Nivel I Reanimación

Condiciones que son amenazas a la vida o la integridad física (o riesgo inminente de deterioro) que requieren intervenciones agresivas inmediatas.

Tiempo al médico INMEDIATA

Presentaciones usuales:

1. Código / paro:  los pacientes con paro cardíaco y / o pulmonar (o parece ser inminente)
2. Mayor trauma:  Lesión grave de cualquier sistema del cuerpo único o lesión del sistema múltiple (ISS> 16)

Lesión en la cabeza con GCS <10; quemaduras severas (> TBS o de las vías respiratorias 25% problemas), el pecho / lesión abdominal con alguno o todos los siguientes: estado mental alterado, hipotensión, taquicardia, dolor agudo, síntomas respiratorios o síntomas.

1. Estados de shock:  Condiciones en que hay un desequilibrio entre la oferta de oxígeno (cardiogénico, pulmonar, pérdida de sangre, trastornos de la afinidad por el oxígeno) y la demanda (estados hiperdinámicas) o utilización (síndrome de sepsis). La hipotensión y taquicardia o bradicardia y posiblemente en situaciones de detención avanzadas / anteproyectos.
2. Inconsciente:  Intoxicaciones / sobredosis, eventos del SNC, trastornos metabólicos pueden todos tener una alteración de la función mental de desorientación / confusión totalmente insensible o con convulsiones activamente. La protección de las vías respiratorias y la atención de apoyo a la evaluación rápida para determinar la causa / tratamiento son de vital importancia. La hipoglucemia es un problema rápidamente reversible, que debe aclararse con las pruebas de detección de noche.
3. Distress Respiratorio Agudo:  Existen muchas causas para la dificultad respiratoria, pero razones benignas sólo pueden ser diagnosticados por exclusión. Eventos intracraneales graves, neumotórax, asma cerca de la muerte (no puede hablar, cianosis, letárgico / confundido, taquicardia / bradicardia, O2 sáb <90%) exacerbaciones de la EPOC, CHF, anafilaxia y alteraciones metabólicas graves (insuficiencia renal, diabéticos Keto acidosis). Estos pacientes requieren una evaluación rápida de la intervención y el médico de la ABC. Los medicamentos y equipos para el manejo de la insuficiencia respiratoria y la ventilación (intubación endotraqueal-RSI, BIPAP) broncodilatadores, inotrópicos, vasodilatadores tienen que estar disponibles.

Pacientes típicos:

* No responda
* Vital Signs Ausente / inestable

Nivel II Emergent

Condiciones que son una amenaza potencial para la vida extremidad o de la función, que requiere intervención médica rápida o actos delegados.

Tiempo para el médico de evaluación / entrevista £ 15 min.

1. Alteración del estado mental:  infecciosa,,,, envenenamiento, efectos inflamatorios isquémicos traumáticas de drogas, trastornos metabólicos, deshidratación ... pueden afectar sensorio desde simples  . déficits cognitivos a la agitación, letargo, confusión, convulsiones, parálisis, coma  Incluso cambios sutiles pueden estar asociados con vida y grave y problemas tratables. Todos los pacientes con alteración del estado mental deben tener una prueba de detección de azúcar en la sangre rápidamente. Los niños pequeños con la irritabilidad y la mala alimentación son ejemplos de alteración del estado mental que podría representar una infección bacteriana grave o deshidratación.
2. Lesión en la cabeza:  Este problema aparece en varios niveles de triaje. Los pacientes de riesgo más graves o altos requieren una evaluación MD rápido, para determinar los requisitos para la protección de las vías respiratorias de exploración / CT o intervención neuroquirúrgica. Estos pacientes suelen tener un estado mental alterado (13 GCS €). Dolor de cabeza severo, pérdida de conciencia, confusión, síntomas de cuello y náuseas o vómitos se puede esperar. Los detalles relativos a el momento del impacto, el mecanismo de aparición de la lesión y la gravedad de los síntomas y cambios en el tiempo son muy importantes.
3. Trauma severo:  Estos pacientes pueden tener mecanismos de alto riesgo y los síntomas del sistema único severas o compromiso del sistema múltiple con signos menos severos y los síntomas de cada uno (ISS> = 9).En general, la evaluación física de estos pacientes debe revelar signos vitales normales o casi normales (VS anormal, nivel I). Estos pacientes pueden tener dolor moderado a severo y el estado mental normal (o cumplir con los criterios establecidos para el nivel II lesiones en la cabeza).
4. Neonatos:  Niños £ 7 días son en riesgo de hiperbilirrubinemia, anomalías cardíacas congénitas no diagnosticadas y sepsis. Los signos de problemas graves pueden ser muy sutiles. Ansiedad de los padres suele ser muy alta y estos pacientes deben llevarlos al lugar de tratamiento para la DE y tienen la evaluación médica inmediata u opinión verbal.
5. Dolor en los ojos:  La escala de dolor 8-10/10. Las exposiciones químicas (ácidos o alcalinos) causan dolor intenso y visión borrosa es generalmente debido a la fotofobia y ojos llorosos (blephorrhea). Estos pacientes deben recibir analgésicos tópicos y tienen los ojos enjuague de acuerdo con las directrices locales (15 minutos para el ácido y 30 minutos de álcali). Se sugiere la evaluación del médico con una lámpara de hendidura después de enjuagar. Es hora de la evaluación del médico puede demorarse si el protocolo de tratamiento puede llevarse a cabo sin una orden médica. Otras condiciones dolorosas como el glaucoma y la iritis pueden haber asociado déficits visuales y requieren evaluación médica inmediata. Cuerpos extraños corneales ARC queratitis suelde o solar, se beneficiarían de analgésicos tópicos y el tiempo del médico para la evaluación podría retrasarse si el dolor está controlado. Si el dolor no se controla, el diagnóstico debe ser reconsiderado.
6. Dolor en el pecho:  Este es uno de los síntomas más difíciles para las enfermeras y los médicos de triaje de emergencia. Hay tantas formas en que la isquemia cardiaca regalos que nos enfrentamos con frecuencia a evaluaciones largas y detalladas que no siempre conducen a una conclusión definitiva. Los pacientes con no traumático, el dolor visceral son más propensos a tener síndromes coronarios importantes (IAM, angina inestable). La documentación cuidadosa de la actividad en el inicio, la duración de cada episodio, el personaje, el sitio, la radiación, los síntomas asociados factores agravan y alivian y perfil de riesgo, todo influye en la capacidad de predecir la presencia o ausencia de enfermedad coronaria significativa.

El dolor visceral  es continua (más de unos pocos segundos y casi siempre más de 2-5 minutos) y se describe como presión, dolor, opresión, pesadez, ardor, o simplemente una "molestia". Si hay síntomas asociados (como el sudor, náuseas y dificultad para respirar) y / o la radiación en el cuello, la mandíbula, el hombro (s), espalda o brazo (s), entonces la probabilidad de graves aumenta dramáticamente etiología.

Dolores agudos súbita:  se pueden asociar con los problemas de la pared torácica, pero también puede ser debido a una embolia pulmonar, disección aórtica, neumotórax, neumonía u otros problemas graves asociados con ruptura vascular o viscoso. Estos pacientes suelen tener dolores agudos que son

severo, repentino, persistente o están asociados con otros síntomas (falta de aliento, síncope / pre síncope) o factores de riesgo significativos están presentes.

Dolores agudos  que no son graves o son fácilmente reproducidas por palpación o agravadas por la tos, la respiración profunda, o movimiento, con signos vitales normales pueden tener un retraso en la evaluación del médico (Nivel III o IV).

MI anterior, angina o Embolia pulmonar:  Los pacientes con una historia previa de estos conditionsshould ser de nivel II no importa lo que el carácter del dolor.

1. Sobredosis:  sobredosis intencionales son particularmente poco fiable cuando se trata de determinar qué se ha ingerido agentes y la cantidad real. Estos pacientes requieren la evaluación del médico temprana, o asesoramiento, con respecto a la necesidad de detección tóxico, monitorización o métodos de prevención de la absorción, la mejora de la eliminación o la administración de antídotos. Los pacientes con signos de toxicidad (alteración del estado mental, signos vitales anormales) deben ser vistos con gran rapidez (£ 5 minutos).
2. Dolor abdominal:  La intensidad del dolor solo, no puede predecir si serias condiciones médicas o quirúrgicas están presentes. Dolores viscerales (constante, dolor, presión, ardor, apretando) con síntomas asociados (náuseas, vómitos, sudor, las radiaciones, choques o reverberando dolor) con alteraciones de signos vitales (hipertensión, hipotensión, taquicardia, fiebre) son mucho más propensos a ser grave problemas que requieren pronta investigación, el tratamiento o el alivio del dolor. Breves dolores de tipo cólico, intermitente o agudos sin signos vitales anomalía generalmente se pueden se pueden retrasar. Existe una superposición significativa entre las condiciones benignas y catástrofes como la AAA roto (edad> 50), embarazo ectópico (en las mujeres 12-50), apendicitis, obstrucción intestinal viscoso perforado, colangitis ascendente. Esto significa que todo el dolor abdominal intenso (8-10/10) debe causar proveedores a ser particularmente cuidadoso de "dolores viscerales" o dolores muy bruscos, en particular con otros síntomas asociados.
3. GI Bleed:  causas gastrointestinales superiores son más propensos a causar inestabilidad. Vomitar sangre bruto, café emesis suelo y melena son típicas de las fuentes de UGI. Heces marrón, sangre oscura o sangre rojo también puede ser a partir de fuentes de UGI, pero son más propensos a ser más bajos GI. La fuente no es tan importante como la manera de lidiar con el paciente con inestabilidad hemodinámica. Un conjunto de signos vitales normales no lleva ninguna garantía de estabilidad hemodinámica.
4. CVA:  Los pacientes con importantes déficits neurológicos pueden requerir protección de la vía aérea o la TC emergente para determinar los criterios para la trombólisis, la anticoagulación, la intervención neuroquirúrgica o pronóstico. Si el tiempo de inicio de los síntomas es <4 horas luego de tiempo a la TC es el elemento crítico en las estrategias de tratamiento.
5. Asma:  El asma grave se define mejor con una combinación de medidas de objetivos (FEV1; FEM, saturación de O2) y los factores clínicos que se relacionan con la severidad de los síntomas, los signos vitales y la historia de episodios severos anteriores. La mejor medida de la gravedad y guía a la terapia es algún tipo de prueba de espirometría. Si el FEV1 y / o FEM son <40% predicho o mejor anterior, el paciente se considera grave y requiere tratamiento inmediato y observación estrecha hasta que los signos de mejoría. En los niños que no pueden hacer la espirometría o FEM, sobre todo menores de 6 años de edad, las características clínicas y O2saturation se utilizan para estimar la gravedad.
6. Disnea:  Este es subjetiva y puede correlacionar mal con la función pulmonar o déficit en la absorción de oxígeno y el parto. Dependiendo de la edad, la historia previa y la evaluación física uno puede no ser capaz de distinguir entre la EPOC asma, CHF, PE, neumotórax, neumonía, crup, epiglotitis, anafilaxia ... o una combinación de problemas. El inicio y la duración de los síntomas, los signos vitales y la auscultación del tórax con frecuencia se permitirá la intervención temprana para la mayoría de las causas graves de falta de aire.
7. Anafilaxia:  reacciones alérgicas graves pueden deteriorarse rápidamente. Los pacientes con antecedentes de asma están particularmente en alto riesgo de muerte. Sospecha de problemas debe estar presente si hay algún síntoma respiratorio o quejas de opresión en la garganta. Estos pacientes pueden recibir epinefrina por el protocolo, y tienen demoras un poco más en la evaluación del médico, sobre todo si hay antecedentes de este problema, con un curso sin complicaciones. La verdadera anafilaxia involucra múltiples sistemas del cuerpo: CNS (alteración del estado mental de incautación / coma) CVS (hipotensión / taquicardia, colapso vascular / shock) respiratorio (respiración sibilante, cianosis, tos) Piel (urticaria, picazón, con cualquier tipo de erupción no purpúrica) GI (vómitos, dolor abdominal, diarrea) renal ... La historia del tiempo de exposición y el tipo de agente en relación con el momento de la aparición de los síntomas son importantes para determinar la causa y para el futuro siguen o secreción consejo.
8. El sangrado vaginal / dolor abdominal bajo pélvica aguda:  Los pacientes con sangrado vaginal y abdominal bajo o agudo, se debe evaluar la posibilidad de graves problemas ectópicos u otros asociados con el embarazo.Los pacientes con signos vitales anormales (hipotensión) deben tener acceso IV establecida y la evaluación del médico inmediato. Incluso si el dolor es sólo moderada (4-7/10) angustia ectópico o desprendimiento / fetal es todavía posible. Los pacientes> = 20 semanas deben ser evaluados rápidamente y la consideración de traslado inmediato a la sala de caso con o sin evaluación del médico, en función de los protocolos o guías locales.
9. Infecciones graves: Pacientes con infecciones bacterianas o síndrome de sepsis suelen aparecer mal y tendrán una anomalía en uno o más signos físicos como el estado mental, signos vitales, saturación de O2. Un antecedente de fiebre o escalofríos con rigor debería tratar de lograr. (Rigor es un episodio de agitación que el paciente no puede controlar: hablar dientes, cama mecedoras ...). Erupciones cutáneas purpúricas (no manchas de blanqueo, por ejemplo, petequias) pueden estar asociados con la meningitis.
10. Fiebre (niños pequeños):  Temperaturas> = 38,0 en menores de 3 meses.
11. Fiebre:  Con signos de letargo (cualquier edad) deben dar lugar a una pronta evaluación por el médico para considerar las enfermedades bacterianas graves como la meningitis.
12. Niños: con letargo, falta de apetito, vómitos con o sin fiebre deben tener la evaluación del médico muy rápido o contacto para el asesoramiento en intervenciones.
13. Vómito y diarrea:  con sospecha o signos de deshidratación. Los signos de deshidratación no siempre son fiables, especialmente en los pacientes más jóvenes.
14. La psicosis aguda / agitación extrema:  Estos pacientes pueden sufrir de alteraciones metabólicas, intoxicaciones u otros problemas orgánicos. Si la psicosis / agitación aguda es parte de una enfermedad psiquiátrica en curso conocido, el paciente y el departamento se beneficiarán de la intervención temprana con antipsicóticos, sedantes (retención química) o si las restricciones físicas necesarias. Historia de otros proveedores de salud (comunidad MD, RN, EMT) testigos, cuidadores, familiares, amigos, signos vitales y evaluación física suele permitir la identificación de los grupos de riesgo desde una perspectiva médica (sobredosis, eventos del SNC, hipoglucemia ...).
15. Diabetes:  brazaletes de alerta médica, la historia de los demás, el examen físico, los signos vitales de bedside pruebas de glucosa todo será útil en la identificación de los diabéticos con hiper o hipoglucemia. Diaforesis y o estado mental alterado son típicos de la hipoglucemia. Estado mental alterado, visión borrosa, fiebre, vómitos, pulso anormal y respiraciones (rápida y profunda) son más típicos de niveles elevados de azúcar en sangre con o sin acidosis ceto diabética.
16. CVA / abdominal / dolor en la ingle:  Cólico renal (litiasis-"piedras") normalmente tiene un dolor muy severo (8-10/10) con CVA, abdominal, la ingle, dolor testicular. La náusea y el sudor son frecuentes, pero por lo general es la severidad del dolor, (con o sin una historia previa) que alerta a los proveedores de atención a la diagnosis. De AAA a veces se han perdido o tener un retraso en el diagnóstico, debido a algunas de las características se superponen en la historia y la física. La hematuria es frecuentemente presente, pero no es necesario para el diagnóstico de cólico renal. La evaluación del médico en Pedir datos o protocolos que permiten la administración de IV o analgésicos rectales se sugieren. Alteraciones de los signos vitales (hipertensión o hipotensión) o inquietud que el diagnóstico no es renal de origen deben pronta notificación médico inmediato o evaluación.
17. Dolor de cabeza:  Este motivo de consulta aparece en múltiples niveles de triaje. Hay gran preocupación por los retrasos en el diagnóstico de  "catástrofes" del SNC  (subaracnoidea, epidural, subdural, la meningitis / encefalitis) que pueden tener varias funciones superpuestas con migraña. También se piensa que es importante poner en práctica la terapia abortiva, con agentes no opiáceos, en el momento oportuno para aliviar el dolor y el sufrimiento innecesario y acortar ED duración de la estancia, para los pacientes con migraña. La clave para la estratificación de diagnóstico / riesgo se basa principalmente en una historia exacta de aparición, por supuesto, la duración, los síntomas asociados y antecedentes de episodios similares. Actividad en el momento de aparición, la forma súbita fue el dolor, síntomas de cuello, náuseas / vómitos, estado mental son cuestiones clave. Es importante establecer lo que significa que un paciente por un "dolor repentino" . Todos los dolores son realmente repentino ... ¿cuánto tiempo se tarda en alcanzar la máxima intensidad es lo que es fundamental en el diagnóstico médico. Dolores que están en su peor momento en el momento en que empiezan ("como si alguien me golpeó con un dos por cuatro" o como un "trueno") o dentro de unos pocos segundos, casi siempre son graves. Los dolores que vienen con rapidez (5-30 minutos son típicos de la migraña. Dolores más graduales no siempre son benignos, pero en los dolores de cabeza que rara vez se asocian con las "catástrofes" en la lista de diferencial (sangre intracraneal).
18. Dolor severo (escalas de dolor):  Cuando un paciente dice tener un dolor de 8-10/10 y no parece estar en peligro, o parece tener nada que esperar a tener un intenso dolor, es útil preguntar cuál es su más experiencia dolorosa había sido antes. El primer dolor alguno tiene, por definición, un 10/10! Si han tenido un hijo, un hueso roto, cólico renal, migraña u otras condiciones que se esperan para causar dolor severo y su dolor actual se está frente a una de estas entidades, esto puede ayudar a decidir qué nivel de triaje es apropiado. Usted mi también quiere obtener una orden verbal del médico de analgésicos. Los niños o los ancianos pensamiento de tener dolor severo (pero no son capaces de anotar o calificar su dolor) deben ser tratados como si tuvieran 8-10/10.
19. Abuso / negligencia / asalto:  Estos pacientes pueden no tener los problemas que amenazan la vida, pero tienen necesidades muy especiales que se relacionan con su bienestar mental y los requisitos específicos para la recogida de muestras para las pruebas, o la activación de los protocolos locales para el uso de equipos de asalto y servicios comunitarios. Las víctimas de asalto sexual aguda (menos de 4 horas) deben ser todos de nivel II y otros podrían ser de nivel III o menos dependiendo de la naturaleza de las lesiones o condición médica.Estos pacientes requieren un ambiente seguro y comprensivo con el apoyo emocional.
20. Abstinencia de drogas de severa (delirium tremens o de otros):  Estos pacientes pueden ser a veces confundido con problemas psiquiátricos agudos. Pacientes que se sabe que abusan de sustancias ocasiones se asume que están en el servicio de urgencias para los problemas no médicos y el peligro que se encuentran en se pueden subestimar. Las convulsiones, coma, alucinaciones, confusión, agitación (batidos, temblores), signos de exceso de catecolaminas (taquicardia, hipertensión, hiperpirexia), pecho / dolor abdominal, vómitos, diarrea ... todos son parte de un espectro de signos y síntomas asociados con la droga / la abstinencia de alcohol.
21. Quimioterapia:  Los pacientes tratados con quimioterapia o pacientes inmunodeprimidos (VIH, inmunodeficiencia conocida, de malignidad) con o sin fiebre se encuentran en mayor riesgo de problemas graves, estos pacientes pueden deteriorarse con rapidez, puede requerir el aislamiento y la evaluación temprana de los recuentos absolutos de células blancas.

Nivel III Urgente

Condiciones que podrían progresar a un problema grave que requiere una intervención de emergencia. Puede estar asociado con un malestar significativo o habilidad que afecta a funcionar en el trabajo o las actividades de la vida diaria.

Tiempo al médico £ 30 min.

1. Lesión en la cabeza:  estos pacientes puede haber tenido un mecanismo de alto riesgo. Deben estar alerta (GCS 15) dolor moderado (<8/10) y náuseas o vómitos. Debe cambiarse el nivel 2 si el deterioro o simplemente parece mal.
2. Trauma moderado:  Los pacientes con fracturas o dislocaciones o esguinces con dolor intenso (8-10/10).Intervención de enfermería con férulas / analgésicos por lo que es razonable tener un cierto retraso en el tiempo para la evaluación del médico / intervención. Dislocaciones deben reducirse rápidamente, por lo que la evaluación del médico deben ocurrir en £ 30 minutos. Los pacientes están "estables" (normal o casi constantes vitales normales).
3. Asma, leves / moderados:  Los pacientes con dificultad moderada leve de aliento con el ejercicio, tos frecuente o de la noche despertar (no se acueste plano sin síntomas) y FEV 1  o FEM 40-60% predicho o mejor y O anterior 2 saturación> = 92 -94%. Asma leve es el VEF1 o del FEM> 60% y O 2 de saturación> 95%. Asmáticos leves pueden tener ataques graves y los asmáticos graves pueden tener ataques leves. Parte de la documentación de los medicamentos y los patrones de ataque anteriores (intubado, UCI, admite frecuentes) pueden ayudar a identificar a los individuos de alto riesgo. No es prudente asignar un nivel de triaje de menos a un asmático que ha llegado a causa de un aumento de los síntomas respiratorios. Estos pacientes deben ser colocados en áreas del departamento en el que se pueden observar, no es un medio de re-evaluación o el paciente o acompañante sabe reportar cualquier empeoramiento con el personal de emergencia. Mediciones espirométricas (FEV 1 , PEF) se debe realizar en los pacientes (más de 5 años de edad) con asma que han llegado a los servicios de urgencias debido a un cambio en el estado respiratorio.
4. La disnea, Moderado:  Los pacientes con neumonía, EPOC, URI, grupa ... pueden quejarse de, o parece que le falta el aire. Como síntoma, no siempre está claro cómo cuantificar y puede bajar a una evaluación de los signos vitales y otros síntomas que acompañan a decidir su probabilidad de necesitar investigación o el tratamiento urgente. Las medidas objetivas tales como el FEV 1 / FEM o O 2  de saturación son útiles, sobre todo si sibilancia está presente o que se sabe que tienen EPOC.
5. Dolor en el pecho:  Dolores agudos localizados, empeora con la respiración profunda, la tos, el movimiento o la palpación no se asocia con falta de aliento u otros síntomas que pudieran sugerir considerable del corazón o enfermedad pulmonar. Estos son por lo general debido a los problemas de la pared torácica o irritación en uno de los "forros" dentro ("pleuresía" o incluso pericarditis). Si un paciente es de edad avanzada o ha tenido un IAM o angina de pecho, y tiene este tipo de dolor que todavía debe probablemente ser triaged como nivel II. No hay características viscerales deben estar presentes (nivel II dolor en el pecho).
6. GI Bleed:  GI superior o inferior de sangrar, no sangrado activo, con signos vitales normales. Siempre hay posibilidad de deterioro, por lo que una serie de repetición de los signos vitales se debe hacer dentro de los 30 minutos o si hay algún cambio en el estado / síntomas.
7. El sangrado vaginal y embarazo:  Dolor leve o ninguna (£ 4/10) y el sangrado no es grave, el pimer trimestre (LMP> = 4 semanas y / o previamente positivos b HCG) y los signos vitales normales. Deben ser reevaluados a los 30 minutos.
8. Incautación:  Conocido trastorno convulsivo o de nueva aparición, sino breves (<5 minutos). Alerta, respirando normalmente, la protección de las vías respiratorias (gag normal), los signos vitales normales.
9. La psicosis aguda y / o suicida:  Problemas psiquiátricos, en realidad no agitados pero cierta incertidumbre en cuanto a si son una amenaza para ellos mismos o para otros. Los signos vitales normales. Puede ser muy emocional, pero no violento y razonablemente cooperativa. Algunos "bipolares" (maníaco-depresivo). Requerir ambiente de cuidado seguro y que permitan evaluar el riesgo de sobredosis.
10. El dolor agudo severo (8-10/10):  los pacientes con problemas menores, pero sí informó de dolor intenso (8-10/10) deben tener cualquiera de las intervenciones de enfermería (hielo, férulas ..) o un protocolo para instituir analgésicos o el acceso temprano al verbal la evaluación del médico. Los pacientes con dolor de espalda discogénico normalmente tienen un dolor muy repentina mientras se levanta o se dobla. La irradiación del dolor en las piernas es común. Si hay debilidad muscular, pérdida de la sensibilidad o no puede orinar / incontinente después más graves problemas neurológicos pueden estar presentes y la evaluación del médico urgente es necesaria. Mecánicos para la espalda cepas / dolores suelen ser más lento en el inicio o incluso retraso (horas a 1-2 días). Escalas de dolor Alta (8-10/10) son comunes y separando aguda de dolor de espalda crónico a menudo hace que estos pacientes difíciles con respecto a la asignación de triage. Con frecuencia los pacientes se sienten frustrados y proveedores a menudo no saben si analgésicos potentes son de ayuda. Ser crítico sobre el dolor de alguien puede correr el riesgo de que falten otros problemas importantes y altos niveles de insatisfacción de los pacientes con su visita de emergencia. Es muy difícil de evaluar de nuevo los pacientes con dolor sin una camilla y la exposición de la cintura para abajo, el paciente debe ser llevado a un área donde se puede hacer esto.
11. El dolor agudo moderado (4-7/10):  Los pacientes con migraña o cólicos renales pueden presentarse con dolor moderado pero deteriorarse rápidamente. Estos pacientes probablemente se beneficiarían de una intervención más temprana. Algunas de las molestias de espalda no traumáticas moderadas pueden tener causas potencialmente graves y deben tener los signos vitales normales y reevaluación de enfermería si hay retrasos en la evaluación del médico.
12. El vómito y la diarrea (Edad <2 años):  infecciones Deshidratación y graves a veces pueden ser sutiles en los niños muy pequeños y los signos vitales pueden ser normales.
13. Diálisis (o pacientes trasplantados):  problemas de electrolitos y el equilibrio de fluidos son comunes en estos pacientes. Esto aumenta el riesgo de arritmias y un rápido deterioro.

Nivel IV Menos urgente (Semi urgente)

Condiciones que se relacionan con la edad del paciente, la angustia, la posibilidad de deterioro o complicaciones se beneficiarían de una intervención o tranquilidad dentro de 1-2 horas).

Tiempo al médico £ 1 hora

1. Lesión en la cabeza:  Lesión leve de cabeza, alerta (GCS 15), sin vómitos, cuello Los síntomas y los signos vitales normales. Puede requerir breve período de observación, según el momento de la lesión en relación con la visita ED. Si el intervalo de tiempo desde el accidente de> 4-6 horas y se ha mantenido libre de síntomas, un cheque neuro y la cabeza hacia la hoja de rutina puede ser todo lo que se necesita. La edad del paciente y las características de la atención de proveedores / apoyo en el hogar también puede influir en la decisión de enajenar o período de observación.
2. El trauma menor:  Fracturas menores, esguinces, contusiones, abrasiones, laceraciones, que requiere una investigación o intervención. Los signos vitales normales, dolor moderado (4-7/10).
3. Dolor abdominal:  El dolor agudo de intensidad moderada (4-7/10) o en un niño en "ningún sufrimiento agudo".La severidad del dolor de la apendicitis o colecistitis u otros problemas potencialmente graves no es un medio fiable de la exclusión de estos problemas. Los signos vitales deben ser normales y el paciente no debe aparecer estar en peligro agudo. El estreñimiento puede causar un dolor muy intenso o en ocasiones puede confundirse con otros problemas más graves. Comience por pensar en lo peor posible, y asegúrese de que no hay suficientes datos clínicos o de investigación que permite la exclusión de problemas potencialmente graves pero tratables.
4. Dolor de cabeza:  No repentina, no es grave, no la migraña, sin características de alto riesgo asociados (ver el nivel II y III de cabeza). Problemas infecciosos como la sinusitis, URI, o gripe, como enfermedades pueden causar estos. El dolor debe ser más que moderada (4-7/10) y los signos vitales normales.
5. Dolor de oído:  Otitis media y externa pueden causar moderada (4-7/10) a (8-10/10) un dolor intenso y estos pacientes deben recibir analgésicos, ya sea como parte del protocolo de enfermería / intervención o con una orden verbal del médico. Si el paciente ya sea tiene dolor severo o está en peligro agudo (hijo), el nivel de triage debe ser III o tienen pedidos de analgésicos. El proveedor debe usar su juicio en cuanto a qué tan pronto debe producirse la evaluación del médico. La determinación de la causa del dolor de oído y la implementación de un tratamiento adecuado o el seguimiento es importante.
6. Dolor en el pecho:  Estos pacientes no deben tener ningún sufrimiento agudo, dolor (4-7/10), no hay dificultad para respirar, sin características viscerales, no hay problemas cardíacos previos, los signos vitales normales. El dolor suele ser pleurítico (agudo, peor con la respiración profunda, la tos, el movimiento, la palpación). Estos pacientes pueden haber tenido una lesión en la pared torácica o algo de tensión de los músculos de la tos o la actividad física.
7. Suicidal / deprimidas:  Los pacientes se quejan de pensamientos suicidas o han hecho gestos, pero no parecen agitados. Los signos vitales normales. Debido a que el riesgo de suicidio y la posibilidad de sobredosis es con frecuencia difícil de definir con precisión, estos pacientes deben tener una persona responsable quedarse con ellos y la reevaluación periódica debe ocurrir. Los pacientes con depresión también deben ser evaluados por su potencial para el suicidio. Todos los proveedores deben mostrar empatía y tratar de tener los pacientes situados en una zona tranquila y segura.
8. Cuerpo extraño corneal:  Si el dolor es leve o moderada (4-7/10) y ningún cambio en la agudeza visual.
9. El dolor de espalda crónico:  Estos pacientes pueden ser muy difícil y siempre debe ser evaluado como si su problema nunca se ha visto antes. Por lo general es fácil de confirmar que el patrón es idéntico al anterior y que las anormalidades neurológicas no están presentes. Ocasionalmente, los pacientes pueden tener problemas de abuso de sustancias y el único propósito de la visita es buscar una receta de estupefacientes. No es prudente etiquetar a las personas o juzgar a menos que haya pruebas claras de que se trata de abuso de sustancias en lugar de adicción a las drogas y los síndromes de dolor crónico. El área de triage no es adecuado para hacer esta determinación y evaluación del médico es necesario.
10. Síntomas URI: Los pacientes con la congestión de las vías respiratorias superiores, tos, dolores, fiebre, dolor de garganta son visitantes frecuentes de la disfunción eréctil de. Desafortunadamente los pacientes con faringitis estreptocócica, mono, absceso periamigdalino, epiglotitis, neumonía u otras enfermedades graves no siempre pueden ser identificados en las evaluaciones de rutina de consulta o rápidas. Gripe como enfermedades con síntomas generalizados pueden ser graves para los pacientes que son mayores, tienen problemas de salud significativos, o muy jóvenes. Debido a que algunas infecciones bacterianas graves también pueden tener algunas similitudes con lo que parece ser la "gripe", estos pacientes pueden requerir el nivel III de atención, en algunos casos. Si hay signos o síntomas respiratorios significativos, realice una saturación de O2 y si <95% nivel de triaje de actualización.
11. Vómitos y diarrea sin signos de deshidratación (edad> 2):  El riesgo de deshidratación aumenta con vómitos y diarrea juntos. La mayoría de las veces, la gastroenteritis viral sencilla no causa problemas graves en los adultos sanos y en la mayoría de los niños. Los signos de deshidratación varían según la edad. Los niños pequeños pueden tener comportamiento / cambios del estado mental que van desde la simple inquietud, de ser muy letárgico o inconsciente. Otros indicios que se pueden encontrar en los signos vitales, sequedad de las mucosas, las lágrimas disminuyeron, disminución del gasto urinario y la turgencia de la piel. Las preguntas de triage deben tratar de definir claramente el inicio y el curso de la enfermedad con la cuantificación de los episodios de diarrea y vómitos. Saber cuántas veces alguien había vomitado, si ocurrió sólo al comer o beber, y cuando el último episodio fue (horarios exactos son los mejores (no el día de hoy ... 1000 am). Lo mismo es cierto para la diarrea. Si hay menos de 5 floja evacuaciones por día, entonces son de deshidratación o desequilibrio electrolítico improbable. En los niños mayores y adultos con> 10 evacuaciones por día (con o sin sangre) deben ser considerados causas más graves, como enfermedades inflamatorias del intestino. Los pacientes con> = 10 episodios de vómitos en las 24 horas previas y / o> 5 de bm por día durante 2 o más días deben causar la consideración de la clasificación de heridos al nivel II o III en función de la evaluación de la hidratación. También es importante tener en cuenta que el vómito puede ser un signo de otros problemas tales como alteraciones del SNC, enfermedad cardiaca, el efecto del fármaco, insuficiencia renal, alteraciones hepáticas, diabetes, trastornos del embarazo ... Estos pueden ser identificados si son al menos consideradas.
12. (Escala 4-7/10)-dolor moderado aguda:  Moderada dolor con heridas leves o problemas de MSK.

Nivel V No Urgente

Condiciones que pueden ser agudo, pero no urgente, así como las condiciones que pueden ser parte de un problema crónico con o sin evidencia de deterioro. La investigación o intervenciones de algunas de estas enfermedades o lesiones podrían retrasarse o incluso se refirieron a otras áreas del hospital o sistema de atención de salud.

Tiempo al médico £ 2 horas.

1. El trauma menor:  contusiones, abrasiones, laceraciones menores (que no requieren el cierre de ninguna manera), síndromes de sobreuso (tendinitis), y los esguinces. Intervenciones de enfermería, entablillado, limpieza, estado de vacunación, analgésicos menores son todas las expectativas de los pacientes en esta categoría.
2. Dolor de garganta, URI:  Los pacientes con quejas menores, no graves y sin síntomas respiratorios / compromiso. Enfermedades virales típicas, con signos vitales normales o fiebre baja (<39 ° C).
3. Sangrado vaginal:  Puede ser la menstruación normal o sangrado sin dolor en pacientes posmenopáusicas. Si el embarazo es excluido y el dolor no es grave (<4/10), los signos vitales son normales ... estos pacientes pueden tener un retraso en la evaluación de seguridad.
4. Dolor abdominal:  Dolor leve (<4), que es crónica o recurrente, con signos vitales normales. Algunos individuos pueden quejarse de dolor más severo, las personas más jóvenes en particular y ser difíciles de justificar la asignación de triage superior. Es importante tener en cuenta el contexto en el que estos pacientes presentan y tomar iniciativas no juzgar. Sus síntomas pueden ser muy difícil y frustrante para el proveedor de cuidado, o paciente, ninguno de los cuales realmente quieren estar en el servicio de urgencias. Períodos de espera ampliadas deberían conducir a una cierta reevaluación y / o hasta triage.
5. Vómitos solo, solo Diarrea: no signos de deshidratación y la edad> 2:  Estos pacientes deben tener el estado mental normal y signos vitales.
6. Psiquiátrico:  Estos pacientes parecen tener problemas menores o insignificantes desde el punto de vista de los proveedores, pero se sienten frustrados por la falta de disponibilidad de otras opciones para el cuidado de la salud que son específicos de la comunidad. También pueden ser simplemente consciente de lo que se dispone de otras opciones. Tener una mente abierta y ser sensibles a las cuestiones socioeconómicas y culturales le permitirá al proveedor la oportunidad de evaluar el nivel de atención necesario y el riesgo de daño a sí mismo oa otros. La depresión crónica o recurrente, problemas para hacer frente, control de los impulsos ... estado mental normal, sin hallazgos somáticos / vegetativo (apetito, de peso, de alteración del patrón de sueño, episodios de llanto sin explicación) y signos vitales normales. Algunos crónica, pero más grave trastornos psiquiátricos o trastornos de conducta para los cuales no hay evidencia de deterioro ni modificación ... Esto no puede normalmente ser evaluados completamente en el triaje.

<https://www.nurseone.ca/docs/NurseOne/Private%20Documents/rural_and_remote/triage-and-acuity.pdf>

<http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines>