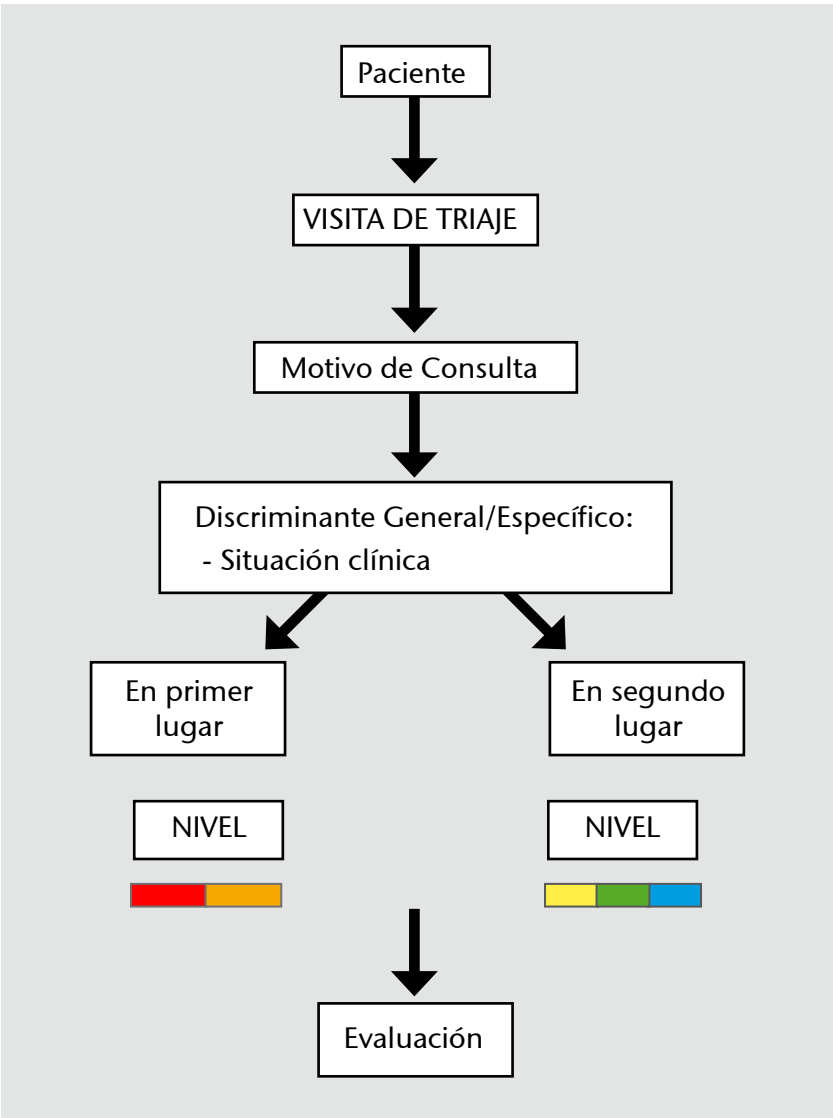
4. EVALUACIÓN

El triaje es también un proceso dinámico y los pacientes en ocasiones necesitan una valoración constante. Ello puede ocurrir tras una acción terapéutica (administración de fármacos) o tras un largo tiempo de espera. Los pacientes

pueden colocarse en un nivel superior si hay empeoramiento de su sintomatología o inferior, por ejemplo tras el cese de dolor. Por todo ello es preciso una valoración constante en las áreas de espera.

Desgraciadamente nadie puede predecir el empeoramiento de los pacientes y no se debe considerar un error del proceso de triaje el cambio en la prioridad asistencial a medida que vayan evolucionando los pacientes

En resumen, el proceso de triaje se esquematiza en la siguiente figura:



5. TABLA DE SÍNTOMAS GENERALES PARA LA CLASIFICACIÓN DE ADULTOS

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
ADULTO CON MAL ESTADO	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock. Crisis comicial presenciada.	Alteración del nivel de conciencia. Antecedente de riesgo especial de infección. FC < 60 lpm o > 120 lpm o arritmico. Púrpura o exantema desconocido. Signos de meningismo. Temperatura > 41°C. Dolor intenso.	Antecedente de viaje al extranjero. Instauración en las últimas 24 horas. Secreciones o vesículas generalizadas. Temperatura > 38,5 °C. Dolor moderado.	Temperatura > 37,5 °C. Problema acaecido en la última semana. Dolor.	
ADULTO CON SÍNCOPE O LIPOTIMIA	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock. Crisis comicial presenciada.	Alteración del nivel de conciencia. Disnea aguda. Dolor cardiaco. Exantema desconocido. FC < 60 lpm o > 120 lpm o arritmico. Temperatura > 41 °C o < 35 °C. Dolor intenso.	Antecedente de alergia. Antecedente de inconsistencia. No concordancia. Pérdida de función focal o progresiva. Temperatura > 38,5 °C. Dolor moderado.	Temperatura > 37,5 °C. Problema acaecido en la última semana. Dolor.	
INTOXICACIÓN Y/O ENVENENAMIENTO	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock. Crisis comicial presenciada. Glucosa capilar < 50 mg/dl	Antecedente inadecuada. Alteración del nivel de conciencia no atribuible completamente al alcohol. Alto riesgo de autolesión. Letalidad alta. No concordancia. Temperatura < 35 °C.	Alteración del nivel de conciencia atribuible completamente al alcohol. Antecedente de inconsciencia. Ansiedad notable. Letalidad moderada. Riesgo moderado de autolesión. TCE.	Lesión. Problema acaecido en la última semana. Dolor.	

COMPORTAMIENTO EXTRAÑO	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock. Crisis comicial presenciada. Glucosa capilar < 50 mg/dl.	Alteración del nivel de conciencia. Alto riesgo de autolesión. Alto riesgo de dañar a otros. Antecedente psiquiátrico mayor. Antecedente de sobredosis y envenenamiento.	Antecedente de inconsciencia. Ansiedad notable. Antecedente psiquiátrico. Comportamiento perturbante. Pérdida de función focal o progresiva. Riesgo moderado de autolesión. Riesgo moderado de dañar a otros. Signos/síntomas neurológicos recientes. TCE.		
EMBARAZO	Compromiso vías aéreas. Crisis comicial presenciada. Hemorragia desangrante. Prolapso de cordón umbilical. Presentación de partes fetales. Respiración inadecuada. Shock.	Alteración del nivel de conciencia. Antecedente de convulsiones. Parto activo. Sangrado en gestación de más de 24 semanas. Sangrado vaginal abundante.	Antecedente de traumatismo. Antecedente inapropiado. Dolor en vértice de hombro. No concordancia. Sangrado vaginal. Tensión arterial elevada.	Temperatura > 37,5 °C. Dolor.	
HERIDAS E INFECCIONES LOCALES	Compromiso vías aéreas. Hemorragia desangrante. Respiración inadecuada. Shock.	Compromiso vascular distal. Enfisema subcutáneo. Hemorragia incontrolable. Temperatura > 41 °C.	Articulación caliente. Dolor al mover la articulación. No concordancia. Hemorragia menor incontrolable. Signos/síntomas neurológicos recientes. Temperatura > 38,5 °C.	Herida contaminada. Inflamación local. Infección local. Problema acaecido en la última semana. Temperatura > 37,5 °C. Dolor.	
AGRESIÓN	Compromiso vías aéreas. Hemorragia desangrante. Respiración inadecuada. Shock.	Alteración del nivel de conciencia. Disnea aguda. Hemorragia mayor incontrolable. Mecanismo de lesión determinante.	Antecedente de inconsciencia. Hemorragia menor incontrolable. Signos/síntomas neurológicos recientes.	Deformidad. Problema acaecido en la última semana. Tumefacción. Dolor.	

6. TABLA DE SÍNTOMAS POR APARATO PARA LA CLASIFICACIÓN DEL ADULTO

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URG
PROBL. DENTALES	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock .	Hemorragia mayor incontrolable Temperatura >41°C Dolor intenso	Arrancamiento agudo de diente Hemorragia menor incontrolable Temperatura >38,5° Dolor moderado	Tumefacción facial Problema acaecido en la última semana Temperatura>37,5°C Dolor	
DISNEA	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock .	Agotamiento Alteración del nivel de conciencia FC<60lpm o >120lpm o arritmico. Imposibilidad de decir frases completas Instauración aguda tras una lesión Sibilancias SO2 <95% con O2 o <90% con aire ambiental Dolor cardiaco	Antecedente de asma SO2 <95% con aire ambiental Dolor pleurítico.	Infección respiratoria. Lesión en torax Problema acaecido en la última semana Respiración sibilante Dolor	
SISTEMA NERVIOSO	Compromiso vías aéreas. Crisis convulsiva presenciada Respiración inadecuada. Shock Hemorragia desangrante Glucosa capilar<50 mg/dl	Antecedente de sobredosis o envenenamiento Alteración nivel de consciencia Ataque repentino Exantema o púrpura Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Pérdida repentina de visión Signos de meningismo Temperatura >41°C Dolor intenso	Antecedente de TCE Antecedente de inconsciencia Dolor cuero cabelludo Hemorragia menor incontrolable No concordancia Pérdida de función focal o progresiva Reducción de agudeza visual Signos/síntomas neurológicos recientes Vómito persistente Temperatura >38,5° Dolor moderado	Cefalea Problema acaecido en la última semana Temperatura>37,5°C Dolor	

DOLOR TORACICO	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Shock	Disnea aguda FC<60lpm o >120lpm o arrítmico. Dolor cardiaco Dolor intenso	Vómitos persistentes Dolor pleurítico Dolor moderado	Problema acaecido en la última semana Vómitos	
CAIDA, DOLOR DE CUELLO Y TRONCO	Compromiso vías aéreas. Crisis convulsiva presenciada Hemorragia desangrante Shock Hemorragia desangrante	Alteración del nivel de consciencia Causa evidente Compromiso vascular Disnea aguda Dolor abdominal Evisceración de órganos Exantema o púrpura FC<60lpm o >120lpm o arrítmico. Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Signos de meningismo Temperatura >41°C o <35°C Dolor intenso	Antecedente de inconsciencia Deformidad llamativa Fractura abierta Hemorragia menor incontrolable Incapaz para deambular No concordancia Pérdida de función local o progresiva Signos y síntomas neurológicos recientes Traumatismo directo en el cuello Traumatismo directo en espalda Temperatura >38,5° Dolor moderado	Deformidad Inflamación e infección local Problema acaecido en la última semana Tumefacción Dolor	
CUTANEOS	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Estridor. Shock	Alteración del nivel de consciencia Antecedente de alergia Causa evidente Disnea aguda Edema facial o lingual Hemorragia mayor incontrolable Lesión inhalatoria Purpura Sibilancias Temperatura >41°C Dolor/picor intenso	Hemorragia menor incontrolable Inhalación de humo Lesión por electricidad No concordancia Quemadura química Secreciones o vesículas generalizadas Temperatura >38,5° Dolor/picor moderado	Inflamación o infección local Problema acaecido en la última semana Temperatura>37,5°C Dolor/picor	

DIGESTIVOS	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Crisis convulsiva presenciada Shock	Alteración del nivel de consciencia Dolor irradiado hacia la espalda Emisión aguda de sangre fresca o alterada por vía rectal Vómito de sangre Dolor intenso	Antecedente de vómito de sangre Causa evidente Dolor en vértice de hombro Heces negras o color grosella Signos de deshidratación Sospecha de embarazo Vómitos persistentes Dolor moderado	Vómitos Problema acaecido en la última semana Dolor	
GENITOURINARIOS GINECOLÓGICOS	Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Hemorragia desangrante Shock	Alteración del nivel de consciencia Dolor testicular edad <25 años Exantema o purpura Gangrena escrotal Priapismo Sangrado abundante vaginal Sangrado en embarazo de > 24 semanas Temperatura >41°C Dolor intenso	Dolor o Celulitis escrotal Hematuria franca Inmunosupresión conocida No concordancia Retención de orina Secreciones o vesículas generalizadas Sospecha de embarazo Traumatismo vaginal Vómitos persistentes Temperatura >38,5° C Dolor moderado	Disuria Problema acaecido en la última semana Traumatismo escrotal Tumefacción Vómitos Temperatura >37,5°C Dolor	Menstruación normal
OTORRINO	Babeo Compromiso vías aéreas. Respiración inadecuada. Estridor. Shock Hemorragia desangrante	Hemorragia mayor incontrolable Alteración del nivel de consciencia Mecanismo de lesión determinante Causa evidente Temperatura >41°C Dolor intenso	Hemorragia menor incontrolada Antecedente de TCE Deformidad llamativa Antecedente de viaje al extranjero No concordancia Vértigo Hematoma auricular Instauración rápida Temperatura >38,5° C Dolor moderado	Trastorno hemorrágico Inflamación o infección local Deformidad Pérdida aguda de audición Problema acaecido en la última semana Temperatura >37,5°C Dolor	

OCULARES	Lesión química ocular	Hemorragia mayor incontrolable	Hemorragia menor incontrolable	Inflamación e infección local	
	Compromiso vías aéreas.	Mecanismo de lesión determinante de causa evidente	No concordancia	Ojo rojo	
	Hemorragia desangrante	Perdida reciente y repentina de visión completa	Reducción de agudeza visual	Problema acaecido en la última semana	
	Respiración inadecuada.	Traumatismo penetrante ocular			
	Shock	Dolor intenso	Dolor moderado	Dolor	
DIABETES	Compromiso vías aéreas.	Hiperglucemia con cetosis	Hiperglucemia (>300mg/dl)	Problema acaecido en la última semana	
	Estridor.	Nivel de consciencia alterado	Vómitos persistentes	Vómitos	
	Respiración inadecuada.	Temperatura >41°C	Temperatura >38,5° C	Temperatura>37,5°C	
	Shock				
	Glucosa capilar<50 mg/dl				
PROBLEMAS DE EXTREMIDADES	Hemorragia desangrante	Hemorragia mayor incontrolable	Hemorragia menor incontrolable	Tumefacción	
	Shock	Compromiso vascular	No concordancia	Problema acaecido en la última semana	
		Estado crítico de la piel	Deformidad llamativa	Deformidad	
			Fractura abierta		
		Dolor intenso	Dolor moderado	Dolor	

7. PROTOCOLOS POR MOTIVO DE CONSULTA

ADULTO CON MAL ESTADO GENERAL

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Antecedente de riesgo especial de infección FC<60lpm o >120 lpm o arritmico Púrpura o exantema desconocido Signos de meningismo Temperatura >41°C Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de viaje al extranjero Instauración en las últimas 24 horas Secreciones o vesículas generalizadas Temperatura >38,5° C Dolor moderado	NIVEL III
Temperatura>37,5°C Problema acaecido en la última semana Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de consciencia no atribuible completamente a la ingesta de alcohol: existe una historia clara de ingesta alcohólica, pero se sospecha de la existencia de otro motivo que puede provocar la disminución del nivel de conciencia.

Antecedente de riesgo especial de infección: cuando ha habido exposición directa a un foco infeccioso de gran riesgo, tales como laboratorios o áreas infectadas conocidas.

Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

Signos de meningismo: es la triada de rigidez de nuca, cefalea y fotofobia

Temperatura >41°C ó <35°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Antecedente de viaje al extranjero: viaje acontecido en los 3 meses anteriores

Secreciones o vesículas generalizadas: secreción difusa o erupción vesicular que cubre más del 10% de la superficie corporal total

Temperatura >38,5°C : cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta

Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

ADULTO CON SINCOPE O LIPOTIMIA

Compromiso vías aéreas Crisis comicial presenciada Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de conciencia Disnea aguda Dolor cardiaco Púrpura o Exantema desconocido FC<60lpm o >120 lpm o arritmico Temperatura >41° o <35°C Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de alergia Antecedente de inconsciencia Perdida de función focal o progresiva Temperatura>38,5°C Dolor moderado	NIVEL III
Problema acaecido en la última semana Temperatura>37,5°C Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de conciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Disnea aguda: disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos

Dolor cardíaco: tiene carácter opresivo, sordo y muy intenso, localizado en la zona centrotorácica, pudiéndose irradiar hacia zonas como el miembro superior izquierdo, cuello y espalda. Puede ir acompañado de cortejo vegetativo: sudoración, frialdad y náuseas.

Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

Temperatura $>41^{\circ}\text{C}$ ó $<35^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Antecedente de alergia: cuando haya existido previamente un episodio de hipersensibilidad severa

Antecedente de inconsciencia: este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

Pérdida de función focal o progresiva: puede ser en una parte específica del cuerpo (ojo, miembros superiores o miembros inferiores) o una pérdida de función que empeora progresivamente.

Temperatura $>38,5^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

Temperatura $>37,5^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

INTOXICACIÓN Y/O ENVENENAMIENTO

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Respiración inadecuada. Shock Glucosa capilar < 50 mg/dl	NIVEL I
Alteración del nivel de conciencia no atribuible completa al alcohol Alto riesgo de autolesión Antecedente inadecuado Letalidad alta Temperatura < 35° C	NIVEL II
Alteración del nivel de conciencia atribuible al alcohol Ansiedad notable Antecedente de inconsciencia No concordancia Letalidad moderada Riesgo moderado de autolesión Traumatismo craneoencefálico	NIVEL III
Lesión Problema acaecido en la última semana Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de conciencia no atribuible completamente a la ingesta de alcohol: existe una historia clara de ingesta alcohólica, pero se sospecha de la existencia de otro motivo que puede provocar la disminución del nivel de conciencia

Alto riesgo de autolesión: observando el comportamiento del paciente podemos hacernos una opinión de la posibilidad de que el paciente pueda autolesionarse. Son factores que indican un alto riesgo los antecedentes de episodios autolesivos anteriores así como la intención de hacerlo en el momento del triaje.

Letalidad alta: letalidad es la potencia que tiene cualquier sustancia para causar daño, incluso la muerte. Es obligatorio contactar con el centro de toxicología para saber cual es el riesgo. En caso de duda se asumirá siempre el mayor riesgo.

Temperatura >41°C ó <35°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Alteración del nivel de consciencia completamente atribuible a la ingesta de alcohol: cuando existe una historia clara de ingesta alcohólica y no se sospecha de la existencia de otro motivo que pueda provocar la disminución del nivel de consciencia.

Ansiedad notable: aparece como reacción ante un peligro o impresión. Suele venir acompañada de malestar psicológico y alteraciones en el organismo como taquicardia, temblores, diaforesis, sensación de opresión torácica o falta de aire.

Antecedente de inconsciencia: este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Letalidad moderada: cuando identificada la sustancia tóxica se conoce su potencial moderado de causar daño. En caso de duda se asume un alto riesgo.

Riesgo moderado de autolesión: se hará una valoración del comportamiento del paciente, así como de si hay o no antecedente de autolesión. Si no existiese y el paciente no manifestase ninguna intención, se hablaría de riesgo moderado.

COMPORTAMIENTO EXTRAÑO

Compromiso vía aéreas Crisis comicial presenciada Respiración inadecuada Shock Glucosa capilar < 50 mg/dl	NIVEL I
Alteración del nivel de conciencia Alto riesgo de autolesión Alto riesgo de dañar a otros Antecedente de sobredosis y envenenamiento Antecedente psiquiátrico mayor	NIVEL II
Ansiedad notable Antecedente de inconsciencia Antecedente psiquiátrico Comportamiento perturbante Pérdida de función local o progresiva Riesgo moderado de autolesión Riesgo moderado de dañar a otros Signos/síntomas neurológicos recientes Traumatismo craneoencefálico	NIVEL III
	NIVEL IV
	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Glucemia <50mg/dL: Se habla de hipoglucemia, puede ir acompañada de confusión, diaforesis y cefalea

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Alto riesgo de autolesión: observando el comportamiento del paciente podemos hacer-nos una opinión de la posibilidad de que el paciente pueda autolesionarse. Son factores que indican un alto riesgo los antecedentes de episodios autolesivos anteriores así como la intención de hacerlo en el momento del triaje.

Alto riesgo de dañar a otros: bien cuando sea manifestado por el paciente o cuando el triador observe la menor posibilidad de agresión a través de su comportamiento, postura corporal o argumento. En caso de duda siempre se asumirá un alto riesgo.

Antecedente de sobredosis o envenenamiento: bien manifestado por el paciente, con-sultado con familiares o allegados, o cuando hay sospecha de que falta de medicación.

Antecedente psiquiátrico mayor: cuando haya un diagnóstico de enfermedad psiquiá-trica mayor.

Ansiedad notable: aparece como reacción ante un peligro o impresión. Suele venir acom-pañada de malestar psicológico y alteraciones en el organismo como taquicardia, temblo-res, diaforesis, sensación de opresión torácica o falta de aire.

Antecedente de inconsciencia: este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

Antecedente psiquiátrico: cuando exista antecedente de episodio psiquiátrico menor.

Comportamiento perturbante: cuando el paciente tiene un comportamiento que altera la tranquila marcha del departamento de urgencias y provoca malestar e intranquilidad en el resto de pacientes. Puede ser en casos peligroso y amenazante.

Pérdida de función focal o progresiva: puede ser en una parte específica del cuerpo (ojo, mmss o mmii) o una pérdida de función que empeora progresivamente.

Riesgo moderado de autolesión: se hará una valoración del comportamiento del pa-ciente, así como de si hay o no antecedente de autolesión. Si no existiese y el paciente no manifestase ninguna intención, se hablaría de riesgo moderado.

Riesgo moderado de dañar a otros: se hará una valoración del comportamiento del pa-ciente, así como de si hay o no antecedente de agresión.

Signos/síntomas neurológicos recientes: su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en miembros superiores y/o miembros inferiores así como rela-jación de esfínteres.

EMBARAZO

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Hemorragia desangrante Prolapso cordón umbilical Presentación de partes fetales Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de conciencia Antecedente de convulsiones Parto activo Sangrado en gestación más de 24 semanas Sangrado vaginal abundante Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de traumatismo Dolor en vértice de hombro No concordancia Sangrado vaginal Tensión arterial elevada Dolor moderado	NIVEL III
Temperatura > 37,5°C Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente

Prolapso del cordón umbilical: es el descenso del cordón dentro de la vagina de forma prematura. Su presencia puede reducir o interrumpir el flujo sanguíneo provocando el sufrimiento del feto.

Presentación de partes fetales: cuando exista coronamiento o cuando asome cualquier otra parte fetal a través de la vagina.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Antecedente de convulsiones: la convulsión no es evidente en ese momento, pero bien el paciente o su familia refiere episodio de convulsión, parcial o generalizada, en las últimas 6 horas.

Parto activo: cuando existen contracciones dolorosas, regulares y espaciadas por breve espacio de tiempo.

Sangrado en gestación >24 semanas: este signo puede ocasionar graves problemas en la gestación.

Antecedente de traumatismo: cuando ha existido traumatismo físico directo reciente.

Dolor en vértice de hombro: es un signo de irritación diafragmática

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Tensión arterial elevada: cuando el paciente nos refiera historia de hipertensión o tras nuestra toma tensional las cifras sean elevadas.

HERIDAS E INFECCIONES LOCALES

Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Compromiso vascular distal Enfisema subcutáneo Hemorragia mayor incontrolable Temperatura >41° C Dolor intenso	NIVEL II
Articulación caliente Dolor al mover la articulación Hemorragia menor incontrolable No concordancia Signos/ síntomas neurológicos recientes Temperatura > 38,5°C Dolor moderado	NIVEL III
Herida contaminada Infección local Inflamación local Problema acaecido en la última semana Temperatura > 37,5°C Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Compromiso vascular: la combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.

Enfisema subcutáneo: aparece cuando el aire penetra por el tejido subcutáneo. A la palpación se siente crepitar a medida que se aplica presión.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

Temperatura $>41^{\circ}\text{C}$ ó $<35^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Articulación caliente: cualquier aumento de temperatura en una articulación o alrededores. A veces viene acompañado de enrojecimiento.

Hemorragia menor incontrolable: es aquella hemorragia que no se controla rápidamente con la presión directa y continuada de presión y persiste un continuo pero ligero sangrado.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Signos/síntomas neurológicos recientes: su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en miembros inferiores y/o miembros superiores así como relajación de esfínteres.

Temperatura $>38,5^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

Infección e inflamación local: son signos característicos la tumefacción, enrojecimiento y dolor de la zona afecta.

Herida contaminada: aquella herida que contiene material susceptible de infectarla la herida.

Temperatura $>37,5^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

AGRESIÓN

Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Disnea aguda Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de inconsciencia Hemorragia menor incontrolable Signos/ síntomas neurológicos recientes Dolor moderado	NIVEL III
Deformidad Problema acaecido en la última semana Tumefacción Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Disnea aguda: disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia

Mecanismo de lesión determinante: comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

Antecedente de inconsciencia: este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

Signos/síntomas neurológicos recientes: su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en mmii y/o mmss así como relajación de esfínteres.

PROBLEMAS DENTALES

Compromiso vías aéreas Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Hemorragia mayor incontrolable Temperatura >41°C Dolor intenso	NIVEL II
Hemorragia menor incontrolable Arrancamiento agudo de pieza dental Temperatura >38,5° C Dolor moderado	NIVEL III
Tumefacción facial Problema acaecido en la última semana Temperatura>37,5°C Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia

Temperatura >41°C ó <35°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

Temperatura >38,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta

Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

DISNEA

Compromiso vías aéreas Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Agotamiento Alteración del nivel de consciencia FC<60lpm o >120 lpm o arritmico Imposibilidad de decir frases completas Instauración aguda tras lesión Sat O2<95% con O2 ó < 90% aire ambiente Sibilancias Dolor cardiaco	NIVEL II
Antecedente de asma Sat O2 < 95% aire ambiente Dolor pleurítico	NIVEL III
Infección respiratoria Lesión en tórax Problema acaecido en la última semana Respiración sibilante Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Agotamiento: el paciente agotado reduce el esfuerzo que hace para respirar a pesar de la disnea. Es un signo preterminal.

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Imposibilidad de decir frases completas: debido a la disnea.

Instauración aguda tras lesión: cuando la sintomatología comienza en un plazo breve de tiempo tras un traumatismo físico tiempo.

Antecedente de asma: el paciente está diagnosticado de asma.

Dolor pleurítico: dolor punzante en el tórax, que empeora con la respiración, la tos o cualquier esfuerzo.

Lesión: daño corporal causado por un golpe, herida o enfermedad.

Respiración sibilante: es diferente a sibilancias, son de otra prioridad.

SISTEMA NERVIOSO

Compromiso vías aéreas. Crisis convulsiva presenciada Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock Glucosa capilar <50 mg/dl	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Antecedente de sobredosis o envenenamiento Ataque repentino Exantema o púrpura desconocido Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Pérdida repentina de visión Signos de meningismo Temperatura > 41°C Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de inconsciencia Antecedente de TCE Dolor cuero cabelludo Hemorragia menor incontrolable No concordancia Pérdida función focal o progresiva Reducción agudeza visual Vómito persistente Temperatura >38,5° C Dolor moderado	NIVEL III
Cefalea Problema acaecido en la última semana Temperatura >37,5°C Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Glucemia <50mg/dL: Se habla de hipoglucemia, puede ir acompañada de confusión, diaforesis y cefalea

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Antecedente de sobredosis o envenenamiento: bien manifestado por el paciente, consultado con familiares o allegados, o cuando hay sospecha de que falta de medicación.

Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia

Mecanismo de lesión determinante: comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

Pérdida reciente y repentina de visión completa: en uno o en ambos ojos en las 24 horas previas.

Signos de meningismo: es la triada de rigidez de nuca, cefalea y fotofobia

Temperatura >41°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Antecedente de inconsciencia: este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Pérdida de función focal o progresiva: puede ser en una parte específica del cuerpo (ojo, mmss o mmii) o una pérdida de función que empeora progresivamente.

Vómitos persistentes: vomitos intensos y prolongados en el tiempo

Temperatura >38,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta

Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

DOLOR TORÁCICO

Compromiso vías aéreas Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Disnea aguda Dolor cardíaco FC<60lpm o >120 lpm o arrítmico. Dolor intenso	NIVEL II
Dolor pleurítico Vómitos persistentes Dolor moderado	NIVEL III
Vómitos Problema acaecido en la última semana Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Disnea aguda: disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.

Dolor cardíaco: tiene carácter opresivo, sordo y muy intenso, localizado en la zona centrotorácica, pudiéndose irradiar hacia zonas como el miembro superior izquierdo, cuello y espalda. Puede ir acompañado de cortejo vegetativo :sudoración, frialdad y náuseas.

Dolor pleurítico: dolor punzante en el tórax, que empeora con la respiración, la tos o cualquier esfuerzo.

Vómitos persistentes: vomitos intensos y prolongados en el tiempo.

CAÍDA, DOLOR DE CUELLO Y TRONCO

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Hemorragia desangrante Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Causa evidente Compromiso vascular Disnea aguda Dolor abdominal intenso Evisceración de órganos Exantema y púrpura FC<60lpm o >120 lpm o arritmico Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Signos de meningismo Temperatura > 41°C ó < 35°C Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de inconsciencia Deformidad llamativa Fractura abierta Hemorragia menor incontrolable Incapaz para deambular No concordancia Signos y síntomas neurológicos recientes Traumatismo directo cuello o espalda Temperatura >38,5° C Dolor moderado	NIVEL III
Deformidad Inflamación e infección local Problema acaecido en la última semana Tumefacción Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Causa evidente: se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

Compromiso vascular: la combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.

Disnea aguda: disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.

Evisceración de órganos: Existe extrusión franca de órganos internos

Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

Mecanismo de lesión determinante: comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

Signos de meningismo: es la triada de rigidez de nuca, cefalea y fotofobia.

Temperatura >41°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Antecedente de inconsciencia: este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

Fractura abierta: todas las heridas cercanas a una fractura deben observarse atentamente. La fractura deberá considerarse como abierta ante la existencia de cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Signos/síntomas neurológicos recientes: su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en mmii y/o mmss así como relajación de esfínteres.

Temperatura >38,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta

Infección e inflamación local: son signos característicos la tumefacción, enrojecimiento y dolor de la zona afecta.

CUTÁNEOS

Compromiso vías aéreas Estridor Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Antecedente de alergia Causa evidente Disnea aguda Edema facial o lingual Hemorragia mayor incontrolable Lesión inhalatoria Púrpura Sibilancias Temperatura >41°C Dolor/ picor intenso	NIVEL II
Hemorragia menor incontrolable Inhalación de humo Lesión por electricidad No concordancia Quemadura química Secreciones o vesículas generalizadas Temperatura > 38,5° C Dolor/ picor moderado	NIVEL III
Inflamación o infección local Problema acaecido en la última semana Temperatura > 37,5° C Dolor/ picor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Estridor: inspiración ruidosa, parecida a un graznido. Es un signo de dificultad respiratoria que suele deberse a una inflamación de la laringe y tráquea que ocasiona una oclusión al paso del aire por las vías respiratorias. Las causas son varias y pueden deberse a enfermedades víricas o bacterianas, agentes físicos o químicos así como a procesos alérgicos.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Antecedente de alergia: cuando haya existido previamente un episodio de hipersensibilidad severa.

Causa evidente: se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

Disnea aguda: disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.

Edema facial o lingual: en cualquiera de los dos casos pueden ser signos temprano de anafilaxia.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

Lesión inhalatoria: cuando ha existido inhalación de humo. El paciente también puede contar inhalación de productos químicos, en este caso puede no haber signos evidentes.

Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

Sibilancias: tono silbante agudo que aparece con cada respiración y que puede indicar que las vías respiratorias se han estrechado.

Temperatura >41°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Picor intenso: picor insoportable.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

Lesión por electricidad: causada por corriente eléctrica continua o alterna.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Quemadura química: el resultado de la exposición a una sustancia que sea capaz de causar escozor, quemazón o dolor tras ser derramada sobre el cuerpo, se debe considerar como quemadura química.

Secreciones o vesículas generalizadas: secreción difusa o erupción vesicular que cubre más del 10% de la superficie corporal total.

Temperatura >38,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

Infección e inflamación local: son signos característicos la tumefacción, enrojecimiento y dolor de la zona afecta.

Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

DIGESTIVOS

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Dolor irradiado hacia espalda Emisión de sangre roja o alterada por vía rectal Vómito de sangre Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de vómito de sangre Dolor en vértice de hombro Heces negras o color grosella Signos de deshidratación Sospecha de embarazo Vómito persistente Dolor moderado	NIVEL III
Problema acaecido en la última semana Vómitos Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Dolor irradiado hacia la espalda: puede darse de forma constante o intermitente e indica irritación retroperitoneal.

Vómito de sangre: cuando se presencia vómito agudo de sangre o en posos de café o hay signos evidentes de que haya sucedido (restos en boca).

Antecedente de vómito de sangre: el paciente cuenta un vómito con sangre o en posos de café. No es evidenciado en la sala de triaje.

Dolor en vértice de hombro: es un signo de irritación diafragmática.

Signos de deshidratación: lengua seca, aumento de pliegues cutáneos, oliguria, confusión.

Vómitos persistentes: vomitos intensos y prolongados en el tiempo.

GENITOURINARIOS GINECOLÓGICOS

Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Dolor testicular edad < 25 años Exantema o púrpura Gangrena escrotal Priapismo Sangrado abundante vaginal Sangrado en gestación > 24 semanas Temperatura > 41° C Dolor intenso	NIVEL II
Dolor o celulitis escrotal Hematuria franca Inmunosupresión conocida No concordancia Retención de orina Secreciones o vesículas generalizadas Sospecha de embarazo Traumatismo vaginal Vómito persistente Temperatura > 38,5 °C Dolor moderado	NIVEL III
Disuria Problema acaecido en la última semana Traumatismo escrotal Tumefacción Vómitos Temperatura > 37,5° C Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Dolor testicular edad <25 años: el dolor testicular en paciente de <25 años tiene más posibilidades de ser motivado por la existencia de una torsión testicular que en pacientes de más edad.

Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

Gangrena escrotal: Aparición de una mancha oscura en la zona del escroto o ingle. Al principio tiene el aspecto de una quemadura de tercer grado cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.

Priapismo: es una erección continua y mantenida en el tiempo, no siempre dolorosa.

Sangrado en gestación >24 semanas: este signo puede ocasionar graves problemas en la gestación.

Temperatura >41°C ó <35°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Hematuria franca: cuando la hematuria es macroscópica.

Inmunosupresión conocida: todos aquellos pacientes que tomen tratamiento inmunosupresor, incluyendo esteroides a largo plazo.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Retención de orina: con la consiguiente incapacidad para orinar, provocando dolor y en casos avanzados agitación y desorientación.

Secreciones o vesículas generalizadas: secreción difusa o erupción vesicular que cubre más del 10% de la superficie corporal total.

Vómitos persistentes: vómitos intensos y prolongados en el tiempo.

Temperatura >38,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

PROBLEMAS OTORRINOLARINGOLÓGICOS

Babeo Compromiso vías aéreas Estridor Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Causa evidente Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Temperatura >41°C Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de TCE Hematoma auricular Hemorragia menor incontrolable Instauración rápida No concordancia Vértigo Temperatura > 38,5° C Dolor moderado	NIVEL III
Inflamación o infección local Pérdida aguda de audición Problema acaecido en la última semana Trastorno hemorrágico Temperatura >37,5°C Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Babeo: Signo característico del atragantamiento, se produce ante la imposibilidad/dificultad de tragar la saliva por una obstrucción parcial o completa de la vía.

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Estridor: inspiración ruidosa, parecida a un graznido. Es un signo de dificultad respiratoria que suele deberse a una inflamación de la laringe y tráquea que ocasiona una oclusión al paso del aire por las vías respiratorias. Las causas son varias y pueden deberse a enfermedades víricas o bacterianas, agentes físicos o químicos así como a procesos alérgicos.

Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Alteración del nivel de consciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Causa evidente: se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

Mecanismo de lesión determinante: comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

Temperatura >41°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Temperatura >38,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta

Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

PROBLEMAS OCULARES

Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Lesión química ocular Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Causa evidente Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Pérdida completa de visión reciente y repentina Traumatismo penetrante ocular Dolor intenso	NIVEL II
Hemorragia menor incontrolable No concordancia Reducción de agudeza visual Dolor moderado	NIVEL III
Inflamación o infección local Ojo rojo Problema acaecido en la última semana Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Causa evidente: se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

Mecanismo de lesión determinante: comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

Pérdida completa de visión reciente y repentina: en uno o en ambos ojos en las 24 horas previas.

Traumatismo penetrante ocular: hay lesión en el globo ocular.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

DIABETES

Compromiso vías aéreas Estridor Respiración inadecuada Shock Glucosa < 50 mg/dl	NIVEL I
Hiperglucemia con cetosis Alteración del nivel de conciencia Temperatura >41°C	NIVEL II
Hiperglucemia (> 300 mg/dl) Vómito persistente Temperatura >38,5° C	NIVEL III
Problema acaecido en la última semana Vómitos Temperatura >37,5°C	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Estridor: inspiración ruidosa, parecida a un graznido. Es un signo de dificultad respiratoria que suele deberse a una inflamación de la laringe y tráquea que ocasiona una oclusión al paso del aire por las vías respiratorias. Las causas son varias y pueden deberse a enfermedades víricas o bacterianas, agentes físicos o químicos así como a procesos alérgicos.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Glucemia <50mg/dL: Se habla de hipoglucemia, puede ir acompañada de confusión, diaforesis y cefalea.

Hiperglucemia con cetosis: cuando existe una glucemia > 200 mg/dl con cetonuria (cuerpos cetónicos en orina) o signos de acidosis (respiración de Kussmaul, náuseas, olor de aliento característico).

Alteración del nivel de conciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Temperatura >41°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

Vómitos persistentes: vomitos intensos y prolongados en el tiempo.

Temperatura >38,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

PROBLEMAS DE EXTREMIDADES

Hemorragia desangrante SHOCK	NIVEL I
Compromiso vascular Estado crítico de la piel Hemorragia mayor incontrolable Dolor intenso	NIVEL II
Deformidad llamativa Fractura abierta Hemorragia menor incontrolable No concordancia Dolor moderado	NIVEL III
Deformidad Problema acaecido en la última semana Tumefacción Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

Compromiso vascular: la combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.

Estado crítico de la piel: la piel está pálida y bajo tensión debido a algún fragmento óseo tras una fractura o luxación.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

Fractura abierta: todas las heridas cercanas a una fractura deben observarse atentamente. La fractura deberá considerarse como abierta ante la existencia de cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

ANEXOS

FICHA DE ATENCIÓN

HOSPITAL DE

FICHA N°:



HORA	1. ADMISION Fecha: / / Edad: Sexo:		
	Nombre y Apellido N°C:		
	Domicilio:		
	Barrio o Compañía:	Localidad:	
	Referencia Domiciliaria:		
	Teléfono	Celular:	
HORA	2. ENFERMERÍA		
	Peso: FC: FR: T° Ax.: TA: Glu: SatO2 :		
	Motivo de Consulta:		
	Discriminante		
	Clasificación fisiopatológica (si es niño)		
	Firma y Sello:		
HORA	3. REEVALUACIÓN Y RECLASIFICACIÓN (llenar si corresponde)		
	FC: FR: T° Axilar.: TA: Glu SatO2 : Síntoma: Reclasificación:		
HORA	4. MÉDICO		
	Patología Previa y Tratamiento Actual	Alergias	
	Examen Físico		
HORA	Laboratorio:		
HORA	Radiología:		
HORA	DIAGNÓSTICO:		
HORA	TRATAMIENTO suministrado en urgencias:	Vía	Dosis
	TRATAMIENTO INDICADO para la casa:		
HORA	5. DESTINO		
	DOMICILIO INTERNACIÓN FUGA MUERTE NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:		

TOMA DE SIGNOS VITALES EN NIÑOS

Tensión arterial

Se coloca al paciente en una postura cómoda, con el brazo en semiflexión (la palma hacia arriba) o con la pierna

extendida. El manguito del esfigmomanómetro hay que colocarlo rodeando el brazo unos 3 cm por encima del espacio antecubital. También puede determinarse en la pierna. Encender al aparato y oprimir el botón de inicio.

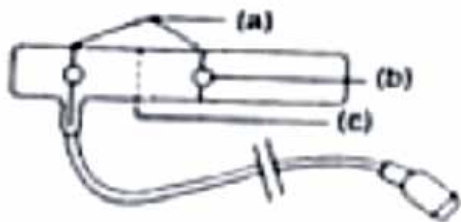
El tamaño de los manguitos varía con la edad:

EDAD	MANGUITO
Menores de 1 año	2.5 cm
1-8 años	5-6 cm
	6-8 cm
Adolescentes	12.5 cm
Adultos	15 cm
	15-20 cm

Saturación de la Hemoglobina (Pulsioxímetro)

Seleccionar el sensor adecuado en función del peso del paciente:

Oxisensor

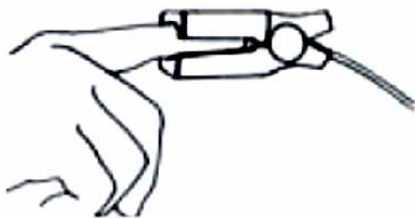


Oxisensor:

Retirar el envoltorio de plástico y colocar las ventanas transparentes en la parte adhesiva. Han de cubrir completamente los componentes ópticos.



Durasensor



El lugar de colocación puede ser muy variado. En general los dos componentes ópticos deben quedar alineados y enfrentados. A continuación se explican los lugares preferidos según la edad o el peso del niño.

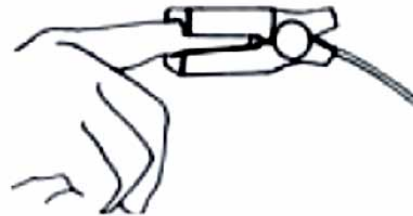
En neonatos el lugar idóneo de aplicación es en el pie. La ventana que está más cercana al cable (luz) quedará en la planta del pie. De forma alternativa puede utilizarse la mano.



Durasensor:

En pacientes de 5 a 20 Kg la ubicación correcta será el primer dedo del pie. Se colocará de forma que el cable se extienda por la parte posterior del pie hacia el talón (por la planta del pie). Alternativamente puede usarse el primer dedo de la mano.

La zona preferente de aplicación es el dedo índice de la mano. Hay que colocar el sensor de forma que la luz quede sobre la uña.



Glucemia Capilar

Material:

- Tiras reactivas para la prueba.
- Dispositivo de punción.
- Lanceta.
- Gasas.
- Solución jabonosa o suero fisiológico.
- Guantes de un solo uso.

En pacientes de 20 a 40 Kg se utilizará como primera elección el dedo índice de la mano. La ventana más cercana al cable (luz) quedará sobre la uña. Pueden utilizarse otros dedos.

VALORES NORMALES DE SIGNOS VITALES EN PEDIATRÍA

FRECUENCIA CARDIACA

	ALTERADO		NIVEL II	
EDAD	MÍNIMO	MÁXIMO		
0 – 1 mes	110	180	80	190
1 – 6 meses	100	170		
6 – 12 meses	100	160		
1 – 3 años	90	150	60	170
3 – 6 años	70	135		
6 – 12 años	60	120	50	160
12 – 16 años	60	110		
> 16 años	60	100		

1. Park MK. Pediatric cardiology for practitioners. 3ª edición, St. Louis: Mosby; 1996.
2. Davignon A, Rautaharju P, Boisselle E, et al. Normal ECG standards for infants and children. *Pediatr Cardiol* 1979; 1:123–131.

FRECUENCIA RESPIRATORIA

	ALTERADO		NIVEL II	
EDAD	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO
0 – 3 meses	30	50	15	60
3 – 6 meses	30	40		
6 – 12 meses	25	40		
1 – 3 años	20	30	10	50
3 – 6 años	20	30		
6 – 12 años	15	20	10	40
> 12 años	12	20		

1. Behrman RE, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. 17ª edición. Philadelphia; W.B. Saunders, 2004.

TENSIÓN ARTERIAL

SISTÓLICA

	ALTERADO		NIVEL II	
EDAD	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO
0 – 1 mes	60	80	60	120
1 – 6 meses	60	90		
6 – 12 meses	70	100		
1 – 3 años	80	100	70	150
3 – 6 años	85	110		
6 – 12 años	90	120	85	165
12 – 16 años	100	130		
> 16 años	110	135		

DIASTÓLICA

	ALTERADO		NIVEL II	
EDAD	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO
0 – 1 mes	30	45	30	70
1 – 6 meses	40	50		
6 – 12 meses	45	55		
1 – 3 años	50	70	40	90
3 – 6 años	50	75		
6 – 12 años	60	80	50	100
12 – 16 años	65	85		
> 16 años	65	90		

1. Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS).
2. British Department of Health. Health Survey for England 1998: Children’s reference tables.
3. Behrman RE, Jenson HB. Nelson textbook of pediatrics. 17ª edición. Philadelphia; W.B. Saunders, 2004.
4. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2004; 114: 555-576.

VALORACIÓN DEL DOLOR EN NIÑOS

El dolor es un síntoma frecuente en la patología pediátrica y tiene un papel muy importante en la valoración del nivel de triaje. Podríamos pensar que esto no es así, porque no necesariamente una patología más dolorosa tiene que ser más grave, pero hemos de tener en cuenta que el grado de urgencia no siempre se correlaciona con la gravedad, sino que más bien expresa necesidad de que el paciente sea atendido en un menor tiempo. El paciente es un todo y no es sólo su enfermedad. Un paciente con un nivel de triaje superior es aquel cuya situación clínica **se beneficia** de una atención más precoz. Todo esto nos indica, que **en ausencia de otros criterios** que condicionen un grado de urgencia determinado, el paciente que más dolor tiene es justo que sea visitado antes. En otras ocasiones, ya reflejadas en los protocolos de cada motivo de consulta, no hay ninguna duda conceptual, ya que la intensidad

del dolor puede correlacionarse con una mayor gravedad del cuadro.

A efectos de triaje nos interesa clasificar el dolor de un paciente en **leve, moderado o intenso**. Una posibilidad es valorarlo de forma subjetiva, pero para ello es evidente que se requiere una experiencia suficiente. Para facilitar la cuantificación de la intensidad del dolor existen diversas **escalas** y métodos validados en diferentes edades pediátricas. No todos son útiles en el triaje, ya que algunos son complejos y tienen en cuenta datos que no pueden obtenerse de forma rápida. Hemos seleccionado las escalas que nos parecen más adecuadas. **No quiere decir esto que haya que aplicarlas en toda visita de triaje**, sino que están a disposición del profesional que las necesite para valorar de forma más adecuada algo tan subjetivo como el dolor. A continuación explicaremos algunos conceptos generales sobre la valoración del dolor en pediatría y cómo debe hacerse de forma práctica en cada grupo de edad.

Factores que afectan la percepción del dolor:

Sexo	Estilo para hacer frente y tolerar el dolor
Edad	Aspectos emocionales (miedo ansiedad)
Nivel cognitivo	Experiencias dolorosas pasadas
Cultura	Entorno
Conducta de los padres	Conducta de los profesionales

MÉTODOS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN NIÑOS

Básicamente se utilizan tres **métodos para la evaluación del dolor**:

Utilizaremos **diferentes escalas según la edad** del niño, pero **todas nos llevarán a puntuar la intensidad de su dolor de 0 a 10**. Según esta puntuación, concluiremos que el dolor es leve, moderado o intenso según la siguiente tabla:

INTENSIDAD	PUNTUACIÓN
Leve	0 – 4
Moderado	5 – 7
Intenso	8 – 10

Niños menores de 6 años

En este grupo de edad se valora el dolor mediante la observación clínica de las reacciones de lenguaje corporal. Los aspectos evaluados pueden estar relacionados con estrés, discomfort, agresividad del medio físico, alteraciones de las necesidades básicas tales como sueño, succión, afecto y contacto con la madre. Por tanto es necesario tratar de mantener estos aspectos cubiertos para que esta escala se adapte al dolor.

Utilizaremos la siguiente escala, en la que cada parámetro se puntúa de 0 (ausencia de dolor) a 2 (máxima interpretación de dolor). Como valoramos 5 parámetros, obtendremos una puntuación de 0 a 10.

ÍTEM	0	1	2
Llanto o voz	No llora ni se queja	Consolable Llora pero responde a mimos	Inconsolable Llora insistentemente
Expresión facial	Normal, calmado, relajado	Menos marcado intermitente Corta mueca de disgusto	Marcado constantemente Larga mueca de disgusto
Postura	Normal, ninguna, indiferente	Flexionado piernas y muslos Tocándose, friccionándose comedidamente	Agarrado a la zona de dolor A la defensiva, tenso
Movimiento	Normal	Reducido o inquieto Agitación moderada o la actividad disminuida	Inmóvil o derrotado Agitación incesante o ninguna actividad
Color	Normal	Pálido	Muy pálido

Niños mayores de 6 años

Disponemos de dos escalas aplicables a este grupo de edad: la escala de caras de Wong y Baker y la escala numérica de Walco y Howite.

Escala de caras de Wong y Baker: observación de una lámina con seis caras en que la primera es una muy sonriente y la última triste y llorosa, mientras que las intermedias, muestran diversos grados

de felicidad y tristeza. El niño elige la cara que se asemeja a él cuando siente dolor.

Explicaremos al niño que cada cara representa a una persona que se siente feliz porque no tiene ningún dolor o triste porque tiene algún o mucho dolor. Le diremos al niño que elija la cara que mejor describa su dolor actual.

Es recomendable **sustituir el término dolor por la palabra que utilice el niño.**

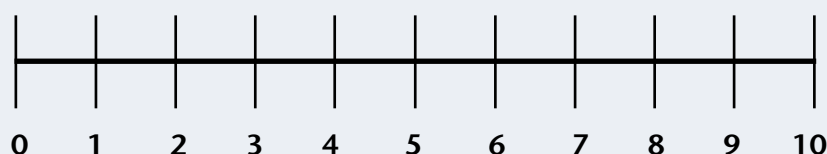
Escala de caras Wong-Baker: elija la cara que mejor describe la manera como se siente.



Escala numérica de Walco y Howite: se usa una recta cuyos extremos corresponden “ausencia de dolor” y “dolor intenso” con divisiones marcadas a lo largo de ella en unidades de 0 a 10. El niño opta por el número que piensa describe la intensidad de su dolor.

Explicaremos al niño que esto es una línea con números, rayas o palabras

para describir cuanto dolor tiene. Le indicaremos cuál es el extremo de la línea que representa ningún dolor y cuál es el que representa el peor dolor (señalándoselo). Podemos ponerle, según la edad, algún ejemplo, señalándolo todo siempre. Tras esta explicación pediremos al niño que elija un número, raya o palabra que indica cuan fuerte es su dolor en ese momento.



DOSIFICACIÓN DE PARACETAMOL

Z-MOL (gotas): 1 gota por Kg de peso o 1 comprimido de 500 mg en niños mayores de 35 kg.

SUSTANCIAS NO TÓXICAS

• Acacia • Aceite de baño • Aceite de linaza • Aceite de motor • Aceite mineral (salvo aspiración) • Acondicionantes del cuerpo • Acuarelas • Adhesivos • Agua de baño • Agua de retrete • Agua oxigenada • Algodón • Almidón • Ambientadores • Antiácidos • Anticonceptivos • Arcilla • Barras de labios • Betún (sin anilinas) • Bolsitas para aromatizar la ropa • Brillantinas • Bronceadores • Caolina • Carbón vegetal • Fosforos • Champús líquidos • Colonias sin alcohol • Colorete • Contraceptivos, Corticoides • Cosméticos • Cosméticos del bebé • Crayones (rotuladores para pizarras de borrado fácil) • Cremas y lociones de afeitar • Incienso • Jabones • Lanolina • Lápiz (grafito, colores)	• Deshumificantes (Silicagel) • Desinfectantes iodófilos • Desodorantes • Edulcorantes • Fertilizantes (sin herbicidas o insecticidas) • Lavandina (< 0.5% hipoclorito sódico) • Loción de Calamina • Lociones y cremas de manos • Lubricantes • Maquillaje • Masilla (<60g) • Mayoría de antibióticos • Óxido de Zn • Papel de periódico • Paquetes deshumidificantes • Pasta de dientes (± flúor) • Perfumes • Peróxido al 3% • Pintura (interior o látex) • Plastilina • Productos capilares (tónicos, sprays, tintes) • Purgantes suaves • Resinas de intercambio iónico • Rotuladores indelebles • Suavizantes de ropa • Talco • Tapones • Termómetros (hg elemental) • Tinta (negra-azul no permanente) • Tinta de bolígrafo • Tiza • Vaselina • Velas (cera de abejas o parafina) • Vitaminas • Warfarina (<0,5%)
---	---

HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

SISTEMA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

En el servicio de urgencia los pacientes son evaluados a su llegada y clasificados en 5 niveles de acuerdo con la prioridad de su motivo de consulta. Por lo tanto **NO SE ATIENDE POR ORDEN DE LLEGADA SINO POR EL GRADO DE ENFERMEDAD** que cada uno presente.

Este sistema de clasificación consiste en una primera recepción-acogida-valoración realizada por **PERSONAL SANITARIO**.

Esta entrevista será corta y ágil y se basará en el motivo de consulta y en la situación clínica del paciente, aplicando unos **PROTOCOLOS ESTANDARIZADOS**. Al final de la entrevista el paciente tendrá asignado un nivel de urgencia.

Este sistema hace que los enfermos más urgentes sean tratados con prioridad, se determine el área más adecuada para su atención y se asegure que el paciente y la familia reciban información orientativa sobre el tiempo de espera probable.

A las personas que por su nivel de urgencia no necesiten atención inmediata **SE LES EXPLICARÁ QUÉ DEBEN HACER Y VIGILAR** mientras están en la sala de espera.

Si aparece algún cambio en su estado no duden en consultar al personal sanitario.

GRACIAS POR AYUDARNOS A MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIA.

GLOSARIO DEL RAC EN PEDIATRÍA

Exploración respiratoria:

Tiraje: es la depresión subcostal, intercostal o supraesternal que se produce con la inspiración. En el broncoespasmo leve suele haber sólo tiraje subcostal y a medida que el cuadro es más grave aparece también el intercostal y el supraesternal. En la dificultad respiratoria alta (laríngea) puede aparecer el tiraje supraesternal desde el inicio.

Estridor: es el ruido que aparece ante una obstrucción de la vía aérea a nivel de la laringe. Las causas más frecuentes son las laringitis o el edema de glotis. También puede estar causado por un cuerpo extraño. En los casos leves puede ser sólo inspiratorio y en los severos tanto inspiratorio como espiratorio.

Exploración abdominal:

No se trata de realizar una exploración física abdominal completa. En el triaje sólo nos interesa valorar la **localización** del dolor, la presencia de **defensa** abdominal y maniobra de blumberg.

Maniobra de Blumberg: aumento del dolor con la descompresión. Se explora apretando en la zona que nos interesa y retirando después la mano de forma rápida. Es importante explorar el abdomen en decúbito supino, con el paciente lo más relajado posible y evitar que nuestras manos estén demasiado frías. La palpación no debe ser brusca sino suave y progresiva. En los casos en los que el niño refiere dolor importante,

resulta más fácil la valoración si le permitimos que flexione ligeramente las piernas. En los lactantes que lloran resulta útil dejar nuestra mano apoyada sobre su abdomen sin apretar, y aprovechar los momentos en los que toma aire para realizar la palpación. Respecto a la localización del dolor, nos interesa valorar si este es difuso o bien si sólo lo refiere en una zona y siempre en la misma.

Defensa: es la presencia de contractura muscular que se opone a nuestra presión. Puede ser voluntaria o involuntaria. Nos interesa distinguir si es de todo el abdomen (abdomen en tabla) o localizada. No sólo hay que tener en cuenta que el niño manifieste que le duele más a la retirada de la mano, sino que hay que valorar si aparece gesto de dolor o si cambia de postura para protegerse ante la descompresión.

Lesiones cutáneas:

Petequias: son lesiones maculosas no palpables, de color rojo o rojo-violáceo, de pequeño tamaño y que no desaparecen a la presión o al estirar la piel adyacente.

Equimosis: son lesiones similares, pero más grandes e irregulares. Ambas están causadas por la extravasación de sangre por debajo de la piel.

Vesículas: son pequeñas lesiones sobrelevadas, rellenas de líquido transparente o amarillento.

Ampollas: tienen un aspecto similar a las vesículas, pero son más grandes.

Habones: son lesiones rojas, sobreelevadas, con aspecto inflamatorio, cuyo ejemplo típico son las picaduras de insecto o las urticarias. En estas últimas pueden confluír formando placas más o menos grandes (a veces muy grandes) que en ocasiones se vuelven más pálidas en el centro.

Celulitis: Presencia de una placa con signos inflamatorios, es decir, tumefacta, roja, caliente y generalmente dolorosa.

Signos meníngeos:

Para la exploración del meningismo se valora la rigidez de nuca, el signo de Kernig, el de Brudzinski. La exploración se realiza con el paciente en decúbito supino, lo más relajado posible. En primer lugar se coloca una de nuestras manos por detrás de la cabeza del niño y la otra sobre su tórax. Hacemos flexionar varias veces su cuello de forma firme pero no demasiado brusca.

Rigidez de nuca: se aprecia como resistencia a la flexión que impide que la barbilla del niño contacte con su esternón. Hay que tener en cuenta que los niños mayorcitos en condiciones normales pueden no alcanzar esta posición al ser menos flexibles y no quiere decir que tengan rigidez de nuca.

Signo de Brudzinski: se explora con esta misma maniobra y consiste en que al realizarla el niño flexiona de forma refleja las caderas y las rodillas.

Signo de Kernig: A continuación levantamos en bloque sus dos piernas tomándolas de los tobillos. Si el paciente flexiona rodillas y caderas y no permite que levantemos sus piernas en extensión, decimos que el signo es positivo.

Fontanela abombada: Es importante conocer que en las meningitis de los lactantes a menudo los signos meníngeos no son positivos. En este caso puede observarse que la fontanela abomba y está a tensión. La fontanela siempre debe explorarse con el niño sentado (nunca tumbado) y sin llanto.

Focalidad neurológica: Consiste en cualquier alteración neurológica focal. En el triaje debemos fijarnos fundamentalmente en la presencia de paresias o parálisis de músculos de la cara o de las extremidades, visión doble, desviación de los ojos, alteraciones de la sensibilidad, alteraciones del equilibrio o del mantenimiento de la postura.

Angioedema: edema no doloroso y sin signos inflamatorios, generalmente de causa alérgica. Los sitios de aparición más frecuentes son cara, párpados, manos y genitales.

GLOSARIO DEL RAC ADULTO POR NIVELES DE PRIORIDAD

NIVEL DE PRIORIDAD 1: ATENCIÓN INMEDIATA

Su existencia confirma el NIVEL I de ATENCIÓN INMEDIATA

DISCRIMINANTES DE URGENCIAS GENERALES

Compromiso de vías aéreas: Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

Crisis convulsiva presenciada: el personal que realiza el triaje presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada.

Respiración inadecuada: el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

Shock: los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

DISCRIMINANTES DE URGENCIAS ESPECÍFICOS

Babeo: Signo característico del atragantamiento, se produce ante la imposibilidad/dificultad de tragar la saliva por una obstrucción parcial o completa de la vía.

Estridor: inspiración ruidosa, parecida a un graznido. Es un signo de dificultad respiratoria que suele deberse a una inflamación de la laringe y tráquea que ocasiona una oclusión al paso del aire por las vías respiratorias. Las causas son varias y pueden deberse a enfermedades víricas o bacterianas, agentes físicos o químicos así como a procesos alérgicos.

Glucemia <50mg/dL: Se habla de hipoglucemia, puede ir acompañada de confusión, diaforesis y cefalea.

Hemorragia desangrante: es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente.

Presentación de partes fetales: cuando exista coronamiento o cuando asome cualquier otra parte fetal a través de la vagina.

Prolapso del cordón umbilical: es el descenso del cordón dentro de la vagina de forma prematura. Su presencia puede reducir o interrumpir el flujo sanguíneo provocando el sufrimiento del feto.

NIVEL DE PRIORIDAD 2: ATENCIÓN MUY URGENTE

DISCRIMINANTES DE URGENCIAS GENERALES

Alteración del nivel de conciencia: cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

Hemorragia mayor incontrolable: sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

Dolor Intenso: puntaje 7 a 10 en las escalas de dolor.

Temperatura $>41^{\circ}\text{C}$ o $<35^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

DISCRIMINANTES DE URGENCIAS ESPECÍFICOS

Agotamiento: el paciente agotado reduce el esfuerzo que hace para respirar a pesar de la disnea. Es un signo preterminal.

Alteración del nivel de conciencia no atribuible completamente a la ingesta de alcohol: existe una historia clara de ingesta alcohólica, pero se sospecha de la existencia de otro motivo que puede provocar la disminución del nivel de conciencia.

Alto riesgo de autolesión: observando el comportamiento del paciente podemos hacernos una opinión de la posibilidad de que el paciente pueda au-

tolesionarse. Son factores que indican un alto riesgo los antecedentes de episodios autolesivos anteriores así como la intención de hacerlo en el momento del triaje.

Alto riesgo de dañar a otros: bien cuando sea manifestado por el paciente o cuando el triador observe la menor posibilidad de agresión a través de su comportamiento, postura corporal o argumento. En caso de duda siempre se asumirá un alto riesgo.

Antecedente de alergia: cuando haya existido previamente un episodio de hipersensibilidad severa.

Antecedente de convulsiones: la convulsión no es evidente en ese momento, pero bien el paciente o su familia refiere episodio de convulsión, parcial o generalizada, en las últimas 6 horas.

Antecedente de riesgo especial de infección: cuando ha habido exposición directa a un foco infeccioso de gran riesgo, tales como laboratorios o áreas infectadas conocidas.

Antecedente de sobredosis o envenenamiento: bien manifestado por el paciente, consultado con familiares o allegados, o cuando hay sospecha de que falta de medicación.

Antecedente psiquiátrico mayor: cuando haya un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica mayor.

Causa evidente: se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

Compromiso vascular: la combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.

Disnea aguda: disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.

Dolor cardíaco: tiene carácter opresivo, sordo y muy intenso, localizado en la zona centrotorácica, pudiéndose irradiar hacia zonas como el miembro superior izquierdo, cuello y espalda. Puede ir acompañado de cortejo vegetativo: sudoración, frialdad y náuseas.

Dolor irradiado hacia la espalda: puede darse de forma constante o intermitente e indica irritación retroperitoneal.

Dolor testicular edad < 25 años: el dolor testicular en paciente de <25 años tiene más posibilidades de ser motivado por la existencia de una torsión testicular que en pacientes de más edad.

Edema facial o lingual: en cualquiera de los dos casos pueden ser signos temprano de anafilaxia.

Enfisema subcutáneo: aparece cuando el aire penetra por el tejido subcutáneo. A la palpación se siente crepitar a medida que se aplica presión.

Estado crítico de la piel: la piel está pálida y bajo tensión debido a algún fragmento óseo tras una fractura o luxación.

Evisceración de órganos: Existe extrusión franca de órganos internos.

Gangrena escrotal: Aparición de una mancha oscura en la zona del escroto o ingle. Al principio tiene el aspecto de una quemadura de tercer grado cual-

quier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.

Vómito de sangre: cuando se presencia vómito agudo de sangre o en posos de café o hay signos evidentes de que haya sucedido (restos en boca).

Hiperglucemia con cetosis: cuando existe una glucemia > 200 mg/dl con cetonuria (cuerpos cetónicos en orina) o signos de acidosis (respiración de Kussmaul, náuseas, olor de aliento característico).

Imposibilidad de decir frases completas: debido a la disnea

Instauración aguda tras lesión: cuando la sintomatología comienza en un plazo breve de tiempo tras un traumatismo físico tiempo.

Lesión inhalatoria: cuando ha existido inhalación de humo. El paciente también puede contar inhalación de productos químicos, en este caso puede no haber signos evidentes.

Letalidad alta: letalidad es la potencia que tiene cualquier sustancia para causar daño, incluso la muerte. Es obligatorio contactar con el centro de toxicología para saber cuál es el riesgo. En caso de duda se asumirá siempre el mayor riesgo.

Mecanismo de lesión determinante: comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

Parto activo: cuando existen contracciones dolorosas, regulares y espaciadas por breve espacio de tiempo.

Pérdida completa de visión reciente y repentina: en uno o en ambos ojos en las 24 horas previas.

Picor intenso: prurito insoportable.

Priapismo: es una erección continua y mantenida en el tiempo, no siempre dolorosa.

Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

Rectorragia: emisión de sangre fresca por vía rectal en cantidad suficiente como para comprometer la vida del paciente.

Sangrado en gestación >24 semanas: este signo puede ocasionar graves problemas en la gestación.

Sibilancias: tono silbante agudo que aparece con cada respiración y que puede indicar que las vías respiratorias se han estrechado.

Signos de meningismo: es la triada de rigidez de nuca, cefalea y fotofobia.

SO₂<95% con Oxígeno o <90% con aire ambiental.

Traumatismo penetrante ocular: hay lesión en el globo ocular.

NIVEL DE PRIORIDAD 3: ATENCIÓN URGENTE

DISCRIMINANTES DE URGENCIAS GENERALES

Dolor moderado: Puntuación 4 a 7 en escalas de dolor.

Hemorragia menor incontrolable: Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

No concordancia: cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

Temperatura $>38,5^{\circ}\text{C}$: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

Vómitos persistentes: vómitos intensos y prolongados en el tiempo.

DISCRIMINANTES DE URGENCIAS ESPECÍFICOS

Alteración del nivel de consciencia completamente atribuible a la ingesta de alcohol: cuando existe una historia clara de ingesta alcohólica y no se sospecha de la existencia de otro motivo que pueda provocar la disminución del nivel de consciencia.

Ansiedad notable: aparece como reacción ante un peligro o impresión. Suele venir acompañada de malestar psicológico y alteraciones en el organismo como taquicardia, temblores, diaforesis, sensación de opresión torácica o falta de aire.

Antecedente de asma: el paciente está diagnosticado de asma.

Antecedente de inconsciencia: este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

Antecedente de traumatismo: cuando ha existido traumatismo físico directo reciente.

Antecedente de viaje al extranjero: viaje acontecido en los 3 meses anteriores.

Antecedente de vómito de sangre: el paciente cuenta un vómito con sangre o en posos de café. No es evidenciado en la sala de triaje.

Antecedente psiquiátrico: cuando exista antecedente de episodio psiquiátrico menor.

Articulación caliente: cualquier aumento de temperatura en una articulación o alrededores. A veces viene acompañado de enrojecimiento.

Celulitis escrotal: enrojecimiento y tumefacción en escroto.

Comportamiento perturbante: cuando el paciente tiene un comportamiento que altera la tranquila marcha del departamento de urgencias y provoca malestar e intranquilidad en el resto de pacientes. Puede ser en casos peligroso y amenazante.

Dolor en vértice de hombro: es un signo de irritación diafragmática.

Dolor pleurítico: dolor punzante en el tórax, que empeora con la respiración, la tos o cualquier esfuerzo.

Fractura abierta: todas las heridas cercanas a una fractura deben observarse atentamente. La fractura deberá considerarse como abierta ante la existencia de cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.

Hematuria franca: cuando la hematuria es macroscópica.

Hiperglucemia: glucosa > 300 mg/dl.

Inmunosupresión conocida: todos aquellos pacientes que tomen tratamiento inmunosupresor, incluyendo esteroides a largo plazo.

Lesión por electricidad: causada por corriente eléctrica continua o alterna.

Letalidad moderada: cuando identificada la sustancia tóxica se conoce su potencial moderado de causar daño. En caso de duda se asume un alto riesgo.

No mejoría con el tratamiento para el asma: suele ser manifestado por el propio paciente.

Pérdida de función focal o progresiva: puede ser en una parte específica del cuerpo (ojo, miembros superiores o miembros inferiores, o una pérdida de función que empeora progresivamente.

Posible embarazo: toda mujer que sufre falta de menstruación, se encuentra en edad fértil y haya tenido relaciones sexuales sin protección debe ser considerada como posible embarazada.

Quemadura química: el resultado de la exposición a una sustancia que sea capaz de causar escozor, quemazón o dolor tras ser derramada sobre el cuerpo, se debe considerar como quemadura química.

Reducción agudeza visual: el paciente refiere que no distingue bien los objetos.

Retención de orina: con la consiguiente incapacidad para orinar, provocando dolor y en casos avanzados agitación y desorientación.

Riesgo moderado de autolesión: se hará una valoración del comportamiento del paciente, así como de si hay o no antecedente de autolesión. Si no existiese y el paciente no manifestase ninguna intención, se hablaría de riesgo moderado.

Riesgo moderado de dañar a otros: se hará una valoración del comportamiento del paciente, así como de si hay o no antecedente de agresión.

Secreciones o vesículas generalizadas: secreción difusa o erupción vesicular que cubre más del 10% de la superficie corporal total.

Signos de deshidratación: lengua seca, aumento de pliegues cutáneos, oliguria, confusión.

Signos/síntomas neurológicos recientes: su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en miembros inferiores y/o miembros superiores así como relajación de esfínteres.

SO₂ <95% con aire ambiental.

Tensión arterial elevada: cuando el paciente nos refiera historia de hipertensión o tras nuestra toma tensional las cifras sean elevadas.

Traumatismo craneoencefálico: traumatismo directo sobre la cabeza.

NIVEL DE PRIORIDAD 4: ATENCIÓN NORMAL

DISCRIMINANTES DE URGENCIAS GENERALES

Dolor leve: puntuación menor de 4 en escalas de dolor.

Temperatura >37,5°C: cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

DISCRIMINANTES DE URGENCIAS ESPECÍFICOS

Herida contaminada: aquella herida que contiene material susceptible de infectarla.

Infección e inflamación local: son signos característicos la tumefacción, enrojecimiento y dolor de la zona afecta.

Lesión: daño corporal causado por un golpe, herida o enfermedad.

Respiración sibilante: es diferente a sibilancias, son de otra prioridad.

Tumefacción facial: puede ser localizada o difusa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigos JB, Vega García JL, Tomas Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borrás M. Model Andorra de Triatge: Bases conceptuales i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorra d'Atenció Sanitària; 2004. Información disponible en: <http://www.triajeset.com>.
2. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triaje (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004. Información disponible en: <http://www.triajeset.com>.
3. Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los Servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15:165-174.
4. Quintillá Martínez JM, Martínez Sánchez L, Benítez Gómez M, Segura Casanovas A, Gómez Jiménez J, Luaces Cubells C. Validation of 5 level pediatric triage escala. 4th European Congress on Emergency Medicine. 2006
5. Quintillá Martínez JM, Martínez Sánchez L, Benítez Gómez M, Puche Guillem, Luaces Cubells C. Triaje, version 1,1 2004. Hospital San Juan de Dios de Barcelona.
6. Australasian College for Emergency Medicine. Policy Document - The Australasian Triage Scale in Emergency Departments. November 2000. Información disponible en: <http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triajeguide.htm>.
7. van Veen M, Moll HA. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2009, 17:38 doi: 10.1186/1757-7241-17-38.
8. Maldonado T, Avner JR. Triage of the Pediatric Patient in the Emergency Department: Are We All in Agreement? *Pediatrics* 2004; 114; 356-360.
9. Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, van Meurs A, Roukema J, van der Lei J, A Moll H. Manchester triage system in pediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ* 2008; 337:a1501.
10. Sinclair D. Emergency department overcrowding – implications for paediatric emergency medicine. *Paediatr Child Health* 2007; 12(6):491-494.
11. Clancy M. Emergency Departments in Crisis: Opportunities for Research H SR: Health Services Research 42:1, Part I (February 2007).
12. J. Gómez Jiménez, Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias* 2006; 18:156-164

13. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008; 20: 48-53.
14. Hostetler MA, Mace S, Brown K, Finkler J, Hernandez D, Krug SE, et al. Subcommittee on Emergency Department Overcrowding and Children, Section of Paediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians. Emergency department overcrowding and children. *Pediatr Emerg Care*. 2007; 23:507-15.
15. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. 2010
16. McCaig LF, Burt CW. National Ambulatory Medical Care Survey. 2002. Emergency Department Summary. <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/ahed/adat.htm>
17. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding Causes, Effects and Solutions. *Ann. Emerg Med* 2008; 52: 126-136.
18. Gomez Jimenez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB, Borrás M. Implementation of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters be used as Emergency Department Quality Indicators? *Can J Emerg Med* 2003; 5 (5):315-22.
19. Lugo S, Pavlicich V, Pacientes no atendidos que abandonaron un servicio de urgencia. *Pediatría* 2011; 38(1) 17-21.
20. Benítez M, Martínez L, Quintilla JM, Segura A, Gómez Jiménez J, Luaces C. Estudio de concordancia del Sistema Español de Triage en pacientes pediátricos. XIII reunión anual de la SEUP. Murcia, 19 de abril de 2008.
21. Murray M, Bullard M, Grafstein E, for the CTAS and CEDIS National Working Groups. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 2004;6(6):421-7. Disponible en: http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=1B6127C0BB244841B35B42A787B62DCB&ext=.pdf&name=pg421.pdf
22. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. *J Emerg Nurs*. 2004 Feb;30(1):22-9
23. Canadian Triage & Acuity Scale (CTAS) y Paediatric CTAS (PaedCTAS): <http://www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32>.
24. Emergency Severity Index (ESI): <http://www.ahrq.gov/research/esi/>.
25. Modelo Andorrano de Triage (MAT) - Sistema Español de Triage (SET): <http://www.triajeset.com/acerca/index.html>.
26. Gómez Jiménez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB, Borrás M. Implementation of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters be used as Emergency Department Quality Indicators? *Can J Emerg Med* 2003; 5 (5): 315-22.

27. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los curatos de urgencias. Washington, D.C.: OPS, © 2011. 60 págs. ISBN 978-92-75-33165-1
28. SAECC. I Conferencia de Consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Estándares para la Recepción, Clasificación y Atención Sanitaria Inicial de pacientes en Urgencias. Documento Recomendaciones Definitivas. 2002.
29. SEEUE. Recomendación Científica 99/01/01. De las funciones y tareas propias de los Diplomados de Enfermería en la recepción, acogida y clasificación de los pacientes en el área de urgencias. SEEUE. 1999, Madrid.
30. SEEUE. Recomendación Científica 03/01/06. Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. SEEUE. 2003, Jaén.
31. Gómez Jiménez, J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias (SEMES) 2003; 15: 165-174.
32. Gestión y Recepción, Acogida y Clasificación (RAC.) M. García Irimia; A. Jaén de Cara; D. Daza Varea; M.C. Santana Hernández; J.L. García Abreu; D. Monzón Quintana. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Enfermurg.com.

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS**

**RECEPCIÓN
ACOGIDA Y
CLASIFICACIÓN
(RAC)**