

## TRIAJE PEDIÁTRICO

Fecha de edición:

2023

Período de Vigencia:

01/05/2025



Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Laura Caracuel González Enfermera del SCCU	M <sup>a</sup> Del Pilar Rodríguez Lara. Coordinadora de enfermería.	M <sup>a</sup> Magdalena De Tovar. Directora de enfermería. HSIDA.
FECHA: 01/05/ 2023	FECHA: 1/06/2023	FECHA: 2023

## 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.

## 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).

## ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO

- 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.

A la llegada del paciente a admisión será recibido por un TCAE que tras preguntar el motivo de consulta, decidirá el paso de este por el circuito habitual o lo derivará a uno de los circuitos alternativos.

- ACOGIDA

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, el paciente pasará a la sala de espera de pediatría acompañado por el TCAE del área de puerta. Posteriormente, el TCAE de puerta informa al equipo de pediatría de la llegada de un menor y el motivo por el que acude a 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.

Deberá realizarse lo más precozmente posible. El periodo entre la llegada del paciente y la primera asistencia sanitaria no debe ser superior a 10 minutos.

- Recepción e identificación inequívoca 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”](#).

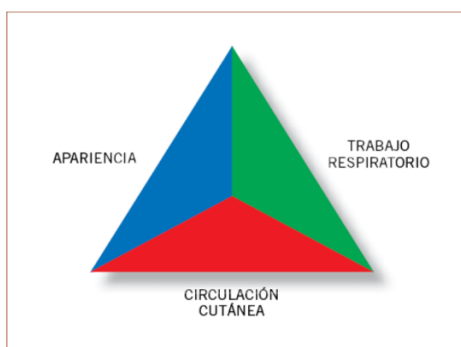
- Valoración: La visita del triaje debe ser rápida, dirigida y cordial.

- **Entrevista:** se realizará una breve anamnesis para identificar el motivo de consulta por el que acude a urgencias.
  - a) Motivo de consulta. **¿Qué le ocurre? ¿Le había sucedido antes?**
  - b) Duración del episodio: **¿Desde cuándo?**
  - c) Presencia de otra sintomatología acompañante

- d) **Antecedentes** relacionados con el motivo de consulta, incluida medicación relevante y cumplimiento vacunal si está relacionado con el proceso.
- e) **Alergias** a fármacos e intolerancias
- f) **Peso**

• **Exploración:**

**“Triángulo de evaluación pediátrica”** TEP: valoración visual rápida de la apariencia general, trabajo respiratorio y circulación. En 30-60 segundos sin tocar al paciente.



- a) **Apariencia:** este lado es el más importante del triángulo. Hay varios indicadores a valorar:
  - I. Tono: valorar si presenta un tono muscular normal.
  - II. Reactividad: si responde a estímulos, está alerta, intenta coger un objeto que se le ofrece...
  - III. Consuelo: es normal que un niño llore en la exploración, pero lo habitual es que se calme al cogerlo su familiar en brazos.
  - IV. Mirada: es normal que el niño fije la mirada en las caras y objetos que tiene delante, que no tiene una mirada perdida.
  - V. Lenguaje/llanto: Consideraremos anormal si un paciente no lactante es incapaz de elaborar un discurso acorde con la edad, o si un lactante presenta un llanto débil o apagado.
- b) **Trabajo respiratorio:** Para valorar el trabajo respiratorio, deberemos estar atentos tanto a los ruidos patológicos que podamos oír, como a los signos visuales, por lo que deberemos valorar al niño con el tórax lo más descubierto posible.
  - VI. Ruidos respiratorios anormales audibles: quejido, sibilancias, ronquido, estridor...
  - VII. Signos visuales: mecanismos involuntarios del cuerpo para compensar una situación de hipoxia. Los más importantes:

5

- VIII. Tiraje: uso de la musculatura accesoria para aumentar el esfuerzo respiratorio.
- IX. Aleteo nasal: el mayor esfuerzo respiratorio se traduce en una apertura involuntaria de las narinas para aumentar la entrada de aire.
- X. Cabeceo: En los lactantes, esta es una manera muy típica de aumentar el trabajo respiratorio en casos de hipoxia.
- XI. Taquipnea: Es importante recordar que procesos no respiratorios pueden producir taquipnea u otros signos de dificultad respiratoria.
- XII. Posición anómala.

**c) Circulación cutánea:** Este lado del triángulo evalúa la función cardiaca y la correcta perfusión de los órganos. La circulación cutánea es un signo muy fiable, ya que, en situaciones de fallo cardíaco, el cuerpo reacciona limitando la perfusión de zonas secundarias, como la piel, para mantener el mayor tiempo posible la de zonas nobles (cerebro, corazón y riñones).

- XIII. Palidez
- XIV. Cianosis
- XV. Cutis reticulado

- **Análisis de datos complementarios:**

- ✓ **Toma de constantes:** se realizará la determinación de aquellas constantes vitales que aporten información relevante, en función del motivo de consulta.
- ✓ **Registro de alergias.**
- ✓ **Registro del peso.**
- ✓ **Estado vacunal**
- Registro del motivo de consulta: La aplicación informática (TiCares) en su hoja de triaje, dispone de un desplegable con los posibles motivos de consultas.
- Priorización del paciente: determinación del nivel de gravedad del paciente. Tras el registro del motivo de consulta por el que acude el paciente y la toma de las constantes, catalogará el episodio con un nivel de prioridad.
  - Nivel 1 (Emergencias): situaciones con riesgo vital inmediato que requieren de una actuación inmediata.
  - Nivel 2 (Muy urgente): Alto riesgo vital. Potencial deterioro que necesita de cuidados rápidos. Generalmente asocian inestabilidad fisiológica o dolor intenso. Atención recomendada en <15 minutos.

- Nivel 3 (Urgente): situaciones urgentes. Pacientes con estabilidad fisiológica o discreta inestabilidad, en el momento de la valoración. Atención recomendada en <60 minutos.
  - Nivel 4 (Poco urgente): Pueden tener alguna complejidad y requerir alguna exploración diagnóstica o actuación terapéutica. Atención recomendada en <120 minutos.
  - Nivel 5 (No urgente): No hay riesgo, la espera no es un factor de riesgo. Atención recomendada en <240 minutos.
- INFORMACIÓN 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](#)"

- 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 de pediatría. Cada reevaluación requerirá la realización de un **retriaje** en el caso de ser un paciente que todavía no ha sido visto por su médico. [“Seguimiento del paciente pediátrico durante la espera”](#).

## ADAPTACIÓN DEL NIVEL DE TRIAJE PARA RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES MENORES DE 3 MESES:

A pesar de que no cumplan criterios de gravedad en el momento de la valoración, se atienden de forma prioritaria por constituir un grupo de riesgo al mismo nivel que pacientes inmunocomprometidos, en los que es preferible evitar contacto con otros niños con enfermedades infecciosas.

- a) **Asegurar la priorización de estos pacientes** para que permanezcan el menor tiempo posible en el servicio: 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 en cuanto se quede libre la consulta de triaje. Una vez triado, pasará a la STC-P.
- b) **Nivel de triaje:** se aumenta un punto el nivel de triaje a pesar de no tener criterios de gravedad.

### Motivos de consulta más frecuente:

- i. Ictericia
- ii. Tos y dificultad respiratoria
- iii. Vómitos/reflujo
- iv. febrícula
- v. Fiebre > 38°C
- vi. Diarrea
- vii. Llanto

*Triage normal: 3      Triage RN: 2*

### Motivo de consulta:

- viii. Dificultad respiratoria moderada-severa
- ix. Fiebre alta con afectación del estado general
- x. Convulsión

*Triage RN: 1*



- Petición/realización de pruebas complementarias: en determinadas ocasiones y siempre siguiendo estrictos protocolos asistenciales, se podrá solicitar pruebas que agilicen la atención de los pacientes.
- Prescripción colaborativa: se podrá indicar en triaje la toma de determinados medicamentos (antitérmicos).
- Asignación del episodio a una consulta médica: una vez determinado el motivo de la consulta y su nivel de gravedad, el programa informático realiza una asignación de cada episodio a un recurso disponible, en función de la demanda y del número de médicos disponibles. De manera que el número de pacientes en cada consulta sea equilibrado en prioridades y número total de pacientes atendidos.

## TIEMPOS DE TRIAJE

El paciente más vulnerable de un servicio de urgencias es aquel que aún no ha sido valorado por el personal sanitario, por lo que la valoración inicial de todo paciente que llega a urgencias se considera prioridad absoluta del servicio.

Para acortar estos tiempos, la acogida debe realizarse lo más rápidamente posible, en menos de 10 minutos.

En determinadas situaciones es posible que el número de pacientes pendientes de ser triados impida incumplir esos tiempos de media, por lo que se hace necesario activar la consulta de Triage Alternativo. Esto se llevará a cabo siempre que el número de pacientes pendientes de ser triados sea de seis o más.

## REEVALUACIÓN PERIÓDICA DEL PACIENTE

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. Según el nivel de gravedad los pacientes serán reevaluados más o menos frecuentemente.

- TCAE: seguimiento en la toma de constantes durante la espera. Comunicar al enfermero responsable los cambios identificados en los pacientes.
- Enfermero de pediatría: seguimiento del paciente, reevaluaciones periódicas y ante empeoramiento clínico, registrar incidencias y avisar al médico responsable.

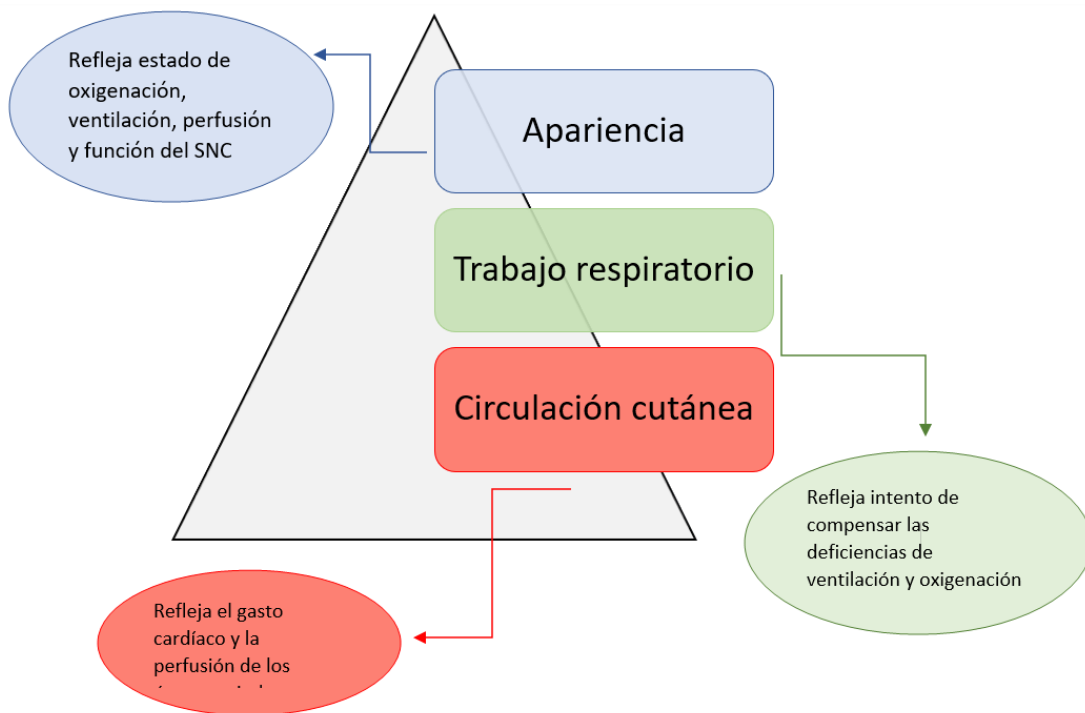
## CONSIDERACIONES GENERALES

Recomendaciones genéricas sobre la realización de la entrevista:

- Valorar el síntoma principal que motive la consulta
- En caso de existir varios síntomas, utilizar el de mayor gravedad para la asignación de nivel de triaje
- Cuando el paciente aporte informe médico de derivación, insistir en el síntoma que ha motivado la consulta y no el que ha motivado la derivación
- No buscar diagnósticos
- No detenerse en el interrogatorio ante signos de gravedad evidente
- Valorar sólo antecedentes básicos, que estén relacionados con el motivo de consulta

## 6. ANEXOS

- *TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA “TEP”*



APARIENCIA	RESPIRACIÓN	CIRCULACIÓN	DIAGNÓSTICO FISIOPATOLÓGICO
N	N	N	Estable
A	N	N	Disfunción del SNC
N	A	N	Dificultad respiratoria
A	A	N	Fallo respiratorio
N	N	A	Shock compensado
A	N	A	Shock descompensado
A	A	A	Fallo cardiopulmonar

- VALORES NORMALES DE CONSTANTES VITALES

EDAD	PESO (kg)	FC	FR	TAS	TAD
RN	3-4	120-180	30-50	50-75	30-50
6m- 1año	7-10	100-130	20-40	80-100	45-65
1-2años	10-12	95-125	20-30	80-105	45-70
2-3años	12-14	90-120	15-25	80-120	50-80
3-6años	14-19	85-115	15-20	80-120	50-80
6-8años	19-26	80-110	15-20	85-130	55-90
8-10años	26-32	75-105	13-15	85-130	55-90
> 10-14años	32-50	70-100	13-15	90-140	60-95

- **ESCALA DE GLASGOW**

<b>Apertura de ojos</b>		
Espontánea		4
Al habla		3
Al dolor		2
No apertura		1
<b>Respuesta motora</b>		
Sigue órdenes		6
Localiza el dolor		5
Se retirar al dolor		4
Flexión al dolor		3
Extensión al dolor		2
No respuesta		1
<b>Respuesta verbal (niños)</b>	<b>Respuesta verbal (lactantes)</b>	
Orientado	Sonriente, sigue sonidos y objetos	5
Conversación desorientada	Irritable, consolable	4
Palabras inapropiadas	Llora con el dolor	3
Sonidos incompresibles	Se queja ante el dolor	2
Ausencia de sonidos	No respuesta	1

- **NIVELES DE TRIAJE**

<b>Prioridad</b>	<b>Tiempo recomendado</b>
1. Emergencia	Inmediato
2. Muy urgente	Máximo 15 minutos
3. Urgente	Máx. 60 min.
4. Poco urgente	Máx. 120 min.
5. No urgente	Max. 240 min.