



**CLÍNICA  
Alemana.**

## Protocolo

Documento ID: Protocolo de Triage –

# Protocolo de Triage

<b>Objetivo</b>	Asegurar la atención oportuna de pacientes que consultan a Urgencia en situación de riesgo vital o potencial riesgo vital, a través de su identificación mediante un sistema estandarizado o normado de clasificación. De acuerdo a lo anterior, asegurar el orden de atención en función del nivel de clasificación.
<b>Alcance</b>	Paciente adulto y pediátrico que consulta en los Servicios de Urgencia de Clínica Alemana.

<b>Fecha Elaboración</b>	25/05/2009
<b>Fecha Última Modificación</b>	07/01/2013
<b>Fecha Próxima Revisión</b>	07/01/2016
<b>Responsable del documento</b>	Médico Jefe Departamento Urgencia – Dr. Gustavo Hein
<b>Equipo Desarrollador</b>	E.U. Francisca Fenick/ E.U. Amada Lelva / E.U. Maritza Navea / Dra. Paula Santa Cruz / E.U. Verónica Seguel / Dr. Sergio Tejos/ E.U. Rodrigo Venegas

Revisor		Aprobador	
Nombre:	Fecha:	Nombre: Dr. Juan Hepp	Fecha:
Cargo:		Cargo: Médico Director	30/11/13
Nombre:	Fecha:	Nombre:	Fecha:
Cargo:		Cargo:	



## **Alemánâ.**

paciente y que a su vez determina los tiempos mínimos en los que el personal debería prestar la primera atención, para cada nivel.

### **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 2.1. Aplicar un sistema estandarizado para determinar la gravedad de los pacientes que consultan en el S.U.C.A.
- 2.2. Optimizar el uso de recursos físicos y de personal para la atención de los pacientes graves (de riesgo vital o potencial riesgo vital).
- 2.3. Contribuir a mantener expeditos los flujos de atención.
- 2.4. Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital o potencial riesgo vital.
- 2.5. Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de atención que necesita el paciente y los tiempos de espera probables cuando exista demora en la atención del Servicio de Urgencia.
- 2.6. Iniciar medidas de aislamiento según protocolos de Infección Intrahospitalaria cuando sea pertinente.

### **3. PROCEDIMIENTO**

#### **3.1. Recepción y acogida:**

La enfermera de Triage será el primer profesional de salud que contacte al paciente, identificándose y explicando el proceso al que va a ser sometido.

También explicará algunas normas básicas del Servicio de Urgencia, como: número de acompañantes por paciente, prohibición de ingerir alimentos dentro del Servicio, no permanecer en los pasillos y en caso de pacientes pediátricos, éstos deben permanecer con un adulto (familia o tutor) desde el inicio hasta el final de la atención.

#### **3.2. Valoración:**

La enfermera de Triage permanecerá en la recepción del Servicio de Urgencia y



utilizará el “*Rapid Visual Assessment*” y una breve entrevista, para identificar a pacientes en situación de riesgo vital o potencial riesgo vital.

En pacientes estables, para detectar condiciones que posiblemente constituyan una urgencia, buscará signos de potencial gravedad y antecedentes que pudiesen constituir riesgo.

1. **RAPID VISUAL ASSESMENT:** herramienta de apreciación visual permite detectar:

**Compromiso de Conciencia:** cuantitativo o cualitativo.

**Signos de Dificultad Respiratoria:** estridor, sibilancias, tiraje, aleteo nasal, retracciones, polipnea o hipoxemia (cianosis).

**Signos de Hipoperfusión:** palidez extrema, piel moteada, llene capilar disminuido.

**Signos de Dolor EVA > 3:** palidez, sudoración.

2. **Pesquisa de signos potenciales de gravedad:** polipnea, alteraciones del pulso como taquicardia, bradicardia, arritmias, pulsos débiles, piel fría, etc.
3. **Entrevista breve dirigida a síntomas y antecedentes relevantes:** motivo de consulta del paciente, control de signos vitales (CSV) si se requiere. Cuando sea pertinente se aplicaran cuestionarios protocolizados: Síndrome Coronario Agudo (Clave roja), Accidente Cerebro Vascular (Clave Azul), valoración del dolor (EVA), entre otros.

### **3.3. Clasificación:**

Se clasificarán a los pacientes en una de las siguientes 4 categorías:

**Riesgo Vital o potencial Riesgo Vital:** Pacientes que presentan condiciones que comprometen significativamente su funcionamiento fisiológico.

**Paciente Agudo Crítico:** presenta condiciones que comprometen



sufuncionamiento fisiológico y requieren medidas para revertir esta situación evitando que lleguen a constituir un potencial riesgo vital.

**Paciente Agudo NO Crítico:** presenta patología aguda sin mayor alteración de su funcionamiento fisiológico.

**Paciente NO Agudo** presenta estabilidad en su condición con patología no aguda.

Ante una situación difícil de clasificar, la enfermera siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor, consultando si es preciso con un médico.

### **3.3. Prioridad de atención:**

La Clasificación del paciente establece la prioridad de atención lo que determinará el tiempo de espera. Los colores asignados a cada nivel de gravedad siguen los estándares internacionales:

1. **Nivel 1o Rojo:** Paciente en riesgo vital o potencial riesgo vital.
2. **Nivel 2o Naranja:** Paciente agudo crítico.
3. **Nivel 3o Amarillo:** Paciente agudo NO crítico.
4. **Nivel 4o Verde:** Paciente NO agudo.

### **3.4. Registro de Triage:**

La enfermera de Triage asignará un color según su evaluación visual y breve entrevista al paciente.

El color asignado a cada paciente se registrará electrónicamente (punto de color) en el "visor de paciente" que corresponde a programa informático que permite asociar a los pacientes por área, cuantificar el tiempo en que consulta y tiempo en que se clasifica.

La prioridad de atención del paciente que permanece en espera, debe ser revaluada, ya que puede haber variaciones en su estado de gravedad que ameriten una nueva asignación de prioridad de atención.



### **3.5. Información:**

Se debe proporcionar información precisa y clara al paciente o sus familiares sobre el nivel de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar.

### **3.6. Tipo de Atención según nivel de gravedad:**

**ROJO Riesgo Vital o potencial Riesgo Vital:** será llevado rápidamente al Pabellón de Reanimación, alertando al resto del personal, se tomarán las primeras medidas para su estabilización siguiendo protocolos de atención de pacientes críticos.

**Personal mínimo requerido:** 1 médico, 2 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería.

**NARANJA Paciente Agudo Crítico:** se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al Pabellón de Reanimación o a un Box General.

**Personal mínimo requerido:** 1 médico, 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería.

**AMARILLO Paciente Agudo NO Crítico:** se derivará a un box general.

**VERDE o Paciente NO Agudo:** será atendido en la box general.

### **3.7. Criterios de resultado.**

- Se asegura la atención oportuna del paciente según gravedad.
- Se respetan los tiempos de espera de atención de los pacientes según gravedad.



### 3. Indicador de calidad

#### 3.1 CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CLASIFICACION DE PACIENTES

**Definición Indicador:** Evaluar el grado de cumplimiento del protocolo de clasificación de pacientes de urgencia

**Tipo de Indicador:** Proceso

**Dimensión:** Seguridad y competencia técnico profesional

**Fórmula:**  $\frac{\text{Total de pacientes de Urgencia clasificados según norma}}{\text{Total de pacientes de Urgencia observados en un período}} \times 100$

**Estándar:** 80 %

**Justificación:** Asegurar la atención oportuna según gravedad del paciente que consulta en Urgencia. Garantizar la seguridad en la atención de pacientes

**Definición de Términos:** Valoración clínica que clasifica a los pacientes según su grado de urgencia

**Criterios:** Establecidos en el Protocolo de Triage.

**Método de recolección de datos:** Pauta de Cotejo.

**Metodología para la obtención de datos:** simultánea

**Criterio para la selección de la muestra:** Tamaño muestral calculado en base a atenciones semestrales, randomizando los pacientes a evaluar.

**Frecuencia de evaluación:** Semestral

**Responsable:** Enfermera Jefe de Unidad

#### INSTRUMENTO DE EVALUACION

	ASPECTO EVALUADO	SI	NO
1	El paciente es clasificado según color		
2	El paciente se atendió en el tiempo requerido		
3	El paciente y/o familia conoce el sistema de clasificación		



**Alemana.**



### **3.2 CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPOS ESTABLECIDOS**

**Definición Indicador:** Evaluar el grado de cumplimiento de atención de pacientes dentro de los tiempos establecidos según el protocolo de clasificación de pacientes de Urgencia catalogados en Nivel 2 (Naranja) y 3 (Amarillo).

**Tipo de Indicador:** Proceso

**Dimensión:** Seguridad y competencia técnico profesional

**Fórmula:** 
$$\frac{\text{Total de pacientes Nivel 2 y 3 atendidos en tiempos definidos por Triage}}{\text{Total de pacientes de Urgencia Triage Nivel 2 y 3 atendidos en un período.}} \times 100$$

**Estándar:** 80 %

**Definición de Términos:** Tiempos de atención según valoración clínica al ingreso del paciente que consulta a Urgencia.

**Criterios:** Establecidos en el Protocolo de Triage.

**Justificación:** Asegurar la atención oportuna según gravedad del paciente que consulta en Urgencia.

**Método de recolección de datos:** Análisis de los datos de Registro de Triage en registros electrónico, a cargo de Gerencia de Estudios.

**Metodología para la obtención de datos:** Retrospectiva

**Criterio para la selección de la muestra:** Mensualmente, Gerencia de Estudios proporcionará el total de datos obtenidos en la categorización de pacientes en los niveles a analizar.

**Frecuencia de evaluación:** Mensual

**Responsable:** Delegado CARE

#### **4. Documentación de referencia**

1. Berdud Godoy I, Martín-Malo A, Jiménez Murillo L, Aljama García P. En: Medicina de Urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 2ª edición Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía. 2000. 453-460.
2. Manejo inicial del Trauma Pediátrico, Revisión Peruana de Pediatría Enero-Abril 2006 Dr. José Germán Jaramillo.
3. Revisión boletín pediátrico, volumen 46 N° 1 la Paz 2007.
4. Archivos Pediátricos de Urgencia 2001; 72(s):568-573 "Índice de categorización de víctimas por trauma en pediatría Dr. Luis Pérez Billi.
5. Metodología de evaluación pediátrica en los departamentos de Urgencias y emergencias Médicas. Yatson Jesús Sánchez Cabrera.



**ANEXO N° 1: TABLAS DE CLASIFICACION SEGUN GRAVEDAD SERVICIO DE URGENCIA GENERAL DE CLINICA ALEMANA (SUCA)**

<b>ATENCIÓN SEGÚN GRAVEDAD</b>	<b>TIEMPOS Y EQUIPO MEDICO REQUERIDO</b>
<b>Paciente con Riesgo Vital o Potencial Riesgo Vital</b> <b>Ingreso:</b> víaHelicóptero, ambulancia, camilla o silla de ruedas. <b>Box de destino:</b> Pabellón de Reanimación <b>Atención:</b> Monitorización inmediata	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Atención inmediata</li><li>✓ Médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería.</li></ul>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Paro Cardiorrespiratorio</li><li>2. Paro Respiratorio o apnea</li><li>3. Dificultad Respiratoria Severa: taquipnea, retracción, tiraje,aleteo nasal,estridor, sibilancias, quejido, (pudiera haber cianosis o palidez).</li><li>4. Inestabilidad Hemodinámica.</li><li>5. Shock, hipotensión, arritmias (palpitaciones, bradicardia), manifestaciones como compromiso de conciencia, palidez, sudoración, piel moteada.</li><li>6. Compromiso de Conciencia: Coma , sopor, Glasgow menor a 15, convulsión:</li><li>7. Dolor importante EVAmayor o igual a 8.</li><li>8. Trabajo de parto inminente</li><li>9. Anafilaxia: Reacciónalérgica con compromiso respiratorio o del estado general.</li><li>10. Convulsiones</li><li>11. Síndrome coronario agudo (clave roja): Infarto Agudo al miocardio o dolor torácico con sospecha de IAM en evolución, palidez, sudoración, antecedentes de riesgo.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>12. Sospecha de Accidente cerebro vascular(<b>clave azul</b>):alteración motora,del lenguaje, afasia, visual o de sensibilidad con o sin cefalea.</li><li>13. Heridas por arma de fuego o arma blanca.</li><li>14. Sangrado activo con inestabilidad hemodinámica.</li><li>15. Gran Quemado</li><li>16. Quemadura genital, de vía aérea o facial</li><li>17. Fracturas Expuestas o Luxaciones de articulación mayor</li><li>18. OVACE</li><li>19. Caída de altura o politraumatizado con TEC grave.</li></ol>



ATENCIÓN SEGÚN GRAVEDAD	TIEMPOS Y EQUIPO MEDICO REQUERIDO
<p><b>Paciente Agudo Crítico</b></p> <p><b>Ingreso:</b> vía camilla, silla de ruedas o por sus propios medios</p> <p><b>Box de destino:</b> Pabellón de Reanimación o box de atención</p> <p><b>Atención:</b> Control de ciclo vital inmediato por personal de Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tiempo de espera antes del ingreso a box: menor a 10 minutos</li> <li>✓ Médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería.</li> </ul>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificultad respiratoria moderada</li> <li>2. Crisis hipertensiva</li> <li>3. Dolor EVA entre 6-7</li> <li>4. Síndrome Febril: en recién nacidos y niños menores de 2 años o en adultos mayores de 80 años.</li> <li>5. Reacciones Alérgicas: generalizadas sin compromiso vía aérea</li> <li>6. Patología Obstétrica</li> <li>7. Gastroenteritis: Diarrea y/o vómitos con signos de deshidratación y compromiso del estado general.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ingesta de medicamentos sin compromiso respiratorio, hemodinámico o compromiso de conciencia.</li> <li>9. Evento psiquiátrico agudo.</li> <li>10. Agresión o abuso sexual</li> <li>11. Luxación huesos menores, fracturas cerradas.</li> <li>12. Sangrado activo sin riesgo de compromiso hemodinámico.</li> <li>13. Traumatismos de mediana a alta energía.</li> </ol>

ATENCIÓN SEGÚN GRAVEDAD	TIEMPOS Y EQUIPO MEDICO REQUERIDO
<p><b>Paciente Agudo No crítico</b></p> <p><b>Ingreso:</b>ingresa por sus propios medios</p> <p><b>Box de destino:</b> box de atención</p> <p><b>Atención:</b>Control de ciclo vital al ingreso a box, inmediato por personal de Enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Tiempo de espera antes del ingreso a box:</b> menor a 30 minutos</li> <li>✓ <b>Enfermeras, auxiliar de enfermería.</b></li> </ul>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificultad respiratoria leve.</li> <li>2. Cuadro Febril sin foco.</li> <li>3. Gastroenteritis.</li> <li>4. (Diarrea y/o vómitos) sin signos de deshidratación.</li> <li>5. Dolor EVA entre 3 a 5.</li> <li>6. Reacción alérgica localizada.</li> <li>7. Patología Ginecológica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Accidente de trabajo o trayecto sin riesgo vital o sangrado.</li> <li>9. Quemaduras antiguas.</li> <li>10. Heridas pequeñas no sangrantes, lesiones cutáneas, menores.</li> <li>11. Caídas de nivel o trauma de baja energía.</li> <li>12. Control médico según evolución: hasta 48 horas desde la primera consulta que persiste con sintomatología.</li> </ol>

ATENCIÓN SEGÚN GRAVEDAD	TIEMPOS Y EQUIPO MEDICO REQUERIDO
<p><b>Paciente No agudo</b></p> <p><b>Ingreso:</b>ingresa por sus propios medios</p> <p><b>Box de destino:</b> box de atención</p> <p><b>Atención:</b>Control de ciclo vital al ingreso a box, inmediato por personal de Enfermería.</p>	<p>✓ <b>Tiempo de espera antes del ingreso a box:</b> hasta 60 minutos</p> <p>✓ Auxiliar de enfermería.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alcoholemias</li> <li>2. Dolor EVA &lt; 3</li> <li>3. Constatación de lesiones en agresiones y accidentes menores.</li> <li>4. Vacunas</li> <li>5. Control médico programado:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pacientes en buenas condiciones generales, sin dolor.</li> <li>7. Control de Curaciones</li> <li>8. Controles de Traumatología</li> <li>9. Administración de tratamientos subcutáneo, intramuscular o endovenoso.</li> </ol>

## **ANEXO N° 2: TRIAGE EN URGENCIA ESCOLAR**

El concepto de categorización de los pacientes que consultan el Urgencia Escolar, permitirá establecer un orden lógico de atención basado en conceptos técnicos de parámetros objetivos que entregará una atención de acuerdo a las necesidades de urgencia de cada paciente en particular. El elegir un sistema que permita cuantificar la gravedad y por lo tanto el pronóstico esperado al ingreso de éste, nos permitirá mantener actualizado el registro de "Índice de gravedad del trauma pediátrico" (IGT), establecer pautas de manejo para las lesiones y como herramienta de gestión nos permitirá establecer la correlación de IGT, los recursos empleados en la atención y por ende favorecer la planificación y el desarrollo de futuras estructuras de la atención de Urgencia Escolar.

Debido al tipo de casuística y complejidad de las consultas de Urgencia Escolar, el Triage es realizado por Auxiliar de Enfermería entrenada/o, quien según motivo de consulta asigna puntuación según características asociadas a tal evento. (Tabla adjunta)

Según la sumatoria de los criterios relacionados a cada evento, se establecerá un puntaje total el que tendrá asociado un color. Los colores establecidos en esta categorización corresponden a los mismos colores definidos en el Triage de Urgencia General (Rojo, Naranja, Verde y Amarillo) y concordante con los tiempos de espera asignados a cada color.

El auxiliar clasificará al paciente realizando un registro manual.

Inmediatamente después dejará la ficha al lado del computador de cola de espera (al interior de Urgencia Escolar) para que cuando se llame al paciente, el funcionario a cargo tenga la información de la categorización realizada previamente.

**TRIAGE URGENCIA ESCOLAR**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_ TOTAL PTOS: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 CONSULTA POR: \_\_\_\_\_

	CRITERIOS	PUNTOS	X
CONTUSIÓN DE CRÁNEO	< De 2 años		
	Evento		
	Nauseas / Vómitos		
	Convulsión		
	Herida Sangrante		
	Dolor EVA > de 3		
HERIDAS	Sangrado activo con compromiso hemodinámico		
	Sangrado activo sin compromiso hemodinámico		
	Mayor de 3 centímetros		
	Menor de 3 centímetros		
	Compromete más de un plano		
	Dolor EVA > de 3		
QUEMADURAS	< 3 Años		
	< de 12 horas de evolución		
	Vía aérea		
	En rostro		
	En extremidades		
	En genitales / tronco		
	> al 3%		
	Dolor EVA > de 3		
FRACTURAS / ESGUINCES	Aumento de volumen		
	Deformidad evidente		
	Fractura de huesos largos		
	Herida asociada		
	Dolor EVA > de 3		
Picaduras de Insecto / Mordeduras Reacción alérgica	Sospecha araña de rincón		
	Edema facial		
	Dificultad respiratoria		
	Dificultad para hablar		