

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Triage Hospitalario de Primer Contacto en los
Servicios de Urgencias Adultos para el
Segundo y Tercer nivel

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro ISSSTE-339-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel.

GPC

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Triage es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar.

El Triage es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias.

Contribuye a que la atención otorgada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño y las secuelas, y en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos los pacientes más urgentes sean tratados primero.

PROCESO DE ASIGNACIÓN DE PRIORIDAD

El proceso de asignación de la prioridad cuenta con las siguientes acciones que no deben consumir más de 5 minutos.

- ➔ Primero: Realizar evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación.
- ➔ Segundo: Motivo de la urgencia. Debe ser una anamnesis dirigida, específica que identifique de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta. Conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos en el primer contacto se asigna la prioridad del paciente.
- ➔ Tercero: Evaluar los signos vitales del paciente.
- ➔ Cuarto: Asignación del área de tratamiento dentro del servicio de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente.

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Se sugiere establecer en los servicios de urgencias un Triage de 3 niveles, para optimizar la atención del paciente.

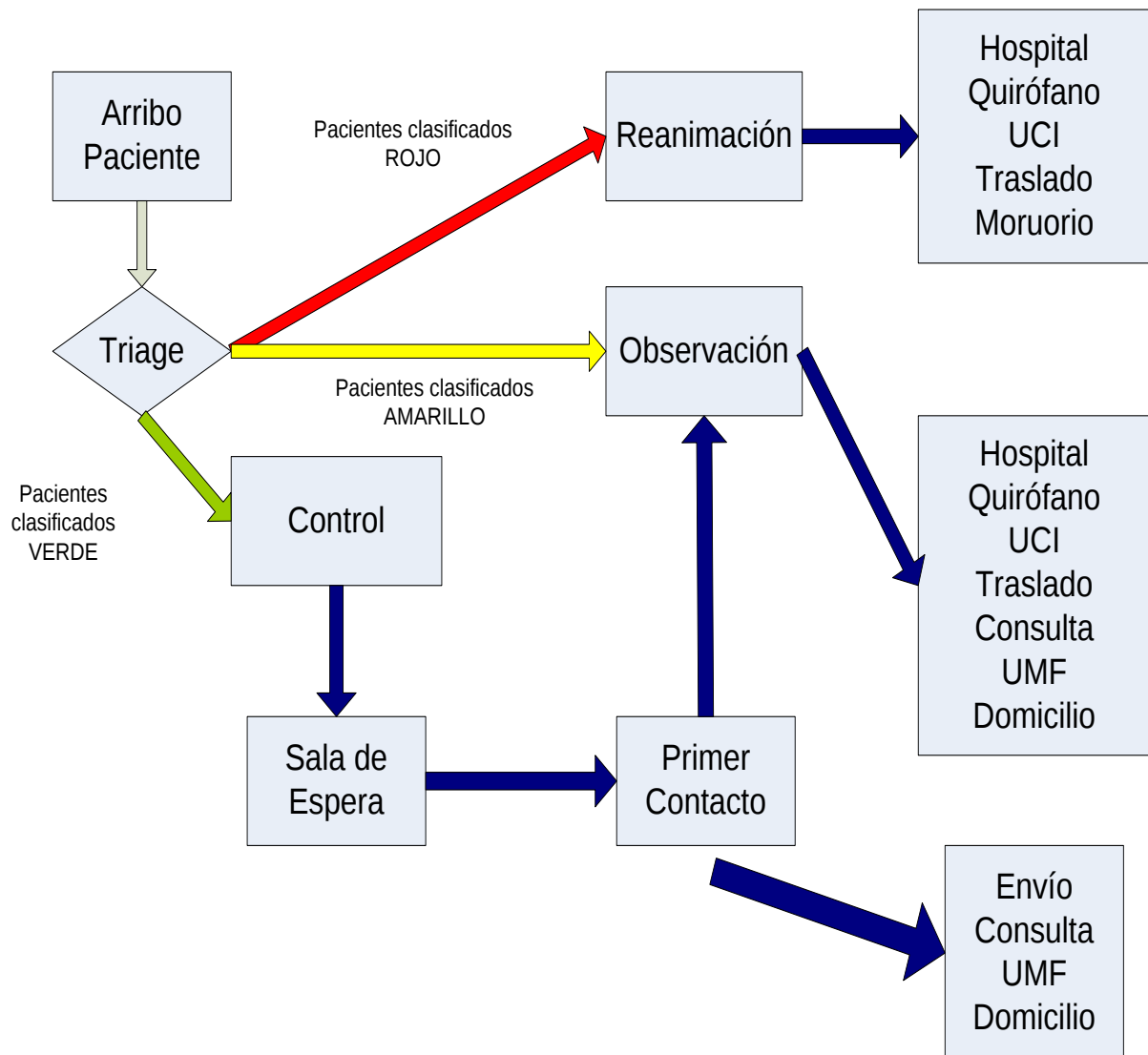
RESPONSABLE	ACTIVIDAD
Médico en el área de clasificación (Triage) del servicio de urgencias	1.- Recibe y saluda al paciente y/o familiar o persona legalmente responsable. 2.- Realiza el interrogatorio directo al paciente o indirecto al familiar o persona legalmente responsable y la inspección del habitus exterior del paciente para clasificar la urgencia y establecer el motivo de consulta.
Enfermera General o auxiliar de enfermería general	Saluda al paciente y realiza la toma de signos vitales (tensión arterial, temperatura corporal, frecuencia respiratoria y cardíaca).
Médico en el área de clasificación del servicio de Urgencias	1.- Clasifica al paciente de acuerdo a la prioridad con que requiere la atención médica, asigna un nivel y color: • Emergencia= rojo • Urgencia calificada = amarillo • Urgencia no calificada = verde
	Paciente clasificado en ROJO
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	Activa la alerta roja e ingresa en forma directa al paciente al área de reanimación
	Avisa al personal de admisión y/o trabajo social e inicial el procedimiento para el control de valores y ropa así como registro de pacientes que son atendidos en los Servicios de Urgencias y Hospitalización.
	Paciente clasificado en amarillo
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencia	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, sobre su estado de salud y el tiempo de probable espera para recibir su consulta o lo pasa al área de observación.
	Indica al familiar o persona legalmente responsable para proporcionar datos en admisión de urgencias para su registro.
	Paciente clasificado en verde
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencia	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, de su estado de salud y el tiempo de probable de espera para recibir su consulta.
	Fin del procedimiento

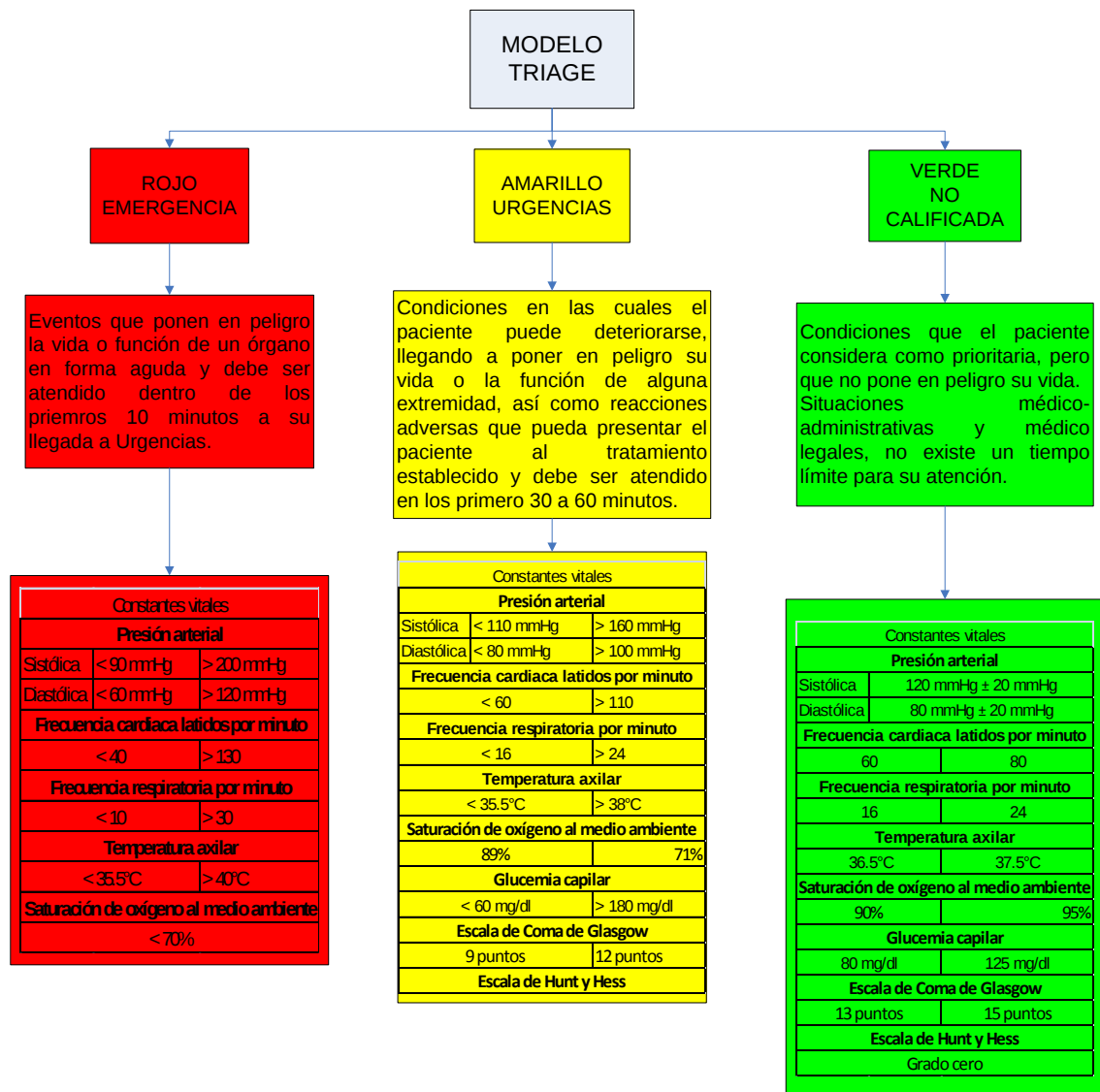
OBJETIVOS DEL TRIAGE

- Categorizar la atención del paciente en una urgencia calificada.
- Identificar los factores de riesgo para categorizar la urgencia calificada.
- Priorizar al paciente para asignar el área correspondiente para su atención: sala de reanimación, sala de observación o primer contacto (consultorios).

En la siguiente figura se muestra el proceso resumido.

PROCESO RESUMIDO DE TRIAGE.







Fuente: Modificado del modelo Triaje Canadiense, Andorrano, Australiano, Inglés y del IMSS.

❖ Todos los pacientes que soliciten atención médica por Traumatismo Craneoencefálico deben ser evaluados por un miembro entrenando el grupo médico dentro de los primeros 15 minutos de llegada al servicio de Urgencias.

❖ El Triaje permite la reducción de los tiempos de espera y la administración de analgesia en los pacientes que acuden presentando "dolor" al servicio de Urgencias.

❖ Es indispensable promover el concepto de urgencia médica y su significado en la población en general y en el personal de salud.

❖ El binomio enfermera- médico o la enfermera es el personal indicado para realizar el Triaje.

❖ El médico es la persona indicada para realizar el Triaje en los pacientes cardíopatas.

- ❖ Se recomienda analizar la forma en que se ha clasificado y atendido al paciente para desarrollar índices de calidad.
- ❖ La categorización del Triage debe modificarse dependiendo del estado de conciencia del paciente por medio del uso de escalas como la de Glasgow.
- ❖ El Triage se basa en la evaluación de signos vitales, condiciones de vida, intervenciones terapéuticas y evaluación **DINAMICA**.