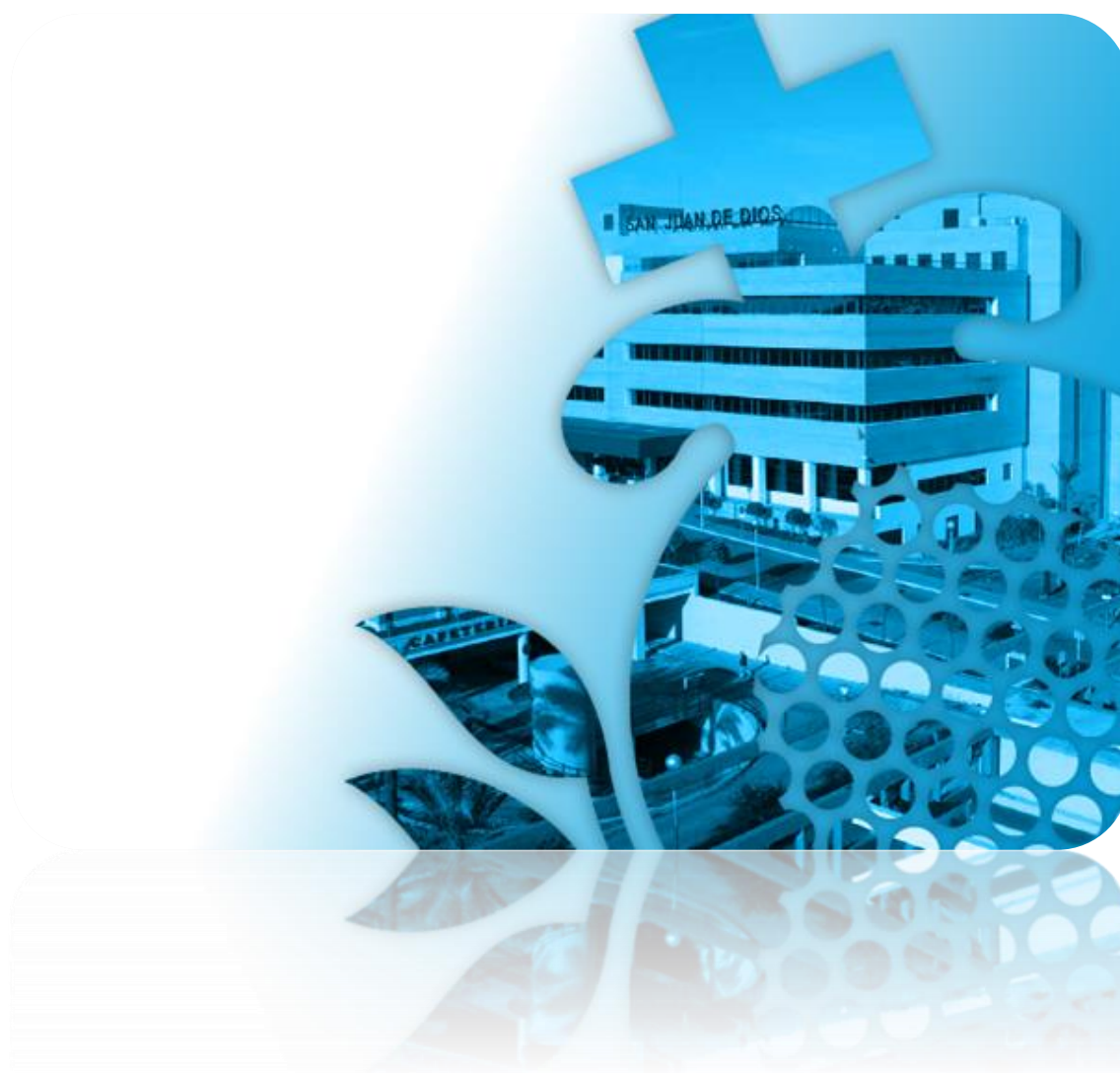


# Protocolo de Triage en el HSJDA

Fecha de edición:  
2004

Período de Vigencia:  
01/02/2025



REVISIÓN	FECHA	RESUMEN DE LA REVISIÓN
2015	NOVIEMBRE	
2018	MARZO	Inclusión del Protocolo de Petición de pruebas analíticas desde el triaje en Pacientes con Dolor Abdominal”
2022	NOVIEMBRE	Actualización constantes, referencia plan de cuidadoras, punto rojo de alergias, punto azul niveles 4-5
2023	FEBRERO	Punto azul niveles 3-3-5

Elaborado por: José Luis García Garmendia

Aprobado por: Dirección médica  
Dirección de enfermería

Fecha: 2004

Fecha: 2005

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
<b>José Luis García Garmendia</b> <i>Jefe de Servicio de SCCU</i>		
<b>M<sup>a</sup> Del Pilar Rodríguez Lara.</b> <i>Coordinadora de enfermería.</i>	<b>M<sup>a</sup> Del Pilar Rodríguez Lara.</b> <i>Coordinadora de enfermería.</i>	<b>M<sup>a</sup> Magdalena De Tovar.</b> <i>Directora de enfermería. HSJDA.</i>
<b>FECHA: 2004</b>	<b>FECHA: marzo 2018</b>	<b>FECHA: nov 2018</b>

## Contenido

AUTORES. ....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS. ....	4
PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO. ....	5
POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES .....	5
METODOLOGÍA.....	5
ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS .....	6
ALGORITMO DE ACTUACIÓN .....	
GLOSARIO / DEFINICIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA .....	47

## AUTORES.

RESPONSABLE/COORDINADOR: APELLIDO / NOMBRE	TITULACIÓN	PUESTO QUE DESEMPEÑA	E-MAIL
M <sup>a</sup> Magdalena de Tovar Fernández	DUE	Supervisora	Mariamagdalena.tovar@sjd.es

APELLIDOS/NOMBRE	TITULACIÓN	PUESTO QUE DESEMPEÑA
Pilar Rodríguez Lara	DUE	Coordinadora

## Revisiones

1. Febrero 2014: Referencias de distintos protocolos relacionados con el triaje
2. Abril 2015: Sustitución referencias a programa informático de Actix a TiCares.
3. Marzo 2016: Inclusión de Indicadores de Calidad
4. Marzo 2018: Inclusión Protocolo Petición Pruebas analíticas desde el Triage
5. Octubre 2022. Inclusión de constantes, actualización stock de triaje.
6. Febrero 2023. Inclusión niveles 3-4-5 punto azul.



## JUSTIFICACIÓN.

El constante aumento del número de consultas que se realizan en los servicios de urgencias hospitalarios, hace que sea imprescindible disponer de un sistema para clasificar pacientes que acuden a nuestros servicios en función de su posible gravedad para atender de forma prioritaria al que más lo necesita. A esta actividad se le ha venido llamando tradicionalmente Triage.

La palabra triaje proviene del término francés trier que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar” y de ahí que algunas organizaciones como la SEEU (Sociedad española de Enfermería de Urgencias) a la hora de utilizarse en un Servicio de Urgencias Hospitalarios prefieran hablar de “Recepción, acogida y clasificación” (RAC) aunque el término triaje es el más aceptado.

Se empezó realizando en los años sesenta en hospitales de USA y comenzó a implantarse en nuestro país a finales de los ochenta y principios de los noventa.

El método más utilizado es aquel en que la enfermera realiza el triaje sola o con el apoyo de un médico que habitualmente realiza consulta rápida. En nuestro hospital el triaje es asumido por una enfermera desde su puesta en marcha, que es la encargada del proceso de recepción y acogida, para su posterior clasificación en niveles de gravedad que determinarán la prioridad en la atención, así como adaptar las necesidades del paciente al medio hospitalario derivándolo a donde mejor convenga, atendiendo a diversas variables como: disponibilidad de recursos, medio físico, demanda de atención en el Servicio, etc.

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triaje que van desde los tres a los cinco niveles de clasificación (MTS- Manchester, ATS –Australia, CTAS –Canadá, etc). Desde la puesta en marcha de nuestro servicio, nuestro hospital se decantó por un sistema estructurado en cuatro niveles de prioridad.

Para que esta actividad sea efectiva y eficiente, debe aplicar unos sistemas de clasificación de pacientes validados y/o consensuados, pero además debe mantener y reforzar la relación interpersonal entre usuario y profesional sanitario

## OBJETIVOS.

### Objetivo general

Definir el modelo de triaje a utilizar en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

### Objetivos secundarios

1. Definir el circuito de primera atención y priorización del paciente en urgencias.
2. Establecer la dinámica de actuación para el adecuado funcionamiento del servicio de triaje.
3. Definir los cuidados básicos iniciales y solicitudes diagnósticas que podrán llevarse a cabo según la situación del enfermo.

4. Optimizar el uso de recursos físicos, materiales y humanos para la adecuada atención de los pacientes.
5. Identificar la información susceptible de proporcionar, que contribuya a disminuir la ansiedad de los pacientes y su acompañante, sobre el objetivo del Triage, el tiempo aproximado de espera y los circuitos a seguir.
6. Definir las características de calidad del servicio de triaje.

## **PROFESIONALES A LOS QUE VA DIRIGIDO.**

Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

## **POBLACIÓN DIANA / EXCEPCIONES**

### **REGULACIÓN LEGAL**

1. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, en los artículos 52, 53 y 54, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería que reconoce el triaje como una actividad propia de enfermería
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y c); artículo 7.1 y 2 a).

## METODOLOGÍA.

### Fases del protocolo.

#### RECEPCIÓN

Una vez el paciente llega al servicio de urgencias, el personal de admisión gestionará la apertura del episodio urgente en la Historia de Salud. Entretanto, el personal TCAE asignado a la recepción de pacientes valorará si cumple los criterios de asignación de sistemas de apoyo a la movilidad (Tabla I), asignándole un medio de apoyo si fuera preciso. En caso de duda preguntará al enfermero de triaje.

Características del paciente	Recurso asignado
Paciente inconsciente o con bajo nivel de consciencia	Camilla
Paciente consciente que no puede caminar o camina con dificultad	Silla de ruedas
Paciente que puede caminar	Sin medio de apoyo

Tabla I. Criterios de asignación de sistemas de apoyo a la movilidad.

A la llegada del paciente a admisión será recibido por un TCAE que tras preguntar el motivo de consulta, y siguiendo Procedimientos previamente establecidos, "[Procedimiento de recepción de pacientes derivados con trasporte medicalizado al servicio de urgencias](#)", "[Protocolo de actuación en el síndrome coronario agudo con elevación del ST](#)", "[Protocolo de actuación código ICTUS](#)" decidirá el paso de este por el circuito habitual o lo derivará a uno de los circuito alternativo (Tabal II).

Circuitos Habituales	Sala de Espera Adultos
	Sala de Espera Familiares / Adultos
	Sala de Espera Pediatría
Circuitos Alternativos	Emergencias
	Preferente

Tabla II. Circuitos de atención

## ACOGIDA DEL PACIENTE URGENTE.

Tras el paso por Admisión de Urgencias, y siempre que el paciente no cumpla con alguno de los criterios de inclusión para alguno de los circuitos alternativos anteriormente mencionados, el paciente pasará a la sala de espera donde quedará en orden para valoración en la consulta de Triage.

La acogida del paciente en urgencias persigue facilitar el tránsito del paciente por su proceso urgente, y que éste se realice con el mayor nivel de seguridad posible dentro del circuito establecido por el Proceso de Atención en Urgencias.

La Consulta de Triage constituye el primer contacto del paciente con el personal sanitario. Su objetivo fundamental es brindarle al paciente y a sus familiares una aproximación humana, cercana, integral y profesional a la demanda asistencial.

El proceso de acogida incluye:

- La identificación inequívoca del paciente
- La identificación del motivo de consulta
- La valoración del paciente y primera asistencia, si precisa
- La priorización del paciente por niveles de gravedad
- El registro de alergias.
- La identificación de grupos vulnerables.
- La solicitud de pruebas de apoyo al diagnóstico
- La evaluación de la necesidad de utilización de dispositivos de apoyo a la movilidad
- La distribución de pacientes por los distintos circuitos
- La coordinación multidisciplinar

La Consulta de Triage está ubicada en una consulta diferenciada del área de Urgencias, junto al área de admisión, y está dispuesta de modo que permita un fácil y rápido acceso de los pacientes a la misma.

La dotación de material y equipamiento necesaria para realizar las funciones propias de la priorización de los pacientes se especifican en el Anexo I, si bien, por desdoblamiento del triaje o por necesidades puntuales, podrá disponerse como consulta de Triage otras áreas asistenciales, aunque no cumplan por completo estas especificaciones.

La dotación de profesionales de la consulta de Triage estará compuesta por una enfermera en turnos de día y noche, apoyada por el personal auxiliar sanitario en turno de día de 10:00h a 22:00h. La enfermera asignada al triaje podrá simultanear su actividad con otras labores asistenciales, si bien la labor propia de la consulta de triaje será en todo momento la **prioritaria**.



## Perfil de enfermero de triaje

Al constituir el primer contacto del paciente y sus familiares con personal sanitario, y existir condiciones de presión externa e interna en dicho puesto, el enfermero de triaje debe reunir una serie de requisitos para llevar a cabo dicha actividad:

- Dinamismo
- Agilidad de ideas
- Capacidad para concretar, sintetizar y priorizar
- Trato afable y humanidad
- Disposición al trabajo en equipo
- Estabilidad emocional y facilidad de relación
- Experiencia en urgencias. Para poder desempeñar el puesto de la consulta de Triage la enfermera deberá tener antigüedad en el servicio mayor de 6 meses, salvo excepciones autorizadas expresamente por la supervisora del área o de guardia.
- Conocimiento del medio (Organización, personal y protocolos de actuación)

## Selección del paciente para el triaje

En el terminal informático de la Sala de Triage, aparecerá un listado de pacientes cuyo orden se seguirá para su llamada.

The screenshot displays the 'iCares - PAS' web application in Internet Explorer. The main menu on the left includes options like 'Gestión de Urgencias', 'Área de Urgencias', 'Triage', 'Zona de Consulta', 'Soluciones', 'Actividades Enfermería', 'Turnos Enfermería', 'Mapa de Camas', 'Localización de Médicos', 'Localización de Pacientes', 'Ocupar Consulta', 'Cerrar Consulta', 'Listado de dietas', and '\* Interconsultas \*'. The 'Triage' section is active, showing search criteria and a list of patients.

**Criterios de Búsqueda**

Primer Apellido: [ ] Segundo Apellido: [ ] Nombre: [ ] NHC: [ ] Estado: [ ]

Área / Centro / Servicio: [15-URG] Documento de Identificación: [AHAL/15/15-URG - URGENCIAS] Tipo de Episodio: [ ]

[Limpiar] [Buscar]

Etiqu.	NHC	Fecha de Ingreso	Espera	N.T.	Usuario	Edad	NIF	Teléfono	Tipo de Urgencia	Motivo de Ingreso	Estado	Localización
<input type="checkbox"/>	109671	26/11/2015 09:26	0H 3Min		A	70 Años	75308448P	954171095	URGENCIAS	ACCIDENTE CASUAL	ESPERA DE TRIAJE	

La presencia de alguno de los siguientes datos (recogidos por el auxiliar asignado a la puerta y comunicado al Enfermero de Triage) dará preferencia en el orden de la entrevista:

- Dolor intenso
- Dolor torácico
- Hemorragia activa
- Bajo nivel de conciencia
- Disnea
- Traslado medicalizado
- Luxaciones y fracturas evidentes
- Sospecha de maltrato
- Portador tarjeta "+ Cuidado"

En caso de que no funcione el sistema informático, el Auxiliar Sanitario se encargará de llevar la Hoja de Historia Clínica desde Admisión. ["Plan de Actuación ante Contingencias en los Sistemas de Información y Comunicaciones"](#).

La acogida deberá realizarse lo más precozmente posible. El periodo entre la llegada del paciente y la primera asistencia sanitaria no debe ser superior a los estándares establecidos para el sistema de triaje implantado en el centro. (**Anexo II**).

El desarrollo de la actuación en la consulta de Triage será como sigue:

#### 1º. Recepción e Identificación del paciente

- Se recepcionará al paciente, presentándose por el nombre y la categoría profesional.
- Se realizará una identificación activa del paciente ["Procedimiento de Identificación Inequívoca"](#).

#### 2º. Valoración

Entrevista:

Se consultará al paciente el motivo por el que acude a urgencias, valorando los siguientes ítems:

- ✓ Motivo de consulta. **¿Qué le ocurre? ¿Le había sucedido antes?**

La enfermera se centrará en el motivo que cuente el paciente o familiar. En caso de que aporte documentación sobre la consulta, interrogará igualmente al paciente o familiar y anotará el motivo.

- ✓ Duración del episodio: **¿Desde cuándo?**
- ✓ Presencia de otra sintomatología acompañante
- ✓ **Antecedentes relacionados** con el motivo de consulta (incluida medicación relevante y cumplimiento vacunal si está relacionado con el proceso)

En función del motivo de consulta, podrá ser necesario valorar algunos antecedentes o medicación que pueden influir en la clasificación. (p.ej.: dolor torácico + cardiopatía isquémica; hemorragia digestiva + anticoagulantes). [En el sistema informático se incluirán estos datos en el campo Comentario]

- ✓ **Alergias** a fármacos e intolerancias

De forma sucinta. [Aunque ya consten en el historial clínico informático, deberá preguntarse por las alergias y confirmarlo]

Área de Urgencias / Triage / Datos de Triage

Nº Reevaluaciones: 0 Fecha de Admisión: 26/11/2015 09:33

Motivo de Consulta: [Campo de texto] N.T. por defecto: [Campo de texto]

Médico Asignado: [Campo de texto] Operador: RODRÍGUEZ LARA, MARIA PILAR

Patología: [Campo de texto]

Destino: ESPERA PRIMERA CONSULTA Ubicación: ☒ En sala de espera SALA ESPERA URGENCIAS ADULTOS

Comentarios de Triage: [Campo de texto]

Formulario de Triage: Asignación de Médico, **Alergias**, Preguntas

Criterios de Búsqueda: Resultados por Página: 45 1 de 1 Nº de Resultados: 2

Grupo A: [Campo de texto] Detalle: [Campo de texto] Expr.: [Campo de texto] Fecha: [Campo de texto] Hora: [Campo de texto]

Medicamentos asociados: [Campo de texto]

Estado: [Campo de texto]

Expresión Clínica / Observaciones: [Campo de texto] ☐ Guardar como Antecedente

Aceptar Cancelar

Realizar Triage Retirar Limpiar Aceptar Cerrar

En caso de no tener registrado ninguna alergia, deberá cumplimentarse el apartado de alergias. Y en el caso **de no referir alergias**, debe quedar registrado, **“no manifiesta”**.

Además, el paciente que refiere alguna alergia, le pegamos un **punto rojo** en la pulsera identificativa del paciente.

- ✓ **Antecedentes obstétrico-ginecológicos** en caso de embarazo.

Exploración:

Se explorará al paciente en busca de signos de gravedad relacionados con el proceso por el que consulta, y que podrían modificar la prioridad en la atención (Tabla III).

EXPLORACIÓN	ITEMS A VALORAR
Aspecto general.	
Respiración.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Permeabilidad vía aérea</li><li>▪ Tipo de respiración</li><li>▪ Dificultad respiratoria</li></ul>
Circulación.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pulso</li><li>▪ Tensión arterial</li><li>▪ Frecuencia cardíaca</li></ul>
Neurológico.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nivel de conciencia</li><li>▪ Dolor</li></ul>
Piel y mucosas.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Color</li><li>▪ Temperatura</li><li>▪ Sudoración</li></ul>

Tabla III. Exploración en triaje.

### 3º. Registro del motivo de consulta

La aplicación informática en su hoja de triaje, dispone de un desplegable con los posibles motivos de consulta.

El enfermero de triaje una vez realizada la entrevista y exploración del paciente seleccionará en el programa uno de los motivos de consulta. En el caso que crea necesario ampliar la información, la recogerá en el campo de comentario.

El uso del sistema informático obligará a elegir uno de los motivos predefinidos, y solo si no hay ninguno apropiado, se asignará el 'Otros'. En el campo Comentario se aclarará lo que sea necesario.

Área de Urgencias / Triage / Datos de Triage

Nº Reevaluaciones: 0 Fecha de Admisión: 26/11/2015 09:43

Motivo de Consulta: [Desplegable] N.T. por defecto: [Desplegable]

Médico Asignado: [Desplegable] Operador: RODRÍGUEZ LARA, MARÍA PILAR

Patología: [Desplegable]

Destino: [Desplegable] Ubicación: [Desplegable] ☒ En sala de espera

Comentarios de Triage: [Campo de texto]

SALA ESPERA URGENCIAS ADULTOS

Formulario de Triage: Asignación de Médico | Alergias | Preguntas

ILT: [Desplegable] PC: [Campo de texto] ppm SatO2: [Campo de texto] % T\*: [Campo de texto] °C

GLUC: [Campo de texto] mg/dl GCS: [Campo de texto] TAS: [Campo de texto] mmHg TAD: [Campo de texto] mmHg

FR: [Campo de texto] rpm EVA: [Campo de texto] I.Frag: [Campo de texto] A

Avisos: [Desplegable] Comentarios del aviso: [Campo de texto]

+ Añadir - Eliminar

Aviso: [Campo de texto] Comentarios: [Campo de texto]

Realizar Triage Retriage Limpiar Aceptar Cerrar

### 4º. Toma de Constantes.

La necesidad de tomar constantes irá de acuerdo, en cada caso, con el motivo de consulta, estado general del paciente, realizándose la determinación de aquellas constantes vitales que aporten información relevante para su posterior clasificación.

Es de suma importancia su registro puesto que aporta información del estado clínico del paciente.

Una vez asignado el motivo de consulta, en la pantalla de triaje os aparecen sombreada las constantes recomendables a tomar. **Constantes (Anexo III).**

## 5º. Priorización del paciente

La priorización constituye el pilar fundamental de la acogida del paciente en Urgencias. Para llevar a cabo la determinación del nivel de gravedad del paciente, el centro ha asumido el sistema de triaje desarrollado en este protocolo. Dicho sistema prioriza las asistencias en los siguientes niveles de gravedad potencial:

- Nivel I (Resucitación, Emergencias). Riesgo vital inmediato que requiere de intervención inmediata. Tiempo de atención inmediato.
- Nivel II (Muy urgente). Situaciones de emergencias con riesgo vital, depende del tiempo. Tiempo de atención menos de 15 minutos.
- Nivel III (Urgencia). Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que requieren de múltiples exploraciones en pacientes con estabilidad física (signos y constantes vitales normales). Tiempo de atención menos de 45 minutos
- Nivel IV (Menos urgente). Situaciones poco urgentes, potencialmente serias y complejas. Tiempo de atención menos de 120 minutos.
- Nivel V (situaciones no urgentes). Tiempos de atención menos de 240 minutos.

El nivel de triaje es un campo obligatorio a recoger en la hoja de triaje de la aplicación informática.

The screenshot shows the 'Formulario de Triage' interface. At the top, there are fields for 'Médico Asignado' (Rodríguez Lara, María Pilar), 'Patología', 'Destino' (ESPERA PRIMERA CONSULTA), 'Ubicación' (SALA ESPERA URGENCIAS ADULTOS), and 'En sala de espera' (checked). Below this is a 'Formulario de Triage' section with tabs for 'Asignación de Médico', 'Alergias', and 'Preguntas'. The 'Asignación de Médico' tab is active, showing a dropdown menu for 'Nivel de Triage' (highlighted with a red circle) and fields for vital signs: FC, GLUC, FR, SatO2, TAS, I.Frag, Tª, TAD, and GCS. Below the vital signs is a 'Comentarios del aviso' field. At the bottom, there are buttons for 'Realizar Triage', 'Retriage', 'Limpiar', 'Aceptar', and 'Cerrar'. The status bar at the bottom indicates 'Entorno: Producción' and the date '26/11/2015'.

Sólo podrá realizarse una priorización NO ASISTIDA por dicha aplicación en caso de incidencia del sistema informático, previa información a la supervisión de referencia en el momento (Coordinación de Urgencias o de guardia). [“Plan de Actuación ante Contingencias en los Sistemas de Información y Comunicaciones”](#)

El enfermero del triaje, tras el registro del motivo de consulta por el que acude el paciente, la toma de las constantes oportunas y la cumplimentación de las preguntas asociadas a ese motivo de consulta le recomendará un nivel de triaje, pero es el enfermero el responsable final de modificar o dejar ese nivel de triaje. **Nivel de prioridad (Anexo IV).**

En aquellos pacientes a los que se le asigne una prioridad 3-4- 5, colocamos un **punto azul** en la pegatina de pacientes. Es la forma de identificarlos si tuviéramos que activar la sala de espera de familiares para niveles 3-4-5.

Cuando hablamos del triaje en pediatría, tenemos que hacer mención a una serie de consideraciones especiales en el caso de los RN y lactantes menores de 3 meses. **(Anexo V)**

#### 6º. Realización de Primera asistencia.

La enfermera de la consulta de Triage valorará la necesidad de llevar a cabo una primera asistencia en las situaciones en las que ésta no pueda o no deba demorarse. Estas situaciones son:

##### Situación de emergencia.

Los pacientes priorizados como nivel I con riesgo vital inmediato pasarán directamente a la sala de Emergencias y se avisará al equipo responsable mediante el timbre dispuesto al efecto. Si fuera necesario, la enfermera de la consulta de acogida iniciará la asistencia hasta la llegada del médico y enfermero responsables.

##### Realización de técnicas básicas que permitan la estabilización del paciente o impedir el agravamiento de la lesión.

En ocasiones se hace precisa la realización de alguna técnica sencilla que estabilice o impida la evolución de la lesión que presenta el paciente. Si se prevé que estas intervenciones se van a demorar, la enfermera de la Consulta de Triage contactará con la enfermera asignada a la Consulta de Enfermería para que continúe con la intervención. En este sentido, las técnicas que podrán realizarse en la consulta de Acogida serán:

- Vendajes e inmovilizaciones provisionales, para estabilizar miembros o proteger lesiones del contacto con el medio.
- Lavados oculares cuya demora pudiera agravar la lesión.
- Hemostasia de puntos sangrantes por compresión y/o realización vendajes compresivos.

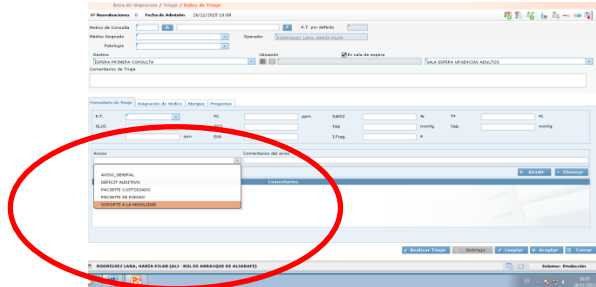
#### 7º. Petición/realización de pruebas complementarias

El enfermero de triaje, en determinadas ocasiones y siempre siguiendo estrictos protocolos asistenciales, podrá solicitar pruebas que agilicen la atención de los pacientes. [“Protocolo Solicitud de Rx simple desde el triaje”](#), [“Protocolo Solicitud de pruebas de laboratorio desde el triaje”](#), [“Protocolo de Petición de pruebas analíticas desde el triaje en Pacientes con Dolor Abdominal”](#)



## 8º. Evaluación de la necesidad de sistemas de apoyo a la movilidad (camilla o silla de ruedas).

La enfermera de la consulta de Triage valorará la necesidad de usar sistemas de apoyo a la movilidad durante la estancia inicial del paciente en el centro (sillas de ruedas o camillas), dejando registrada su decisión en el campo de avisos., soporte a la movilidad.



## 9º. Asignación del paciente al circuito de urgencias más propicio.

Una vez determinado el nivel de prioridad, se valorará si el paciente cumple alguno de los criterios de inclusión de los circuitos de atención diferenciada definidos para la Enfermería de Prácticas Avanzadas (**Anexo VI**). Si así fuera, se asignará la atención del paciente al circuito más adecuado para su situación, y aplicará las intervenciones necesarias en la propia consulta de Triage cuando así fuese necesario.

## 10º. Asignación del episodio a una consulta médica

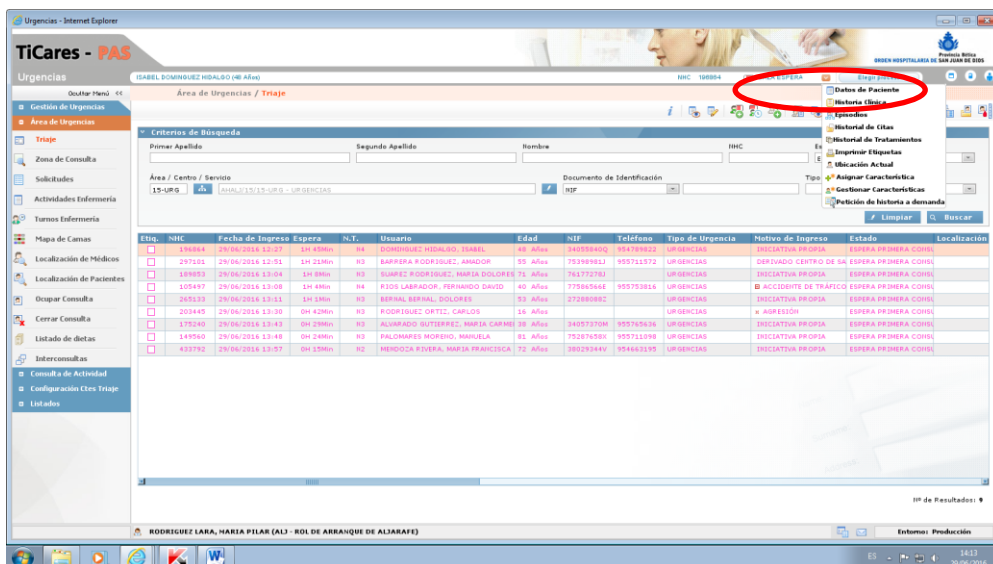
Una vez determinado el motivo de la consulta y su nivel de gravedad estimado, el programa informático realiza una asignación de cada episodio al recurso disponible.

Esta asignación la realizará automáticamente en función de la demanda y del número de médicos disponibles y mediante algoritmos flexibles.

La asignación garantizará de forma general que el número de pacientes en cada consulta sea equilibrado en relación a prioridades y número total de pacientes atendidos.

## 11º. Asignación de Características

La enfermera de triaje es la primera persona en detectar si el paciente presenta alguna característica como la de: Frágil, Institucionalizado, Comparte, Más cuidados entre otras "[Plan de Cuidadoras](#)"



## 12º. Identificación de paciente de riesgo ( Ver Protocolo )

## 13º. Información del proceso y TIEMPOS DE TRIAGE

La enfermera del triaje es el primer contacto con personal sanitario que encuentra el usuario.

Priorizado el paciente, y asignado a una consulta y un profesional para su asistencia, será tarea de dicha enfermera el informarlo desde el principio sobre:

- Salas de espera donde debe permanecer el paciente y su familiar hasta el momento de la asistencia (**Anexo VII**).
- La/s prueba/s complementaria/s que se le realizarán, así como tiempos de demora probables en cada una de ellas, si se considera oportuno.
- Funcionamiento del servicio y del circuito que probablemente seguirá en función de su patología y de las pruebas que se le soliciten.
- Tiempos aproximados de demora en función de la gravedad de su proceso y de la de los demás pacientes.
- Otra información que el paciente demande en relación con su asistencia. *Carta de derecho y deberes de los usuarios*

Con esto el profesional facilitará una aproximación más humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto, facilitando estabilidad y confort y prestando ayuda emocional y psicológica, predisponiendo así al usuario hacia una actitud terapéutica positiva.

**"Protocolo de circuito de información a pacientes y familiares del SCCU"**

## TIEMPOS DE TRIAGE

El paciente más vulnerable de un servicio de urgencias es aquél que aún no ha sido valorado por personal sanitario, por lo que la valoración inicial de todo paciente que llega a urgencias se constituye como una **prioridad absoluta** del servicio.

Para acortar estos tiempos de espera admisión-triage la Acogida debe realizarse lo más ágilmente posible, marcándose el estándar en **10 minutos**.

En determinadas situaciones es posible que el número de pacientes pendientes de ser atendidos en la Consulta de Triage impida cumplir estos tiempos de media, por lo que se hace **necesario** desdoblar la Consulta de Triage, activando la Consulta de **Triage Alternativo. (AnexoVIII)**

En base a la realidad de nuestro centro (media de duración de la ejecución del triage) se desdoblará la consulta de Acogida siempre que el número de pacientes pendientes de ser triados sea de seis o más.

En ese momento la enfermera de Triage contactará con la segunda enfermera asignada a dicha consulta (DUE Yesos) y la desdoblará en el espacio más óptimo disponible, preferentemente en la **consulta 5**.

## REEVALUACIÓN PERIÓDICA DEL PACIENTE.

Está indicado realizar una **reevaluación** del paciente, con el fin de adecuar el nivel de prioridad que tenga asignado a su situación real cuando se haya observado un cambio importante en la situación de salud de partida del paciente y aún no haya sido atendido por el médico responsable de su asistencia.

La responsable de realizar la reevaluación será la enfermera asignada a la consulta de triaje. Cada reevaluación requerirá la realización de un **retriage** en el caso de ser un paciente que todavía no ha sido visto por su médico.

The screenshot displays the 'Área de Urgencias / Triage / Datos de Triage' window. It includes fields for 'Nº Reevaluaciones' (0), 'Fecha de Admisión' (26/11/2015 10:23), 'Motivo de Consulta' (Reconocimiento), 'Médico Asignado' (MARÍA MARÍA), 'Patología' (MEDICINA), and 'Destino' (ESPERA PRIMERA CONSULTA). A 'Reevaluación Nivel de Triage: RAQUEL FRUTOS DE RAMÍREZ' dialog box is open, showing 'Nivel de Triage Actual: IIS' and a table for 'Reevaluaciones del Nivel de Triage'. The table has columns: 'Fecha Reevaluación', 'N.T.', 'Motivo de Reevaluación', 'Destino del paciente', and 'Operador'. Below the table, there are fields for 'Destino' (ESPERA PRIMERA CONSULTA), 'En sala de espera' (checked), 'SALA ESPERA URGENCIAS ADULTOS', 'Nivel de Triage', 'Operador' (RODRÍGUEZ LARA, MARÍA), 'Fecha Reevaluación' (26/11/2015), and 'Hora' (10:30). There are 'Guardar' and 'Cancelar' buttons. At the bottom, there are buttons for 'Realizar Triage', 'Retriage', 'Limpiar', 'Aceptar', and 'Cerrar'. The status bar shows 'RODRÍGUEZ LARA, MARÍA PILAR (ALJ - ROL DE ARRANQUE DE ALJARAFE)' and 'Entorno: Producción'.

Para ello debemos de seleccionar retriage y cumplimentar el nuevo nivel de triaje y describir en motivo de reevaluación con los datos de la nueva valoración del paciente junto con la decisión adoptada. Para ello se deben tomar y registrar de nuevo las constantes.

En el caso de que el paciente le cambie su situación clínica durante la espera, y ya haya sido visto en primera consulta, el auxiliar de Sala de Espera, comunicará al enfermero del Triage para que valore al paciente y dejará constancia en la historia clínica (evolución).

Y lo comunicará al médico responsable mediante una llamada telefónica.

## Consideraciones generales.

La labor de asignación de niveles de triaje está fuertemente condicionada por la habilidad y experiencia del personal que lo realiza. Dado no obstante el elevado margen de error en el que es necesario moverse con valoraciones tan escuetas, el enfermero de triaje debe valorar este protocolo como una guía de actuación, mas no como un esquema rígido de trabajo. Proponemos una serie de recomendaciones genéricas sobre la realización de la entrevista:

- a) Valorar el síntoma principal que motiva la consulta
- b) En caso de existir varios síntomas, utilizar como guía para asignación el de mayor gravedad.
- c) Cuando el paciente aporte documentación médica de derivación, insistir en el síntoma que ha motivado la consulta, y no el que ha motivado la derivación.
- d) No buscar diagnósticos
- e) No detenerse en el interrogatorio ante signos de gravedad evidente
- f) Valorar sólo antecedentes básicos, que estén relacionados con el motivo de consulta.
- g) No comentar ante el paciente la valoración sobre la pertinencia o gravedad del motivo de consulta.

## Formularios.

En caso de caída del sistema informático.

- Hoja de Triage de Enfermería. (Anexo IX) [“Plan de Actuación ante Contingencia de Sistemas de Información y Comunicaciones”](#)

## Procedimiento de revisión.

A los efectos de evaluación y actualización o modificación en su caso, el presente Procedimiento deberá ser revisado cada cuatro años, y cada vez que surja la necesidad.

## Responsabilidad

Será responsabilidad de la Coordinación del SCCU, la evaluación del cumplimiento del este protocolo y del personal de enfermería la aplicación correcta de él.

## Difusión

1. Existirá una copia accesible en la consulta de triaje.
2. Se podrá acceder a él a través de la intranet en guías y procedimientos.

## Bibliografía

3. Candela MD et al. Recepción, Acogida y clasificación de pacientes en urgencias RAC® & TRIAGE. Excelecia enferm [revista en Internet] 2006 enero. [acceso 07 de octubre de 2006]; (13). Disponible en: <http://www.ee.isics.es>
4. W. Soler, M.Gomez, E. Bragulat, A. Alvarez. El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010, vol. 33, Suplemento I.
5. Murray et al; pour les Groupes de travail nationaux sur l'ÉTG et le SIDUC. Révision de L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence: Guide d'implantation. Can J Emerg Med 2005;7(1):28-35.
6. SEEUE. Recomendación Científica 99/01/01, revisada y adaptada a 15 de noviembre de 2004. Recepción, acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Madrid: SEEUE; 1999. Madrid.
7. Díaz JF. La enfermera de recepción, acogida y clasificación. Enferm Global [revista en Internet] 2005 may. [acceso 06 de octubre de 2006]; 1(6). Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/6/06b01.html>
8. Murray et al; 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.
9. Martínez S. Procedimiento de triage en la urgencia hospitalaria. Metas de Enferm oct 2003;VI(59):57-60.
10. Parrilla FM et al. Triage en urgencias: facultativo versus enfermería. Emergencias 2003;15:148-51.
11. Álvarez C, Macías J. Triage: generalidades. Emerg y Catástrofes 2001;2(3):125-33.
12. Aranguren E et al. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias de un hospital terciario. Anales Sis San Navarra may-aug 2005;28(2):177- 88.
13. Cámara S. RAC: Recepción, Acogida y Clasificación de Enfermería. Evolución y Adaptación de Equipos de Emergencias sanitarias. Excelencia enferm [revista en Internet] 2004 sept. [acceso 06 de octubre de 2006]; (1). Disponible en: <http://www.ee.isics.es>
14. Cabello JF, Ruiz C. Clasificación de pacientes en urgencias. Un instrumento para el control y la reflexión. Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico 2005;5(1):10-13.

15. Travers DA et al. Five-level triage system more effective than threelevel in tertiary emergency department. *Journal of emerg nurs* oct 2002;28(5):395-400.
16. Gómez J. Modelo andorrano de triage [presentación pps] Andorra la Vella; 2003.
17. Musarra MJ. El Triage de Enfermería de urgencias: presente y futuro. Experiencias internacionales. *Salud y Cuidados* [En línea]. Nº 4 (2003). [Consulta: 06 octubre 2006]. Disponible en: <http://www.saludycuidados.net/numero4/musarra.htm>
18. Liñares N. Triage. Caracas: Hospital de Clínicas; 2005.
19. Eguía A. Atención de enfermería en el área de clasificación o triage. Caracas: Hospital de Clínicas; 2005.
20. Morera R, Navarro R. La enfermera RAC: una apuesta de futuro.
21. Ramiro E et al. Monitorización del tiempo de espera previo al triage en un servicio de urgencias hospitalario.
22. Gómez J et al. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web\_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006;18:207-214.
23. Vila C. El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enferm Clínica* 2002;12:86-7.
24. Álvarez MC. El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enferm Clínica* 2001;11:230-6.
25. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
26. 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.
27. Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triatge: Bases conceptuais i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004.
28. Gómez Jiménez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB, Borràs 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.



## ANEXO I. RECURSOS MATERIALES DE LA CONSULTA DE TRIAJE.

La Consulta de Triage estará dotada del material y equipamiento necesario para realizar en ella las funciones propias del triaje. Ha de disponer de un equipamiento de exploración básico y de un sistema de comunicación eficaz. Se dispondrá de todos los documentos necesarios, así como medidas de seguridad y material de autoprotección y precauciones universales.

Material:

- Tensiómetro
- Termómetro
- Glucómetro
- Fonendoscopio
- Pulsioxímetro

ARMARIO			
		Máximo	Mínimos
Collarín XL,L,M,S	Armario 1º Balda	2 de cada	1 de cada
Vendas Crepé	Armario 2º Balda	4	1
Caja de lancetas	Armario 2º Balda	1	1
Cabestrillos	Armario 2º Balda	4	1
Esparadrapo papel	Armario 2º Balda	2	1
Vasos	Armario 3º Balda	1 tira	1 vaso
Suero de lavado 500 ml	Armario 3º Balda	2	1
Suero de lavado 250ml	Armario 3º Balda	2	1
Guantes G,M,P	Armario 4º Balda	1 cada	1 cada
Bolsas negras	Armario 4º Balda	1	1
Sábanas	Armario 4º Balda	5	1
Férulas metálicas pequeñas y grandes	Parte superior armario	5 y 5	1

CARRO AUXILIAR			
		Máximo	Mínimos
Guantes G,M,P	1º Balda	1 Caja (cada)	1 cada
Suero de lavado	1º Balda	1	1
Cloherxidina acuosa	1º Balda	1	1
Agua oxigenada	1º Balda	1	1
Crema de manos	1º Balda	1	1
Gasas est / Compresas est	2º Balda	Cajetín	1
Vendas Crepé	2º Balda	4	1
Venda de algodón	2º Balda	1 de cada	1
Vendas de hilo	2º Balda	3,3	1,1,1



Artículo			
		Máximo	Mínimos
Enfermerito azul	Soporte	1	1
Manguito de Obeso	Soporte	1	1
Esfigmomanómetro Pared	Pared	1	1
Peso	Pared	1	1
Regulador O2	Pared	1	1
Sistema de aspiración	Pared	1	1
Sonda de aspiración nº 14 y 16	Pared	2 y 2	1,1
Camilla	Pared	1	1
Carro	Pared	1	1
Balas de oxígeno	soporte	20	1
Bala de Oxígeno	Soporte para traslado	1	1
Cascos		2	1
Dispensador de agua	Pared	1	1

MESA AUXILIAR			
		Máximo	Mínimos
Contenedor de Biorriesgo de 1, 5 l	Mesa	1	1
Esterilium	Mesa	1	1
Gasas y compresas no estériles	Mesa	cajetín	1
Glucómetro	Mesa	1	
Tiras de glucemia	Mesa	1	1
Lancetas	Mesa	1 caja	1
Esparadrapo Papel	Mesa	1	1
Bolsas Negras	Mesa	1	1
Pulsioxímetro portatil	Mesa	1	1
Termómetro	Mesa	1	1
Puntos rojos	Mesa	40	1
Puntos azules	Mesa	40	1
Tarjetas + cuidado	1º cajón	5	1
Tarjetas pacientes de riesgo	1º cajón	5	1
Coagucheck	1º cajón	1	1
Documentos historia clínica papel (caída sis	1º cajón	1	1
Registro + Cuidado	1º cajón	1	1
Registro Balas de oxígeno	1º cajón	1	1
Pictograma habla no castellano	1º cajón	1	1
Listado documentación	1º cajón	1	1
Escala Visual Analógica	1º cajón	1	1
Guedel N° 3, 4, 5 y 6	1º cajón	1 de cada	1
Gafas de O2	2º cajón	5	1
Ventimax	2º cajón	5	1
Reservorio	2º cajón	5	1
Botes de orina	3º cajón	10	1
Códigos identificación muestras analíticas	3º cajón	30	1
Bolsas Plástico naranjas	3º cajón	30	1

BAÑO			
		Máximo	Mínimos
Arcón AMV	Baño	1	1
Arcón COVID	Baño	1	1

## ANEXO II. ESTANDARES ESTABLECIDOS PARA EL SISTEMA DE TRIAJE.

La disponibilidad de un sistema de triaje informatizado facilita la monitorización y la evaluación de esta actividad; permitiéndonos, en todo momento, comprobar si se están manteniendo los estándares de calidad establecidos.

Para su seguimiento se establecen una serie de indicadores cuyo cumplimiento nos garantizan una adecuada evaluación del riesgo y una atención personalizada en función de las necesidades individuales y con los mejores recursos de los que se dispone.

### Índice de pacientes sin ser triado

Es un indicador de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido lo fijamos en  $\leq 4\%$  del total de pacientes que acuden a urgencias.

### Índice de pacientes perdidos sin ser triados

Al igual que el anterior se trata de un indicador de satisfacción, riesgo y adecuación. Este índice es el porcentaje de pacientes que deciden dejar el Servicio de Urgencias después de su llegada y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes que acuden a urgencias o son registrados.

El estándar establecido lo fijamos en  $\leq 2\%$  del total de pacientes que acuden a urgencias.

### Índice de pacientes perdidos sin ser visto por el médico.

Al igual que el anterior se trata de un indicador de satisfacción, riesgo y adecuación. Este índice es el porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el Servicio de Urgencias antes de ser vistos por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

### Índice de espera de clasificación TECLA

Es el porcentaje de pacientes con un tiempo desde el cierre de admisión hasta el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de clasificación)  $< 5$  minutos. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 60 minutos.

- $\leq 10$  minutos. En este caso el estándar lo fijamos en  $>95\%$

### Índice de tiempo que dura la realización del triaje TICLA

Es el porcentaje de pacientes con un tiempo desde el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de clasificación) hasta el cierre del mismo. Se excluyen para su cálculo los tiempos superiores a 30 minutos.

El estándar se fija en  $\leq 5$  minutos en más del 95% de los pacientes clasificados.

### Tiempo de espera de primera consulta facultativa TEPCOF por prioridad

Es el tiempo promedio, para un periodo dado, que transcurre desde el cierre de la clasificación hasta la primera anotación médica en la historia, que puede ser referente a la anamnesis o a la exploración.

TIEMPOS DE ESPERA MÁXIMOS POR PRIORIDAD Y ESTÁNDAR		
TECOPF P2	15 MINUTOS	90%
TECOPF P3	60 MINUTOS	85%
TECOPF P4	100 MINUTOS	80%
TECOPF P5	120 MINUTOS	80%

Estos indicadores serán evaluados cada 6 meses, elaborando un informe anual con los resultados.

El cumplimiento de los indicadores antes mencionados garantiza el buen funcionamiento de nuestro sistema de triaje y la seguridad de los pacientes que atendemos.

### CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO

Cuando hablamos de la calidad percibida nos referimos a la opinión manifestada por los usuarios sobre aquellas características que consideran relevantes para catalogar el servicio que ofrecemos con mayor o menor grado de calidad, estando estrechamente relacionado con el grado de satisfacción obtenida.

El HSJDA pasa de forma bianual una encuesta de satisfacción a los usuarios de nuestro servicio, la cual contiene preguntas relacionadas con la atención en el triaje. **“Encuesta de Satisfacción con la atención recibida en el SCCU”**

### ANEXO III. CONSTANTES RECOMENDADAS POR MOTIVO DE CONSULTA

SIGNOS	MOTIVO DE CONSULTA	NIVEL	CONSTANTES									
Palidez intensa, cianosis, mala perfusión	Ahogamiento/Ahorcamiento	1										
Bajo nivel de conciencia	Cadáver	1										
Bradipnea, taquipnea y trabajo respiratorio	CODIGO ICTUS	1	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC		GSC		
Hipotensión	EME. Agitación psicomotriz	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF	GSC		
Taquicardia, bradicardia, pulso débil	EME. Ahogamiento/Ahorcamiento	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF	GSC		
Dolor intenso	EME. Amputación	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC	EVA	
Convulsión presenciada	EME. Anafilaxia	1	CF	SATO2	TAS	TAD			RF			
Hemorragia activa significativa	EME. Ansiedad	1	CF	SATO2	TAS	TAD			RF	GSC		
	EME. Aplastamiento	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC	EVA	
	EME. Arritmia	1	CF	SATO2	TAS	TAD			RF			
	EME. Cadáver	1	CF		TAS	TAD			RF			
	EME. Cianosis	1	CF	SATO2	TAS	TAD			RF			
	EME. Código Ictus	1	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC		GSC		
	EME. Crisis convulsiva	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF	GSC		
	EME. Crisis hipertensiva	1	CF		TAS	TAD						
	EME. Descarga eléctrica	1	CF	SATO2	TAS	TAD				GSC		
	EME. Disminución nivel de conciencia	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC		
	EME. Disnea	1	CF	SATO2	TAS	TAD			RF			
	EME. Dolor Tórax	1	CF	SATO2	TAS	TAD			RF			
	EME. Estridor	1	CF	SATO2	TAS	TAD			RF			
	EME. Fractura abierta	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC	EVA	
	EME. Golpe de calor	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF			
	EME. Hemorragia	1	CF	SATO2	TAS	TAD						
	EME. Herida	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC	EVA	
	EME. Hipoglucemia	1	CF					GLUC		GSC		
	EME. Hipotensión/Shock	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC		
	EME. Hipotermia	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF			
	EME. Intoxicación	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF	GSC		
	EME. Otros	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC	EVA	
	EME. Parada cardíaca/respiratoria	1	CF	SATO2	TAS	TAD			RF			
	EME. Parto	1			TAS	TAD		GLUC	RF			
	EME. Quemadura	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC	EVA	
	EME. Síncope	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF			
	EME. Trauma Politraumatismo	1	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	GSC	EVA	
	Parada cardíaca/respiratoria	1										
	Parto	1										

SIGNOS	MOTIVO DE CONSULTA	NIVEL	CONSTANTES									
Palidez intensa, cianosis, mala perfusión	Agitación psicomotriz	2	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC				
Bajo nivel de conciencia	Anafilaxia	2	CF	SATO2	TAS	TAD				RF		
Bradipnea, taquipnea y trabajo respiratorio	Aspiración	2	CF	SATO2	TAS	TAD						
Hipotensión	Bradicardia	2	CF	SATO2	TAS	TAD				RF		
Taquicardia, bradicardia, pulso débil	Crisis convulsiva	2	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF			
Dolor intenso	Crisis hipertensiva	2	CF	SATO2	TAS	TAD						
Convulsión presenciada	Descarga eléctrica	2	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF			
Hemorragia activa significativa	Disartria	2	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC				
	Disminución nivel de conciencia	2	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC				
	Disnea	2	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP			RF		
	Estridor	2	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP					
	Hipotensión/Shock	2	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP	GLUC				
	Hipotermia	2	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP	GLUC				
	Sospecha MTA	2										
	Sospecha VM	2										

SIGNOS	MOTIVO DE CONSULTA	NIVEL	NIVEL			CONSTANTES						
Palidez intensa, cianosis, mala perfusión	Alteración comportamiento	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC		GSC	
Bajo nivel de conciencia	Alteración equilibrio	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP				
Bradipnea, taquipnea y trabajo respiratorio	Alteración marcha	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
Hipotensión	Alteración movimiento	1 U 2	3									
Taquicardia, bradicardia, pulso débil	Anasarca	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD			RF		
Dolor intenso	Anuria/Oliguria	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP				EVA
Convulsión presenciada	Astenia	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP				
Hemorragia activa significativa	Cefalea	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			EVA
	Debilidad/mareos	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Delirio/Alucinaciones	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Demencia	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Deshidratación	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Diarrea	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Diplopia	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Disfagia	1 U 2	3		SAT02							EVA
	Disminución agudeza visual	1 U 2	3									EVA
	Empeoramiento estado general	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Enfisema subcutáneo	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD	TEMP				
	Expectoración	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF		
	Fiebre	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD	TEMP				
	Hiper glucemia	1 U 2	3	CF		TAS	TAD		GLUC		GSC	
	Hipoglucemia	1 U 2	3	CF		TAS	TAD		GLUC		GSC	
	Ictericia	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Incontinencia	1 U 2	3									
	Intoxicación Otros	1 U 2	3	CF		TAS	TAD		GLUC		GSC	
	Malestar general	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Mareos	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Mordedura	1 U 2	3									EVA
	Náuseas/Vómitos	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Ortopnea	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD			RF		
	Palidez	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD	TEMP				
	Palpitaciones	1 U 2	3	CF	SAT02	TAS	TAD	TEMP				
	Priapismo	1 U 2	3									
	Problemas dispositivos. Revisión	1 U 2	3									
	Quemadura	1 U 2	3									EVA
	Retención urinaria	1 U 2	3									EVA
	Sdme. Abstinencia	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC			
	Sdme. Confusional	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC		GSC	
	Sdme. Constitucional	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF		
	Síncope	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF		
	Sudoración	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF		
	Vértigo	1 U 2	3	CF		TAS	TAD	TEMP				

SIGNOS	MOTIVO DE CONSULTA	NIVEL	NIVEL	CONSTANTES							
Palidez intensa, cianosis, mala perfusión	Acúfenos	2	4								
Bajo nivel de conciencia	Afonía/disfonía	2	4								
Bradipnea, taquipnea y trabajo respiratorio	Alopecia	2	4								
Hipotensión	Alteración Analítica	2	4								
Taquicardia, bradicardia, pulso débil	Alteración ECG	2	4								
Dolor intenso	Alteración radiográfica	2	4								
Convulsión presenciada	Amnesia	2	4	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC		GSC
Hemorragia activa significativa	Anemia	2	4	CF							
	Anorexia	2	4	CF		TAS	TAD				
	Ansiedad	2	4	CF		TAS	TAD	TEMP	GLUC	RF	
	Aumento perímetro abdominal	2	4	CF		TAS	TAD	TEMP			
	Calambres	2	4	CF		TAS	TAD	TEMP			EVA
	Disuria	2	4					TEMP			EVA
	Estreñimiento	2	4								
	Hemorroides	2	4	CF		TAS	TAD				EVA
	Hipo	2	4								
	Insomnio	2	4								
	Leucorrea	2	4								
	No acude	2	4								
	Otros	2	4								
	Pérdida de audición	2	4								
	Picadura	2	4	CF		TAS	TAD	TEMP			
	Pirosis/regurgitación	2	4								
	Polaquiuria	2	4					TEMP			
	Poliuria	2	4					TEMP	GLUC		
	Secreciones	2	4	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	
	Temblor	2	4					TEMP			
	Tos	2	4	CF	SATO2	TAS	TAD	TEMP		RF	

MOTIVO DE CONSULTA	NIVEL	CONSTANTES									
Administrativo	5										
Aerofagia/Flatulencia/Meteorismo	5			TAS	TAD						EVA
Contractura	5										
Derivado a otro servicio sanitario	5										
Reconocimiento/Revisión	5										
Retirada Holter	5										
Rinorrea	5										
Sdme. Catarral	5		SATO2			TEMP			RF		
Social	5										
Tristeza	5										

En aquellos motivos que se desglosan a su vez en otros más específicos se han recogido las constantes que habría que tomar para todos ellos, es decir, el enfermero en función del motivo de consulta específico elegirá alguna o todas las constantes propuestas.



MOTIVO_CONSULTA	FR	FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA	EVA	
Agitación psicomotriz		FC		SAT O2		TA	GLUCEMIA		
Ahogamiento/Ahorcamiento		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA			
Alteración comportamiento		FC	GLASGOW		Tº		GLUCEMIA		
Alteración equilibrio						TA			
Amputación Brazo						TA		EVA	
Amputación Dedo mano						TA		EVA	
Amputación Mano						TA		EVA	
Amputación Pene						TA		EVA	
Amputación Pie		FC				TA		EVA	
Amputación Pierna		FC	GLASGOW		Tº	TA		EVA	
Anafilaxia	FR	FC		SAT O2		TA			
Anemia		FC				TA			
Anorexia							GLUCEMIA		
Ansiedad		FC		SAT O2		TA			
Anuria/Oliguria		FC				TA			
Aplastamiento Abdomen		FC				TA		EVA	
Aplastamiento Brazo		FC				TA		EVA	
Aplastamiento Cabeza		FC	GLASGOW		Tº	TA		EVA	
Aplastamiento Cuello		FC	GLASGOW		Tº	TA		EVA	
Aplastamiento Mano						TA		EVA	
Aplastamiento Pelvis		FC				TA		EVA	
Aplastamiento Pierna		FC				TA		EVA	
Aplastamiento Tronco		FC		SAT O2		TA		EVA	
Arritmia		FC				TA			
Aspiracion		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº				
Astenia		FC							
Bradicardia		FC		SAT O2		TA			
Bulto/masa Boca				SAT O2					
Bulto/masa Cuello				SAT O2					
Bulto/masa Lengua				SAT O2					
Calambres Dedos mano							GLUCEMIA		
Calambres Dedos pie							GLUCEMIA		
Calambres Generalizados							GLUCEMIA		
Cefalea			GLASGOW		Tº	TA			
Celulitis/absceso Boca				SAT O2					
Celulitis/absceso Cadera		FC				TA	GLUCEMIA		
Celulitis/absceso Dedos pie						TA	GLUCEMIA		
Celulitis/absceso ETERNAL		FC				TA	GLUCEMIA		
Celulitis/absceso Extremidad inf. Comp		FC				TA	GLUCEMIA		
Celulitis/absceso Extremidad sup. Completo						TA	GLUCEMIA		
Celulitis/absceso Faringe				SAT O2					
Celulitis/absceso Lengua				SAT O2					
Celulitis/absceso Muslo		FC				TA	GLUCEMIA		
Celulitis/absceso Ojos							GLUCEMIA		
Celulitis/absceso Pie		FC				TA	GLUCEMIA		
Celulitis/absceso Pierna		FC				TA	GLUCEMIA		
Celulitis/absceso Tórax Completo		FC				TA			
Cianosis Acra		FC		SAT O2	Tº	TA			
Cianosis Dedos mano		FC		SAT O2	Tº	TA			
Cianosis Generalizada		FC		SAT O2	Tº	TA			
Cianosis Labial		FC		SAT O2	Tº	TA			
Cianosis Miembro inferior						TA			
Cianosis Miembro superior		FC				TA			



MOTIVO_CONSULTA	FR	FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA	EVA	
Código Ictus		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA	EVA	
Código Dolor Tórax		FC		SAT O2		TA		EVA	
Contusión Abdomen Generalizado						TA		EVA	
Contusión Cabeza Cráneo			GLASGOW		Tº	TA		EVA	
Contusión Epigastrio						TA		EVA	
Contusión Esternal		FC		SAT O2		TA		EVA	
Contusión Lumbar						TA		EVA	
Contusión Policontusionado		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA		EVA	
Contusión Tórax Cara anterior		FC		SAT O2		TA		EVA	
Contusión Tórax Completo		FC		SAT O2		TA		EVA	
Crisis convulsiva	FR	FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA		
Crisis hipertensiva		FC		SAT O2		TA			
Cuerpo extraño Faringe				SAT O2					
Cuerpo extraño Boca				SAT O2					
Cuerpo extraño Inhalación		FC		SAT O2					
Cuerpo extraño Tórax Completo				SAT O2					
Debilidad/mareos		FC		SAT O2		TA	GLUCEMIA		
Delirio/Alucinaciones				SAT O2			GLUCEMIA		
Descarga eléctrica	FR	FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA		
Deshidratación		FC				TA	GLUCEMIA		
Diplopia						TA			
Disartria		FC			Tº	TA	GLUCEMIA		
Disfunción Marcapasos		FC				TA			
Disminución nivel de conciencia		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA		
Disnea Aguda	fr	FC		SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA		
Disnea Crónica agudizada		FC		SAT O2		TA			
Dolor Abdomen Generalizado					Tº			EVA	
Dolor Brazo								EVA	COMENTARIO
Dolor Cabeza Completa			GLASGOW		Tº	TA		EVA	
Dolor Catéter epidural					Tº			EVA	
Dolor Catéter nefrostomía					Tº			EVA	
Dolor Catéter venoso					Tº			EVA	
Dolor Costado		FC		SAT O2	Tº	TA		EVA	
Dolor Cráneo			GLASGOW		Tº	TA		EVA	
Dolor Epigastrio		FC			Tº	TA		EVA	
Dolor Esternal		FC		SAT O2		TA		EVA	
Dolor Flanco derecho					Tº			EVA	
Dolor Fosa iliaca derecha					Tº			EVA	
Dolor Fosa renal derecha					Tº			EVA	
Dolor Hipocondrio derecho					Tº			EVA	
Dolor Hipocondrio izquierdo					Tº			EVA	
Dolor Hombro								EVA	COMENTARIO
Dolor Marcapasos		FC			Tº			EVA	
Dolor Periumbilical					Tº			EVA	
Dolor Precordial		FC		SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO
Dolor Retroesternal		FC		SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO
Dolor Tórax Cara anterior		FC		SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO
Dolor Tórax Cara posterior		FC		SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO
Dolor Tórax Completo		FC		SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO

MOTIVO_CONSULTA	FR	FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA	EVA	
Drenaje		FC				TA			
Edema Facial						TA			
Edema Generalizado		FC				TA			
Edema Labios/lengua				SAT O2					
Edema Miembro inferior				SAT O2		TA			
Edema Párpados						TA			
Empeoramiento estado general		FC		SAT O2		TA	GLUCEMIA		
Enfisema subcutáneo									COMENTARIO
Epistaxis						TA			
Equimosis/Hematoma		FC				TA			
Estridor		FC		SAT O2	Tº	TA			
Expectoración Anormal				SAT O2					
Expectoración Aumento				SAT O2					
Expectoración Disminución				SAT O2					
Fiebre <24h					Tº				
Fiebre > 1 semana					Tº				
Fiebre 1-3 días					Tº				
Fiebre 4-7 días					Tº				
Fractura Cadera		FC				TA		EVA	
Fractura Columna Cervical			GLASGOW	SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO
Fractura Columna Dorsal				SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO
Fractura Columna Lumbar						TA		EVA	COMENTARIO
Fractura Costal		FC		SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO
Fractura Cráneo	FR	FC	GLASGOW	SAT O2		TA		EVA	COMENTARIO
Fractura Esternón		FC		SAT O2		TA		EVA	
Fractura Facial	FR	FC	GLASGOW	SAT O2		TA		EVA	
Fractura Fémur		FC				TA		EVA	
Fractura Pala iliaca		FC				TA		EVA	
Fractura Pelvis Completa		FC				TA		EVA	
Fractura Pubis		FC				TA		EVA	
Fractura Rodilla						TA		EVA	
Fractura Sacro		FC				TA		EVA	
Fractura Tibia-peroné						TA		EVA	
Fractura Vertebral	FR	FC	GLASGOW	SAT O2		TA		EVA	

MOTIVO CONSULTA	FR	FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA	EVA	
Hematemesis		FC		SAT O2		TA			COMENTARIO
Hematemesis + Melenas		FC		SAT O2		TA			COMENTARIO
Hematoquecia						TA			
Hematuria						TA			
Hemoptisis		FC		SAT O2		TA			
Hemorragia Ocular						TA			
Herida Craneo facial		FC	GLASGOW			TA		EVA	
Herida Ojos/párpados								EVA	
Herida Tórax Cara anterior		FC		SAT O2		TA		EVA	
Herida Abdomen cara anterior		FC				TA		EVA	
Herida Epigastrio		FC				TA			
Herida Flanco derecho		FC				TA			
Herida Flanco izquierdo		FC				TA			
Herida Lumbar		FC				TA		EVA	
Hernia Crural									COMENTARIO
Hiper glucemia							GLUCEMIA		
Hipo					Tº				
Hipoglucemia							GLUCEMIA		
Hipotensión/Shock		FC		SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA		
Hipotermia		FC		SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA		
Inflamación Pierna				SAT O2	Tº				
Inflamación Abdomen Generalizado									COMENTARIO
Inflamación Extremidad inf. Completa				SAT O2					
Inflamación Lengua				SAT O2					
Inflamación Párpados						TA			
Intoxicación AINEs		FC				TA			
Intoxicación Alcohol etílico							GLUCEMIA		
Intoxicación Amoníaco				SAT O2					
Intoxicación Anfetaminas		FC				TA			
Intoxicación Antagonistas del calcio		FC				TA			
Intoxicación Anticonvulsivos		FC		SAT O2		TA			
Intoxicación Butano				SAT O2					
Intoxicación Cianuro		FC		SAT O2		TA			
Intoxicación CO		FC		SAT O2		TA			
Intoxicación Cocaína		FC				TA			
Intoxicación Drogas de diseño		FC				TA			
Intoxicación Formol				SAT O2					
Intoxicación Humo				SAT O2					
Intoxicación Metano				SAT O2					
Intoxicación Opiáceos		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA			
Intoxicación Paracetamol		FC				TA			
Intoxicación Salicilatos		FC				TA			
Intoxicación Agente desconocido		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA		
Intoxicación Antidepresivos		FC				TA			
Intoxicación Barbitúricos		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA			
Intoxicación Benzodiacepinas		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA			
Intoxicación Betabloqueantes		FC				TA			
Intoxicación Cáusticos		FC		SAT O2		TA			
Intoxicación Cloro				SAT O2					
Intoxicación Detergentes		FC		SAT O2		TA			
Intoxicación Digoxina		FC				TA			
Intoxicación Farmacos Otros		FC		SAT O2		TA			
Intoxicación Gases Otros				SAT O2					
Intoxicación Gases Sulfúrico				SAT O2					
Intoxicación Herbicidas		FC	GLASGOW	SAT O2		TA			
Intoxicación Hidrocarburos		FC		SAT O2		TA			
Intoxicación Insecticidas		FC		SAT O2		TA			
Intoxicación Litio		FC				TA			
Intoxicación Mixta		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA			
Intoxicación Neurolépticos		FC				TA			
Intoxicación Otros		FC	GLASGOW		Tº	TA			COMENTARIO
Intoxicación Sustancias de abuso Mixta		FC				TA			
Intoxicación Sustancias de abuso Otros		FC		SAT O2		TA			

MOTIVO_CONSULTA	FR	FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA	EVA	
Lesión Otras*									COMENTARIO
Malestar general		FC				TA	GLUCEMIA		
Mareos		FC				TA	GLUCEMIA		
Melenas		FC		SAT O2		TA			COMENTARIO
Metrorragia		FC				TA			
Mialgias					Tº				
Náuseas/Vómitos		FC				TA	GLUCEMIA		
No acude									COMENTARIO
Ortopnea		FC		SAT O2		TA			
Otros									COMENTARIO
Palidez		FC				TA	GLUCEMIA		
Palpitaciones		FC				TA			
Pancitopenia									COMENTARIO
Parestesias Generalizadas		FC				TA	GLUCEMIA		
Parestesias Hemicuerpo		FC				TA			
Parestesias localizadas									COMENTARIO
Pérdida de fuerza Completo		FC	GLASGOW			TA			
Pérdida de fuerza Cuatro miembros		FC	GLASGOW			TA	GLUCEMIA		
Pérdida de fuerza Generalizada		FC	GLASGOW			TA	GLUCEMIA		
Pérdida de fuerza Hemicuerpo derecho		FC	GLASGOW			TA	GLUCEMIA		
Pérdida de fuerza Hemicuerpo izquierdo		FC	GLASGOW			TA	GLUCEMIA		
Pérdida de fuerza Miembro inferior Cor		FC	GLASGOW			TA	GLUCEMIA		
Pérdida de fuerza Miembros inferiores		FC	GLASGOW			TA			
Pérdida de fuerza Pierna		FC				TA			
Poliuria							GLUCEMIA		
Púrpura		FC	GLASGOW		Tº	TA			
Quemadura									COMENTARIO
Reconocimiento/Revisión									COMENTARIO
Rectorragia		FC				TA			COMENTARIO
Rigidez Cuello					Tº				
Sdme. Confusional		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA		
Síncope		FC		SAT O2		TA	GLUCEMIA		
Social									COMENTARIO
Sudoración		FC		SAT O2		TA	GLUCEMIA		
Temblor					Tº				

MOTIVO_CONSULTA	FR	FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA	GLUCEMIA	EVA	
Trauma Abdomen Generalizado						TA		EVA	
Trauma Cadera						TA		EVA	
Trauma Clavícula		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Costado		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Cráneo		FC	GLASGOW	SAT O2		TA		EVA	
Trauma Epigastrio						TA		EVA	
Trauma Escápula		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Esternal		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Extremidad inf. Completa		FC				TA		EVA	
Trauma Flanco derecho						TA		EVA	
Trauma Flanco izquierdo						TA		EVA	
Trauma Fosa iliaca derecha						TA		EVA	
Trauma Fosa iliaca izquierda						TA		EVA	
Trauma Fosa renal derecha						TA		EVA	
Trauma Fosa renal izquierda						TA		EVA	
Trauma Hipocondrio derecho						TA		EVA	
Trauma Hipocondrio izquierdo						TA		EVA	
Trauma Lumbar						TA		EVA	
Trauma Mama		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Periumbilical						TA		EVA	
Trauma Politraumatismo		FC	GLASGOW	SAT O2	Tº	TA		EVA	
Trauma Precordial		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Retroesternal		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Tórax Cara anterior		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Tórax Cara posterior		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Tórax Completo		FC		SAT O2		TA		EVA	
Trauma Umbilical						TA		EVA	
Urticaria/Habón						TA			
Vértigo		FC				TA	GLUCEMIA		

## ANEXO IV. ASIGNACIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA Y NIVEL DE TRIAJE

### Asignación de niveles de triaje

Para establecer de una manera general cómo se asignan los diferentes niveles vamos a organizar los signos y los motivos de consulta en tres grupos cada uno:

SIGNOS		
EXTREMA GRAVEDAD	Son datos obtenidos de una inspección inmediata	Muerte inminente
		Respiración ausente
		Ausencia de pulso
		Inconsciente
		Traumatizado grave
GRAVEDAD	Requiere la toma de constantes	Palidez intensa, cianosis, mala perfusión
	Hay que señalar que existen signos genéricos de gravedad y otros cuya valoración depende del motivo de consulta	Bajo nivel de conciencia
		Bradipnea, taquipnea y trabajo respiratorio
		Hipotensión
		Taquicardia, bradicardia, pulso débil
		Dolor intenso
		Convulsión presenciada
NO GRAVEDAD	El resto de las circunstancias	Hemorragia activa significativa

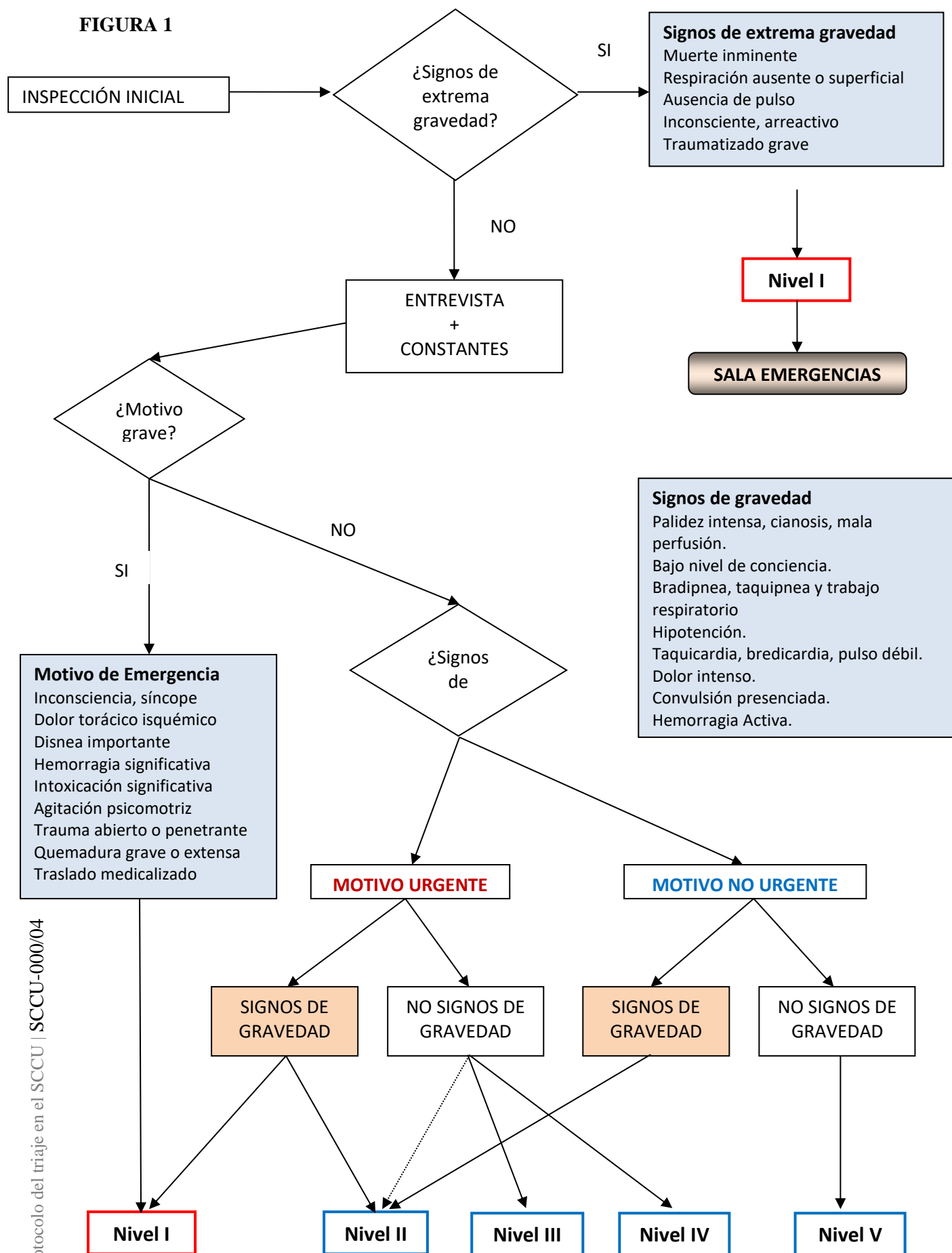
MOTIVOS DE CONSULTA	
EMERGENCIA	La patología es intrínsecamente grave, independiente del estado del paciente en el momento en que se atiende, por ejemplo, una amputación, síncope..., siendo prioritaria su atención
URGENCIA	La patología necesita atención urgente pero no reviste gravedad específica, salvo que existan datos exploratorios que así lo indiquen, por ejemplo síndrome diarreico, hiperglucemias...
NO URGENTE	La consulta no constituye una urgencia

En función de las combinaciones posibles entre signos y motivos de consulta, podemos establecer la necesidad de priorización según la siguiente Tabla.

Signos	Motivo de consulta	Nivel
Extrama gravedad		1
Gravedad	Emergencia	1
	Urgencia	1-2
	No urgente	2
No gravedad	Emergencia	1
	Urgencia	2-3-4
	No urgente	5

Figura 1

**FIGURA 1**





## Motivos de Consulta

En la siguiente Tabla se desglosan los motivos de consulta más comunes en un Servicio de Urgencias. Los que se encuentran aquí son los que quedan implementados en la aplicación informática. Aquellos motivos con asterisco ‘\*’, tienen subdivisión (p.ej.: Disnea\* → Aguda/Crónica agudizada), con un máximo de tres niveles en total. Dado que hay pacientes que acuden por síntomas o cuadros sindrómicos y otros que aportan informes médicos, pueden aparecer motivos de consulta aparentemente repetidos (p.ej.: Palpitaciones/arritmia; fractura/trauma). Por otra parte, algunos síntomas o síndromes pueden aparecer en dos ubicaciones, por su frecuencia (p.ej.: Dolor → Cabeza → Completa / Cefalea).

En la primera columna se establece la Prioridad intrínseca atribuida al motivo según la clasificación anterior:

E → Emergencia  
URG → Urgencia  
NURG → No urgente

En la segunda columna aparecen los Motivos, sin los menús desplegables.

En las columnas 3ª a 5ª aparecen aclaraciones o matizaciones al motivo de consulta, que pueden hacer modificar la asignación del nivel de triaje en función de algunos datos clínicos.

Estos motivos se harían pasar por el esquema de funcionamiento general expresado en la Figura 1, con las salvedades que se describen. Pondremos varios ejemplos:

- Una amputación siempre será un Nivel I.
- Un cadáver será siempre un Nivel I salvo en situaciones de catástrofe, en las que será el último en ser atendido (Nivel IV).
- Un paciente que acuda con una fractura (evidente por ser abierta o por la deformidad, o bien diagnosticada en otro centro) será un Nivel I salvo que la fractura esté ya reducida (Nivel III) o sea una revisión (Nivel IV).
- A un paciente con Náuseas y vómitos [Motivo Urgente] será Nivel I-II si existen Signos de Gravedad, y Nivel III si no existen salvo que los vómitos sean persistentes, en cuyo caso también será Nivel II.
- Un paciente con Parestesias [No urgente] será un Nivel IV salvo que coexista pérdida de fuerza, en cuyo caso será Nivel II.
- Un paciente con Celulitis/absceso será un nivel IV salvo que exista dolor importante, en cuyo caso será Nivel III. Si el dolor es intenso, es criterio de gravedad y por tanto sería Nivel II.

Independientemente de las matizaciones, siempre que existan signos de gravedad se aplicará el esquema general de la figura 1.

## EXCEPCIONES

### 1. Dolor torácico isquémico: → Siempre Nivel I

#### a) Antecedentes personales

- Factores de riesgo:

HTA  
Diabetes  
Tabaquismo  
Dislipemia  
Post-menopausia  
Estrés  
Consumo de cocaína

- Factores de sospecha:

Cardiopatía isquémica conocida

- Otros factores:

Edad > 50  
Otras cardiopatías (Eao, MCP hipertrófica,...)

#### b) Clínica

- ANAMNESIS

- Inicio: Brusco o rápidamente progresivo
- Desencadenante: Esfuerzo, a veces reposo nocturno.
- Localización: Retroesternal o precordial.
- Irradiación: Brazo izquierdo
- Naturaleza: Opresivo, a veces quemante
- Modificación: No con las posturas.
- Alivio/Empeoramiento: Mejora con reposo y nitroglicerina, empeora con esfuerzo.
- Perfil temporal: > 2 minutos y < 6 horas
- Síntomas asociados: disnea, cuadro vegetativo, síncope, sensación de muerte inminente,...

## ANEXO V. ADAPTACIÓN DEL NIVEL DE TRIAJE PARA RECIEN NACIDOS Y LACTANTES MENORES DE 3 MESES

A pesar de que no cumplan criterios de gravedad SE ATIENDEN DE FORMA PRIORITARIA por constituir grupo de riesgo al mismo nivel que pacientes inmunocomprometidos, en los que es preferible evitar contacto con otros niños con enfermedades infecciosas.

### Criterios para la asignación del espacio

Estos niños pasarán directamente a la sala de triaje de pediatría y en caso de estar ocupada a la sala de Tratamientos Cortos pediátrico, donde esperarán a ser llamados tan pronto como quede libre la consulta de triaje de pediatría.

Una vez triado pasarán a la sala de Tratamientos Cortos.

El enfermero avisará al médico asignado para que lo pase a Consulta lo antes posible.

### Seguimiento y reevaluación de los pacientes pediátricos durante la espera

El triaje es un proceso dinámico, los pacientes pueden mejorar o empeorar durante su espera tras la clasificación inicial, por lo que son necesarias reevaluaciones periódicas.

Será responsabilidad del personal asignado al área de pediatría el seguimiento y la reevaluación de los pacientes pediátricos.

Auxiliar de pediatría: seguimiento en la toma de constantes durante la espera. [“Protocolo seguimiento durante la espera en pediatría”](#). Comunicar al enfermero responsable los cambios identificados en los pacientes y la toma de constantes.

Enfermero de pediatría: seguimiento del paciente, reevaluaciones periódicas y ante empeoramiento clínico si el paciente no ha sido triado se retriara y en el caso de estar triado se creará una evolución del estado del niño y ambos caso se avisará al médico responsable.

MOTIVO DE CONSULTA	Niño	RN
Dificultad Respiratoria		1
Fiebre > 38°C		1
Convulsión		1
Ictericia	3	2
Tos	3	2
Vómitos/reflujo	3	2
Febrícula	3	2

MOTIVO DE CONSULTA	Niño	Lactante <3meses
Convulsión		1
Dificultad Respiratoria moderada-severa		1
Fiebre alta + afectación estado gral		1
Fiebre > 38°C	3	2
Dificultad Respiratoria leve	3	2
Tos	3	2
Vómitos/diarrea/deshidratación	3	2
Llanto	3	2

## ANEXO VI: CIRCUITOS DE ATENCIÓN DIFERENCIADA

Los circuitos implantados actualmente en SCCU son:

- Circuito paciente derivado con Transporte Medicalizado
- Circuito de Atención al paciente con Dolor Torácico
- Circuito de Atención sospecha “Código ICTUS”
- Circuito de Violencia Contra la Mujer
- Circuito de Violencia Infantil

## ANEXO VII. UBICACIÓN DEL PACIENTE TRAS LA ACOGIDA.

Como norma general, a su llegada, y tras pasar por admisión de urgencias, el paciente junto con un acompañante se ubicará en la sala de espera de pacientes del Área de Urgencias (Sala de Espera Interna). El resto de acompañantes y/o familiares se quedarán en la Sala de Espera Externa fuera del área asistencial junto a admisión.

Casos especiales:

1. **Prioridades I y prioridades II con signos de gravedad:** pasarán a la sala de Emergencias o Preferente, según protocolos, mientras que sus familiares se ubicarán en la Sala de Espera Externa.
2. **Dolor Torácico:** Todo paciente con dolor torácico presente a su llegada, que no esté relacionado con un traumatismo pasará a la sala de Emergencias y los familiares/acompañantes esperarán en la sala de espera Externa. [“Protocolo de Activación en el Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST”](#)
3. **Sospecha de Código ICTUS:** Si refiere pérdida de fuerza en una parte del cuerpo o dificultad para hablar más sintomatología compatible con ICTUS el paciente pasará a preferente y un familiar esperará en la sala de espera de pacientes. [“Protocolo Actuación Código ICTUS”](#)
4. **Derivaciones transporte medicalizado:** Aquellos pacientes que son derivados con transporte medicalizado a nuestro servicio pasarán a la emergencia o preferente. Los familiares/acompañantes esperarán en la sala de Espera Externa. [“Procedimiento de recepción de pacientes derivados con transporte medicalizado al servicio de urgencias”](#).

5. **Heridas abiertas sangrantes:** Salvo prioridades I y prioridades II con signos de gravedad, todo paciente con una herida abierta sangrante pasará a la sala de curas junto con un familiar.
6. **Maltrato contra la Mujer:** En caso de Sospecha no confirmada por el interrogatorio, el familiar permanecerá en la sala de espera y la paciente pasará a la Consulta nº7 hasta ser valorada por el Facultativo.

En casos de Violencia contra la mujer confirmada por el interrogatorio, se avisará a Seguridad y a Admisión de la confirmación de la sospecha. Si le acompaña el familiar sospechoso, este no pasará a la zona asistencial. La paciente será acompañada por un Auxiliar de enfermería hasta la zona asistencial de manera inmediata. [“Protocolo de Atención ante la Violencia contra la mujer”](#)

7. **Custodiados por Fuerzas del Estado:** En aquellos casos en los que el paciente esté custodiado por Fuerzas del Estado, este se ubicará en la consulta 0.
8. **Niños:** los niños una vez son admitidos en admisión de urgencias son acompañados por el auxiliar de enfermería junto con un acompañante a la sala de espera de pediatría, donde permanecerán hasta ser llamados a la consulta de triaje de pediatría. Después volverán a ella hasta ser llamados a la consulta médica.

Criterios para la asignación del espacio	Ubicación
Prioridades I	Sala de emergencias o preferente
Prioridades II con signos de gravedad	Preferente
Dolor torácico presente no traumático	Emergencias
Sospecha código ICTUS	Preferente
Derivaciones transporte medicalizado	Sala de emergencias o preferente
Heridas abiertas sangrantes	Sala de curas o sala de espera si ya se ha hecho una atención inicial en triaje (salvo prioridades I y II con signos de gravedad)
Custodiado por Fuerzas del Estado	Consulta 0
Sospecha Maltrato contra la Mujer	Consulta 0 o sala de Curas

## ANEXO VIII: TRIAJE ALTERNATIVO

El paciente más vulnerable de un servicio de urgencias es aquél que aún no ha sido valorado por personal sanitario, por lo que la valoración inicial de todo paciente que llega a urgencias se constituye como **una prioridad absoluta** del servicio.

A veces la frecuencia en la entrada de pacientes al servicio, teniendo en cuenta la media de duración de la ejecución del triaje, no permite garantizar los tiempos de respuesta estipulados como óptimos.

En ese momento, la enfermera de Triage, contactará con la segunda enfermera asignada a dicha consulta y la desdoblará en el espacio más óptimo disponible.

### Operativa

1. El enfermero de triaje una vez identificado que el número de pacientes en espera de triaje es superior a **seis** personas, avisará a la consulta de curas o yesos (9068 o 9026) activando la consulta de triaje alternativo.
2. El enfermero de yesos y curas procederán a la apertura de la segunda consulta de triaje, ubicándose en la consulta 5 o consulta 6. De no estar disponible lo hará en aquella que lo esté.
3. El orden de llamada de estos pacientes en el triaje alternativo es en orden descendente, a partir del quinto paciente.
4. Una vez finalizado el triaje el paciente pasará a la sala de espera.
5. Cuando el número de pacientes sin triar sea igual o inferior a tres se desactiva la consulta alternativa de triaje y el personal de enfermería volverán a su puesto de trabajo inicial.

El enfermero de emergencias solo asumirá esta función en casos excepcionales y si durante el tiempo que esté asumiendo el triaje alternativo hay una emergencia, concluirá el triaje y procederá a la atención de la emergencia.

## Indicadores de Calidad

La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los Servicios de Urgencias hospitalarios ha sido considerada un IC básico o relevante de riesgo-eficiencia.

Con el objetivo de poder monitorizar el funcionamiento de nuestro sistema de triaje se definen una serie de IC.

### 1. Índice de paciente perdidos sin ser visitados por el médico:

El estándar establecido se sitúa en  $\leq$  al 2% del total de pacientes que acuden a Urgencias.

#### 1.1. Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados:

Porcentaje de pacientes que deciden dejar el Servicio de Urgencias después de su llegada y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes que acuden a urgencias o son registrados.

#### 1.2. Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico:

Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el Servicio de Urgencias antes de ser visitados por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

### 2. El tiempo desde la llegada del paciente al Servicio de Urgencias hasta el momento que se inicia el triaje (Tiempo llegada/registro-triaje)

Se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo  $\leq$  10 min sobre el total de pacientes clasificados. Se establece un estándar  $>$  al 95%

### 3. El tiempo que dura la realización del triaje (tiempo de duración del triaje)

Se recomienda que sea  $\leq$  a 5 minutos en  $>$  del 95% de los pacientes clasificados

## DIFUSIÓN

Existirá una copia accesible en triaje.

Se podrá acceder a él a través de la intranet en guías y procedimientos.

## RESPONSABILIDAD

Será responsabilidad de la Coordinación del SCCU, la evaluación del cumplimiento de este protocolo y del personal asistencial la aplicación correcta de él.

## ACTUALIZACIÓN

El presente documento deberá revisarse bianualmente. Será el Coordinador de Enfermería del área el responsable de dicha revisión.

De no realizarse esta, se entenderá prorrogado.

## GLOSARIO / DEFINICIONES

**Gravedad:** Cualidad relacionada con el grado de descompensación fisiológica y/o pérdida de función de uno o más sistemas orgánicos (gravedad de la enfermedad) y con la probabilidad de muerte (riesgo de mortalidad).

**Urgencia:** Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida de un paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo. Condiciona la necesidad de intervención en un corto periodo de tiempo. En general, los procesos clínicos más agudos y más graves, serán los que generen un mayor grado de urgencia, hablando entonces de emergencia.

**Emergencia:** Situación de inicio súbito que, de forma objetiva, hace peligrar la vida del enfermo o parte esencial del organismo. Requiere de la instauración inmediata de medidas terapéuticas agresivas, como maniobras de soporte vital.

**Complejidad:** Grado de dificultad diagnóstica y/o terapéutica debida a la presencia de complicaciones y/o co-morbidades añadidas al diagnóstico principal que permite prever un tiempo de estancia y coste determinado.

**Triaje:** Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa.



**Triaje estructurado:** Disponibilidad de una escala de triaje fiable, relevante, útil y válida, y de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan realizar el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

**Triaje alternativo:** nos referimos con este término a la segunda consulta de triaje que se activa de forma puntual cuando la demanda de pacientes sin ser triados es tal que no nos permite mantener los tiempos de respuesta establecidos para el triaje.

**Recepción:** Es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del paciente, sus acompañantes o su familia.

**Acogida:** Es el modo relacional en el que se desarrolla el primer encuentro entre el personal asistencial y el paciente y conlleva la puesta en práctica de todos los valores humanos hacia el paciente, predisponiendo a una relación terapéutica positiva hacia el equipo de salud.

**Clasificación:** Determina la toma de decisiones en cuanto a la rapidez con que se dará la atención al paciente, de acuerdo a su condición de salud, adecuando las capacidades de respuesta del personal y de infraestructura del Servicio de Urgencias.