

**TRIAJUL
ÎN DEPARTAMENTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ (DMU), UNITĂȚI
PRIMIRE URGENȚE SPECIALIZATE (UPU-S), UNITĂȚI PRIMIRE
URGENȚE (UPU), ADULȚI**

**Gheorghe Ciobanu – prof. univ., dr. hab. în șt. med.,
Clinica Urgențe Medicale USMF „Nicolae Testemițanu”,
IMSP Institutul de Medicină Urgentă**

E-mail: anticamera@urgenta.md, Fon: + 373 22 23-78-84

Rezumat

Triajul constituie mecanismul sau procedura prin care pacienții care se prezintă în DMU/UPU-S/UPU adulți sunt evaluați și clasificați de către o persoană competentă în scopul identificării și prioritizării pacienților pentru a fi consultați și tratați în dependență de gravitatea urgențelor medico-chirurgicale. Asistenta de triaj trebuie să decidă, câte tipuri diferite de resurse sunt necesare pacientului pentru ca medicul să poată ajunge la decizia finală. Decizia finală poate fi trimiterea pacientului acasă, admiterea în unitatea de supraveghere, spitalizarea sau transferul în alte instituții. Indicele de severitate (gravitate) a urgenței medico-chirurgicale (ISU) reprezintă un algoritm de triaj cu cinci nivele care categorizează pacienții din DMU/UPU-S/UPU adulți prin evaluarea gravității și resurselor necesare. Gradul de severitate (gravitate)

a urgenței medico-chirurgicale este determinat în dependență de stabilitatea funcțiilor vitale și potențialului de tratament pentru supravețuirea organului, extremității sau a pacientului în general.

Cuvinte-cheie: triajul, Departamentul de Medicină Urgentă, Unități Primire Urgențe Specializate, Unități Primire Urgențe, adulți

Summary. The triage in the emergency department (ED) Specialized Emergency Receiving Unit (SERU), the Emergency Unit (EU). Adults

The purpose of triage in the emergency department (ED) is to prioritize incoming patients and to identify those who cannot wait to be seen. The triage nurse performs a brief, focused assessment and assigns the patient a triage acuity level, which is a proxy measure of how long an individual patient can safely wait for a medical screening examination and treatment. The Emergency Severity Index (ESI) is a tool for use in emergency department (ED) triage. The ESI triage algorithm yields rapid, reproducible, and clinically relevant stratification of patients into five groups, from level 1 (most urgent) to level 5 (least urgent). The ESI provides a method for categorizing ED patients by both acuity and resource needs. The ESI represents a major change in the way triage is practiced; implementation of the ESI requires a serious commitment from education, management, and clinical staff. Successful implementation of this system is accomplished by committing significant resources during training and implementation.

Key words: triage, emergency department, Specialized Emergency Receiving Unit, Emergency Unit, adults

Резюме. Тriage в Департаменте неотложной медицинской помощи (ДНМП), Специализированных подразделениях неотложной медицинской помощи (СПНМП), Подразделениях неотложной медицинской помощи (ПНМП), взрослые пациенты

Тriage представляет собой механизм или процедуру, согласно которой взрослые пациенты в ДНМП / СПНМП / ПНМП оцениваются и классифицируются компетентным лицом с целью определения их приоритетности на консультации и лечение в зависимости от тяжести заболевания. Во время триажа медсестра должна решить, сколько необходимо различных ресурсов, чтобы врач мог прийти к окончательному решению. Окончательное решение может быть отправкой пациента на амбулаторное лечение, мониторинг в соответствующем подразделении, госпитализации или перевода в другие учреждения. Показатель степени тяжести (тяжесть) ургентного состояния (ГИП) является пятиуровневым алгоритмом сортировки, что классифицирует пациентов ДМУ / ВПС-S / ВПС взрослых для оценки тяжести состояния и необходимых ресурсов. Степени тяжести (тяжесть) ургентного состояния определяется в зависимости от устойчивости жизненно важных функций и потенциально необходимого лечения для выживания органа, или конечности и пациента в целом.

Ключевые слова: триаж, департамент неотложной медицинской помощи, специализированные подразделения неотложной медицинской помощи, подразделения неотложной медицинской помощи, взрослые пациенты

Definiții

Triajul constituie mecanismul sau procedura prin care pacienții care se prezintă în DMU/UPU-S/UPU adulți sunt evaluați și clasificați de către o persoană competentă în scopul identificării și prioritizării pacienților pentru a fi consultați și tratați în dependență de gravitatea urgențelor medico-chirurgicale.

Triajul constituie mecanismul sau procedura prin care pacienții care se prezintă în DMU/UPU-S/UPU adulți sunt evaluați și clasificați, luând în considerare starea lor clinică și acuzele cu care se prezintă, corelate cu vârsta și antecedentele acestora; stabilitatea funcțiilor vitale; potențialul de agravare a stării lor; necesitatea instituirii unui tratament sau efectuării unor investigații precum și alte date considerate relevante astfel încât să fie stabilită prioritatea cu care un pacient este asistat și nivelul de asistență necesară acestuia.

Triajul este un proces continuu fiind necesară reevaluarea periodică a pacienților până la plecarea acestora din DMU/UPU-S/UPU adulți.

Scopul triajului în DMU/UPU-S/UPU adulți este de a prioritiza și de a identifica pacienții pentru

a fi consultați și tratați în dependență de gravitatea urgențelor medico-chirurgicale.

Indicile de severitate (gravitate) a urgenței medico-chirurgicale (ISU) reprezintă un algoritm de triaj cu cinci nivele care categorizează pacienții din DMU/UPU-S/UPU adulți prin evaluarea gravității și resurselor necesare. Dacă pacientul nu prezintă un grad înalt de gravitate (nivelu ISU I și II) asistenta de triaj va evalua necesitățile estimative a resurselor necesare pentru a stabili ISU nivelul III, IV și V.

Gradul de severitate (gravitate) a urgenței medico chirurgicale este determinat în dependență de stabilitatea funcțiilor vitale și potențialului de tratament pentru supravețuirea organului, extremității sau a pacientului în general [3].

Asistenta de triaj va estima și necesarul de resurse bazat pe experiența acumulată.

Necesarul de resurse este definit ca numărul de resurse estimative pe care pacientul le va utiliza pentru rezolvarea stării de urgență și spitalizarea sau transportul în alte instituții ori eliberarea sub supravegherea medicului de familie.

Personalul de triaj este compus din asistenți/te special pregătiți/e în vederea acestei activități. În triaj își poate desfășura activitatea și personal auxiliar care va ajuta la poziționarea și transportul pacienților.

Parametrii clinici. Parametrii clinici evaluați la triaj: acuză principală, durerea. Parametrii clinici măsurați la triaj: tensiune arterială, frecvența cardiacă și respiratorie, temperatura, saturație O₂, glicemia [6,8].

Categoria de urgență în care este încadrat pacientul este dată de către cea mai severă stare patologică pe care o prezintă pacientul în momentul triajului. Odată identificată o stare patologică care prezintă un risc pentru pacient, aceasta va fi tratată în conformitate cu gradul de urgență pe care îl impune [7].

Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor

Cadru general

- Triajul este o funcție esențială a DMU/UPU-S/UPU adulți, unde se pot prezenta mai mulți pacienți simultan având scopul de a asigura tratamentul acestora în ordinea gradului lor de urgență. În același timp se permite alocarea către respectivul pacient a celei mai potrivite locații pentru a fi asistat și tratat [4].

- Triajul este primul punct de contact între pacient și DMU/UPU-S/UPU adulți. Evaluarea nu trebuie să ia mai mult de cinci minute. Triajul trebuie să ia în considerare o combinație între acuzele principale la prezentare și semnele obiective. Semnele vitale vor fi măsurate la triaj dacă sunt necesare încadrării într-o clasă de urgență sau dacă timpul o permite, fără a întârzia asistența medicală de urgență în cazul urgențelor majore. Acestea vor fi imediat transferați, în zonele special destinate asistenței și tratamentului unde pacientul va fi evaluat mai complex. Evaluarea la triaj nu are ca scop neapărat punerea unui diagnostic, cu toate că acest lucru poate fi uneori posibil. Nu este exclusă nici investigarea paraclinică a pacientului sau îndrumarea sa către un cabinet de specialitate încă din triaj.

- Este esențial de avut în vedere riscul potențial de agresivitate a pacienților sau al aparținătorilor acestora. Spațiul de triaj trebuie să fie unul sigur și neamenințător. Echipele de triaj trebuie să fie pregătite să managerieze situații conflictuale. Atunci când siguranța personalului sau a celorlalți pacienți este amenințată, măsurile de restabilire a climatului de siguranță trebuie să fie luate înaintea evaluării clinice sau a tratamentului [10].

- Timpul până la evaluare și tratament este specificat pentru fiecare dintre categoriile de urgență și se referă la timpul maxim pe care, un pacient din perspectiva categoriei, îl are de așteptat până la evaluare și tratament. Pentru pacienții încadrați în categorii

de urgență majoră evaluarea și tratamentul vor avea loc simultan. Prolungirea acestei perioade peste timpul maxim de așteptare se considera a afecta evoluția ulterioară a pacientului. De aceea încadrarea în standarde este considerată un indicator de performanță a DMU/UPU-S/UPU adulți care trebuie analizat pe grupuri mari de prezentări.

- Re-trierea pacienților. Dacă pe parcursul așteptării starea pacientului se modifică sau dacă apar elemente noi de anamneză care să fie semnificative pentru gradul de urgență al pacientului, acesta trebuie să fie reevaluat la triaj. Ambele (triajul inițial și re-triajul) trebuie să fie înregistrate împreună cu documentarea deciziei de re-triere [11].

- Triaajului în Departamentul de Medicină Urgentă (DMU), Unități Primare Urgențe Specializate (UPU-S) Unități Primare Urgență (UPU) adulți este prioritar pentru identificarea stărilor critice ale pacienților care nu pot să aștepte pentru a fi examinați. Totodată atribuirea nivelului de urgență dă posibilitate ca orice pacient să fie în siguranță, să fie evaluat, examinat și să primească la timp tratamente corespunzătoare. Triaajul oferă modalitatea transparentă de prioritizare și accesul echitabil al pacienților la evaluare și tratamente imediate, investigații, diagnostic, internări și transferuri în secții sau instituții specializate [12].

- În țările Uniunii Europene în DMU/UPU-S/UPU adulți s-a implementat una din cele mai sigure și eficiente scale - ISU (Emergency Severity Index). Această scală ISU, reprezintă o scală cu 5 nivele, creată de medicii de urgență R. Wuerz și D. Eitel din SUA.

Indexul de Severitate a Urgențelor (ISU). ISU impune în fața personalului medico-sanitar din DMU/UPU-S/UPU adulți următoarele obiective: determinarea priorității evaluării și inițierea tratamentului de urgență la pacientul critic, care a sosit în DMU/UPU-S/UPU adulți. Pentru a îndeplini obiectivele ISU este necesar de ținut cont de răspunsurile la următoarele întrebări [9]:

Cine ar trebui să fie văzut primul dintre pacienții sosiți în DMU/UPU-S/UPU adulți?

Cât de mult poate fiecare pacient să aștepte?

Care este nivelul de urgență în care poate fi clasat pacientul?

Care sunt resursele necesare pentru evaluarea, stabilizarea și precizarea diagnosticului pacientului în DMU/UPU-S/UPU adulți?

Conceptul ISU (anexa 1)

Caracteristica și beneficiile implementării ISU
Caracteristicile ISU.

Permite sortarea pacienților în 5 nivele de gravitate.

Facilitează prioritatea pacienţilor bazată pe starea lor de urgenţă.

Permite identificarea rapidă a pacienţilor care necesită tratamente imediate.

Defineşte intervalele de timp de aşteptare până la evaluarea de către medic.

Impune asistenta de triaj să anticipeze necesitatea de examinări (de exemplu: analize clinice, glicemia, ECG şi iniţierea manoperelor salvatoare de viaţă: dezobstrucţia căilor respiratorii, terapia volemică antişoc ş. a.).

După clasarea pacientului în categorie ISU, pacientul poate fi direcţionat către o evaluare mai completă de către medic, înregistrare, tratament iniţial sau spre aşteptare în funcţie de nevoile de examinare planificate ale acestui pacient.

Beneficiile ISU

Identificarea pacienţilor care necesită tratamente imediate

Focusarea ISU este triaj rapid al pacienţilor şi aplicarea de resurse limitate

Utilizarea scalei ISU duce spre îmbunătăţirea fluxului de pacienţi în DMU/UPU-S/ UPU adulţi (de ex. pacienţii din categoria I sau II pot fi direcţionaţi imediat către sala de tratamente imediate).

Determinarea pacienţilor care nu trebuie evaluaţi în DMU/UPU-S/ UPU adulţi, dar atribuiţi ariei de consultaţii.

Rolul triajului [10]

- Asigurarea unei îngrijiri calitative şi standardizate pacienţilor, prioritizarea pacienţilor cu risc vital, care se prezintă în DMU/UPU-S/ UPU adulţi;

- Triajul va impune în rândul pacienţilor noţiunea de aşteptare justificată, supravegheată de către asistentul de triaj;

- Aşteptarea în DMU/UPU-S/UPU adulţi se transformă într-un interval de timp limitat, cuantificat, justificat;

- Categorisirea pacienţilor după scala ISU şi familiarizarea pacienţilor sau tutelei pacientului va justifica şi motiva sensul aşteptărilor examinărilor sau a îngrijirilor medicale.

Spaţiul de triaj

- Spaţiul se află la intrare în DMU/UPU-S/ UPU adulţi, la parter, unde sunt primiţi pacienţii sosiţi cu ambulanţa, cu transport propriu sau adresări de sinestătător [19];

- Spaţii recomandate pentru DMU/UPU-S/ UPU adulţi: spaţiu de triaj, sala de aşteptare, sala tratamente imediate, sala stabilizare, sala intervenţii chirurgicale minore, sala personal doctori, asistente, şef (departament) secţie, asistenta şefă, grup sanitar ş. a.;

- Pacienţii aflaţi în stare critică se transferă

direct în sala de stabilizare, triajul lor fiind efectuat direct de personalul ambulanţei;

- În cadrul spaţiului de triaj, există şi spaţiul de aşteptare, care sunt supravegheate de asistentul de triaj. În acest spaţiu vor aştepta pacienţii care nu prezintă probleme vitale până la momentul consultului lor în sălile de tratament şi ajutor medical;

- Să fie acces liber către laboratorul clinic şi biochimic, imagistică cu potenţial de efectuare a tomografiei computerizate sau rezonanţei magnetice nucleare, angiografiei, radiografiei şi radioscopiei, USG ş. a.

Abilităţile şi responsabilităţile asistentului de triaj

- Triajul este efectuat de către asistentul de triaj, special pregătit în vederea acestei activităţi, dar care la necesitate poate apela la medicul de gardă [18].

- Asistentul de triaj trebuie să cunoască regulamentul intern al DMU/UPU-S/ UPU adulţi. De asemenea asistentul medical special pregătit, trebuie să aibă experienţa necesară, abilităţi în soluţionarea conflictelor, capacitate de gândire clinică, capacitate de adaptare la stres, să fie cu tact şi răbdare [17].

- În cazul prezentării simultane a mai multor pacienţi în DMU/UPU-S/ UPU adulţi asistentul de triaj va solicita sprijinul celui de-al doilea asistent de triaj.

- În cazul identificării a mai mult de 3 pacienţi urgenţi este responsabilitatea asistentului de triaj să informeze medicul şi să asigure cât mai rapid evaluarea acestora de către medicul de urgenţă concomitent cu iniţierea tratamentului urgent.

- În DMU/UPU-S/ UPU adulţi la triaj iau parte personalul auxiliar (brancardieri, infirmieri) care vor ajuta la poziţionarea şi transportul pacienţilor.

Timpul de triaj. Este timpul de evaluare şi tratament specific pentru fiecare nivel de urgenţă şi se referă la timpul maxim pe care un pacient din categoria respectivă are de aşteptat până la evaluare şi tratament. Toţi pacienţii care se adresează în DMU/UPU-S/UPU adulţi se înregistrează, indiferent de modul de adresare şi de categoria de urgenţă. Timpul de evaluare şi tratament reprezintă începutul acordării asistenţei medicale. Toţi timpii vor fi înregistraţi cu specificarea minutului întreg cel mai apropiat.

Timpul (ora) de prezentare. Timpul de prezentare este primul timp înregistrat la contactul dintre pacient şi personalul DMU/UPU-S/UPU adulţi.

Timpul (ora) de efectuare a triajului. Reprezintă momentul în care pacientul începe să fie evaluat de către personalul de triaj.

Timpul (ora) de evaluare şi a tratamentului. În ciuda faptului că încă din etapa de triaj pacientul

poate beneficia de evaluare și tratament acest timp marchează începutul îngrijirilor pe care pacientul le primește pentru problema cu care s-a prezentat.

Timpul (ora) evaluării de către medic. Este momentul în care pacientul vine în contact cu medicul care este inițial răspunzător de îngrijirea lui. Acolo unde asistenta medicală se desfășoară în baza unor protocoale, se ia în considerare primul contact al pacientului cu personalul desemnat să implementeze protocolul. Dacă este vorba despre asistent/a, se va înscris ca Timpul (ora) evaluării de către asistent/a.

Timpul de așteptare. Rezultă din diferența dintre timpul de prezentare și timpul de evaluare și tratament.

Atribuirea nivelului de urgențe în DMU/UPU-S/UPU adulți

Stabilirea nivelelor de triaj se bazează:

Cunoștințe practice acumulate prin experiență și training.

Recunoașterea semnelor și simptomelor clinice ce prezintă pericol pentru viață.

Utilizarea de ghiduri și protocoale naționale și instituționale de triaj.

Nivelul de urgență ISU cuprinde toți pacienții care prezintă același grad de prioritate în funcție de severitatea patologiei și/sau caracterul acut, de manoperele necesare și resursele necesare de aplicat pentru stabilizarea stării pacientului [19].

Nivel I – resuscitare (cod roșu)

Nivel II – critic (cod galben)

Nivel III – urgent (cod verde)

Nivel IV – non-urgent (cod albastru)

Nivel V – consult (cod alb)

1. Nivel I – Resuscitare (cod roșu)

Este atribuit pacienților care necesită imediat intervenție salvatoare de viață.

Timpul maxim de preluare în zona de tratament (sala de stabilizare) 0 minute.

Notă: La nivelul I se referă și pacienții intubați, apneici, fără puls, detresă respiratorie severă $\text{SaO}_2 < 90\%$, modificări acute ale statusului mintal, inconștient. Totalul de pacienți care necesită clasați în nivelul I de gravitate constituie 1-3%.

În acest nivel de gravitate se încadrează pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice [13].

Unități nozologice încadrate în nivelul I

1. Stopul cardiorespirator;

2. Insuficiență respiratorie acută;

3. $\text{SaO}_2 < 90\%$;

4. Pacienți cu supradozări de medicamente și $\text{FR} \leq 6$ respirații/min.;

5. Detresă respiratorie severă cu respirații agonice sau găsing;

6. Bradicardie severă sau tahicardie cu semne de compromitere a hemodinamicii și hipoperfuziei;

7. Hipotensiune cu semne de hipoperfuzie;

8. Pacienți cu durere toracică, palizi, cu transpirații profuze, $\text{TA} < 70$ mm Hg (anterior prezentării);

9. Șoc anafilactic;

10. Pacient intubat, cu hemoragie craniocerebrală cu pupile nesimetrice;

11. Adult căzut de la înălțime și care nu răspunde la stimul dureros;

12. Pacient politraumatizat asociat cu hipovolemie;

13. Status convulsiv, sindrom convulsiv (în desfășurare);

14. Pacienți inconștienți;

15. Pacient cu erupții peteșiale și dereglarea conștienței;

16. Hipoventilație, tahipnee;

17. Cianoză instalată acut;

18. Șocul/Sepsis cu semne de hipoperfuzie;

19. Dereglări de ritm, tahiaritmii, puls diminuat și aritmic;

20. Timpul de reumpere capilară $> 3-4$ secunde; alterarea aspectului tegumentar – rece/marmorat, pectic sau pal;

21. Alterarea tensiunii arteriale $\uparrow\downarrow$ - hipotensiunea fiind frecvent întâlnită la adolescenți;

22. Reacțiile anafilactice (debut în minute până la ore): compromitere respiratorie – dispnee, wheezing, stridor, hipoxemie;

23. Hipoperfuzie: sincopa, lipotemie;

24. Tegumente și/sau implicarea mucoaselor (urticarie, prurit, buze edemate, limba sau uvula);

De asemenea în nivelul I ISU se mai încadrează:

Cu una sau mai multe dintre următoarele situații clinice: pacient intubat, apneic, fără puls, cu prezența detresei respiratorii severe, $\text{SpO}_2 < 90\%$, inconștient.

Hiporeactivi cu halenă etanolică.

Hipoglicemie, alterarea statusului mintal.

Aprecierea gradului de dereglare a conștienței – aplicarea Scalei Glazgow, Scala AVPU

Dacă asistenta de triaj decide că pacientul nu este clasat în categoria I de urgențe, se decide dacă pacientul nu poate aștepta și se clasează în categoria a II de urgențe, iar dacă pacientul poate aștepta se îndeplinesc pașii următori ai algoritmului de triaj [6].

Dacă pacientul se clasează în categoria a II de urgențe este necesar de identificat dacă întrunește criteriile nivelului II.

a) Este o situație cu risc înalt.

b) Pacient inconștient, confuz, letargic, dezorientat.

c) Pacientul are durere severă sau sindromul de dedresă.

În cazul când este o situație, sau satre generală cu risc înal este necesar de bazat pe colectarea unui anamnestic foarte minuțios, examinarea pacientului și punerea în aplicarea la al „6-lea simț” al asistentei de triaj, care reesă din experiența profesională înaltă. De exemplu: durere toracică; semne de AVC, dar nu se încadrează în Nivelul I; pacienți imunocompromiși și cu comorbidități.

Nivel II – Critic (cod galben)

Pacientul care reprezintă o situație cu risc major sau status mental alterat (modificare acută) sau orice durere intensă sau disconfort major.

Timpul maxim de preluare în zona de tratament 10 minute.

Situații cu risc major:

- Stare clinică cu risc de deteriorare rapidă sau necesitatea aplicării tratamentului imediat.
- Afectarea gravă a stării funcționale sau a structurii unui organ sau a unui segment anatomic.
- Acele situații pentru care „ocupăm și ultimul pat liber”.

Durere severă: apreciată clinic sau de către pacient ca fiind mai mare de 7 pe scala analog vizuală a durerii (0 – 10).

Statusul mental alterat SGC = 8 – 14.

Disconfort major: poate fi fizic sau psihologic (victima violenței domestice, abuz ș. a.).

Exemple de Nivel II – Critic (Cod Galben)

În această categorie vor fi atribuiți pacienții cu stări clinice grave sau situații cu risc major pentru agravare, status mental deteriorat, orice tip de durere intensă sau disconfort major (poate fi fizic sau psihic - victima violenței domestice, abuz etc.).

Exemple de categorisire a pacienților în nivelul II ISU.

Sincopa

Hemophilia cu hemoragie acută

Istoric de traumatism sau leziune prin cădere

Semnele vitale și/sau status mental alterat

Tentativă de suicid

Convulsii de durată, perioada postcriză (conștiența dereglată)

Stare de rău astmatic

Detresa respiratorie

Zgomote respiratorii anormale (grunting)

Status mental alterat

Se acceptă și categorisirea pacientului în nivelul II de urgență ISU după acuze, semne și simptome clinice:

Respiratorii:

Dispnee, IR acut instalată sau manifestă

Detresa respiratorie

Epiglotită acută

Astm bronșic exacerbare, stare de rău astmatic

Pleurezie; Pneumotorax spontan

Dispnee + disfagie + hipersalivație

Durere toracică intensă

Cardiovasculare:

Dereglări de ritm cardiac (tahi-bradiaritmii)

Durere toracică

Istoric de operație pe cord cu durere toracică

Revărsat pericardic

Endocardită infecțioasă

Abdominale:

Semne de deshidratare severă

Vărsături incoercibile

Diaree cu letargie

Durere abdominală intensă

Sângerare gastro-intestinală: melenă, rectoragie

Neurologice:

Status mental alterat: iritabilitate, somnolență, coma

Scala AVPU; scala Glasgow (9-12)

Convulsii recente

Istoric de traumatism craniocerebral cu pierderea conștienței

Cefalee în asociere cu febră

Deficite motorii, dereglări de vorbire, halucinații acute instalate

Durerea:

Severa

Acut instalată

Scala durerii > 7

Durere testiculară instalată brusc

Intoxicația acută:

Etiologie neidentificată

Pacient inconștient

Scop suicidal al intoxicației

Necesitatea în administrarea repetată de antidoti

Traumatisme craniocerebrale:

Traumatism craniocerebral

Contuzie cerebrală

Nivel III – Urgent (cod verde)

Pacient cu funcții vitale stabile, dar care necesită 2 sau mai multe dintre resursele definite mai jos.

Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 30 minute.

Înainte de categorisirea pacientului în nivelul III, asistentul de triaj trebuie să determine semnele vitale și să decidă dacă sunt în limite normale pentru vârsta pacientului. Dacă semnele vitale sunt în afara parametrilor acceptați, asistentul de triaj trebuie să ia în considerație reclasificarea pacientului la o categorie superioară. Semnele vitale utilizate sunt: pulsul, frecvența respiratorie, tensiunea arterială și saturația în oxigen. Valorile semnelor vitale care determină încadrarea pacientului într-o categorie de triaj I-II.

Zona de pericol. Semnele Vitale. Consideră pa-

cientul de nivel 2 de triaj dacă unul din semnele vitale este în afara limitelor normei.

În nivelul III de urgență ISU sunt clasați pacienții care au răni și necesită pansamente, pacienți în cărje care necesită explicații efectuate de către asistentul medical, cum să se folosească, dar nu sunt considerate resurse ș. a. [18].

Reevaluarea pacientului. Se face în cazul în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 15 min sau apar modificări semnificative în starea pacientului, ceea ce presupune reluarea întregă a algoritmului de triaj [14].

Definirea resurselor. Resursele sunt acele intervenții care presupun evaluarea sau efectuarea unei proceduri ce necesită mai mult timp din partea personalului medical din urgență și/sau care implică personal din afara departamentului de medicină urgentă [16].

Resursele ce necesită un timp îndelungat (administrarea medicației intravenos, inserția unui dren toracic etc.) sau care necesită personal sau resurse din afara Departamentului de medicină urgentă (investigații imagistice, endoscopice, consult specializat) cresc durata de staționare a pacientului în Departamentului de medicină urgentă și influențează gradul de complexitate: din aceste considerente categoria de triaj va fi una superioară. Esența acestei abordări a algoritmului este diferențierea pacienților cu patologii mai complexe de cei cu patologii mai simple [18].

Din punct de vedere al numărului de resurse, contează utilizarea unor resurse diferite și nu fiecare test de laborator sau radiografie în parte (de exemplu: hemoleucograma, electroliții sau testele de coagulare reprezintă o resursă, hemoleucograma și radiografia toracică reprezintă două resurse).

Nivel IV – Non-urgent (cod albastru)

Pacientul care prezintă funcții vitale stabile și necesită o singură resursă dintre cele definite la nivelul III.

Vărsături, diaree fără deshidratare

Plăgi simple

Traumatism craniocerebral fără manifestări clinice.

Timpul maxim de preluare în zona de tratament 60 minute.

Reevaluarea pacientului. Se face în caz în care timpul de preluare în zona de tratament este mai mare de 30 minute sau apar modificări semnificative în starea pacientului, ceea ce presupune reluarea integrală a algoritmului de triaj.

Nivel V – Consult (cod alb)

Pacientul care nu necesită asistență medicală de urgență și nici una dintre resursele definite la nivelul III.

Persoane care se prezintă pentru unul din motivele ce urmează:

- Simptome urinare cu semne vitale normale
- Dureri în urechi
- Atele pe extremități
- Vaccinare
- Caz social fără acuze clinice
- Probleme clinico-administrative (certificate medicale, rețete etc.).

Timpul maxim de preluare în zona de tratament 120 minute. În vederea evitării supraaglomerării Departamentului de medicină urgentă, în zona de triaj se pot efectua anumite manevre și gesturi medicale, care să permită rezolvarea rapidă a cazurilor.

Parametrii de monitorizare și evaluare în DMU, /UPU-S/, UPU, adulți

- Corectitudinea categoriilor de triaj apreciate de asistența de triaj.
- Ratele de supra și sub evaluare a nivelului de triaj.
- Procentul cazurilor cu evoluție nefavorabilă datorită triajului incorect.
- Timpul mediu de așteptare pentru fiecare nivel de triaj.
- Procentul pacienților cu timpul de așteptare mai mare decât cel recomandat pentru fiecare categorie de triaj.

Algoritmul de categorisire în 5 nivele de triaj utilizează A,B, C și D.

A. Necesități în măsuri imediate salvatoare de viață: căi aeriene, medicație de urgență sau alte intervenții hemodinamice (i. v., oxigenoterapie, monitorizarea ECG sau investigații de laborator ș. a.) și/sau una din următoarele condiții clinice: bolnav intubat, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă SpO2 < 90, alterări acute a statusului mintal sau inconștient.

Inconștiența este definită ca pacient care prezintă una din următoarele:

- lipsa răspunsului verbal și a îndeplinirii comenzilor (activ), sau
- necesită stimul dureros (P sau U din sala AVPU)

B. Pacienții cu risc major sunt pacienții pentru care „ocupăm și ultimul pat liber”.

C. Durerea acută/detresă este determinată prin observarea pacientului și/sau scrierea de către pacient a durerii mai mare de 7 puncte pe scala 0-10.

D. Resurse: Enumărarea numărului de tipuri de resurse și nu a testelor individuale s-au examinărilor radiologice (exp.: leucograma, electroliții și coagulograma se echivalează cu 1 resursă leucograma și radiograma toracelui echivalează cu 2 resurse).

Evaluarea pacienților sosiți în DMU/UPU-S/ UPU adulți.

Identificarea acuzelor principale; menționate de pacienți, tutelă sau aparținător;

Determinarea precoce a deteriorărilor semnelor vitale de asistentul de triaj;

Evaluarea și documentarea acuzelor principale;

Aprecierea parametrilor principali ce permite încadrarea în categoriile de triaj: semnele vitale, aprecierea Scalei Glasgow și AVPU; scalei de durere și a mecanismului lezional în traumatisme

Categoria de urgență în care se încadrează pacientul este influențată de cea mai severă stare patologică pe care o prezintă pacientul în momentul triajului

Evaluarea

Subiectivă

Obiectivă

Informații suplimentare

Evaluarea subiectivă:

Rapid se va identifica debutul și evoluția bolii.

Când a început (timpul cât mai exact)? Care au fost primele semne de debut?

Cât a durat?

Caracteristicile afecțiunii?

În momentul de față este prezent simptomul dat?

Unde e localizat?

Descrieți caracterul și severitatea dacă e vorba de durere (scala de durere).

Iradieră durerii?

Dacă durerea este sau a fost prezentă: documentarea caracterului și a intensității (scala durerii)

Dacă anterior pacientul a avut aceste acuze?

Dacă da, care a fost diagnosticul?

Evaluarea obiectivă

Evaluarea obiectivă poate fi efectuată în sala de stabilizare, dacă pacientul necesită îngrijiri medicale imediate (pacientul plasat în Nivelele de urgență I, II și III).

Dezvoltarea și aspectul fizic; culoarea tegumentelor, activitatea motorie

Aprecierea gradului de afectare a sistemului nervos central: conștient, somn, coma, răspuns emoțional, anxios sau apatie.

Aprecierea semnelor vitale complete dacă timpul permite sau dacă sunt necesare pentru încadrarea într-una din nivelele III, IV sau V.

Efectuarea examenului obiectiv complet după organe și sisteme.

Important! Documentați detaliat în fișa de observație din DMU/UPU-S/ UPU Adulți.

Informații suplimentare

Prezența alergiilor la medicamente, alimente, înțepături de insecte în ultimele 6 luni

Antecedente ereditare; personale

Evaluarea și atitudine terapeutică imediată (ABCDE)

Punctul A. punctul de decizie A. Este pacientul muribund? Următoarele întrebări sunt necesare de

clarificat pentru a determina necesitatea imediată a măsurilor de intervenție salvatoare de viață.

- Sunt căile aeriene permeabile? Dacă răspunsul este „da” pacientul este atribuit la ISU nivel I.

- Pacientul respiră?

- Are pacientul puls?

- A fost pacientul în prespital intubat din motivul imposibilității menținerii potenței căilor aeriene, respirației spontane și menținerea saturației în oxigen.

- Necesită pacientul o intervenție imediată, administrarea de medicamente sau hemodinamică – compensare volemică.

- Întrunește pacientul unul din următoarele criterii: bolnav intubat, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă, SpO₂ < 90%, alterări acute ale statusului mintal, inconștient.

Dacă răspunsul este “Da” pacientul este atribuit la ISU nivel I.

Pacientul cu ISU nivel I constituie aproximativ 1-3% din numărul total al adresărilor în DMU (D. R. Eitel et al. 2003, R. Wuerz et al. 2000, R. Wuerz et al, 2001). Majoritatea pacienților cu ISU nivel I se spitalizează în secția terapie intensivă, unii decedează în DMU și un număr neînsemnat cu stări reversibile ale stării de conștiență, sau a funcțiilor vitale în caz de hipoglicemie, convulsii, intoxicații cu alcool sau anafilaxie care sunt redirecționați în secțiile de profil.

Punctul B. Punctul de decizie B. Trebuie și poate pacientul să aștepte?

Este a doua întrebare adresată pentru a lua decizia B și se referă la un episod nou instalat în alterarea statusului mintal. Pacienții cu status mintal alterat la prezentare nu fac parte din nivelul II (B).

Trei întrebări de bază vor determina dacă pacientul va fi încadrat în nivelul II:

1. Este la pacient o situație de risc înalt?

2. Este pacientul confuz, letargic sau dezorientat?

3. Este pacientul suferind de durere acută/detresă?

1. Este pacientul cu o situație de risc înalt?

ISU Nivel II

Criteriile ISU nivel II sunt cel mai frecvent greșit interpretate.

1. Este pacientul cu o situație de risc înalt?

Capacitatea de recunoaștere al pacienților cu risc înalt constituie elementul cheie în luarea deciziilor de triere și se bazează pe tabloul clinic, semnele vitale, circumstanțele și experiența acumulată.

AV- tahicardie sau bradicardie

Puls (central, periferic)

Tensiune arterială (hTA, HTA)

Timpul de reumplere capilară (norma < 2 secunde)

Temperatura și culoarea extremităților
Aspectul tegumentelor – umede sau uscate

Cauze de deteriorare a stării generale a pacientului cu intoxicație

Hipo- hipertensiune arterială, semne clinice de șoc;

Tulburări de ritm cardiac;

Acidoza metabolică (vasodilatație periferică).

Atitudine terapeutică:

Linie venoasă periferică (+recoltări) EAB;

Recoltări analize clinice și biochimice: ionogramă, glicemie, transaminaze, uree, creatinină, coagulograma;

Sonda urinară (pacienți comatoși) –monitorizare a diurezei;

Inițiere a PEV, resuscitare volemică, semne clinice de șoc, la necesitate preparate vasopresoare.

Exemple de pacienți cu risc înalt.

1. Durere toracică în evoluție, suspiciune de Sindrom Coronar Acut dar nu necesită intervenții imediate salvatoare de viață.

2. Semne de Accident Vascular Cerebral, dar care nu întrunesc criteriile pentru nivelul I.

3. Sarcină ectopică în evoluție, hemodinamic stabilă.

4. Pacient sub tratament chimioterapeutic și imunocompromis cu temperatură.

5. Pacient postsuicid sau postomucidere.

2. Este pacientul confuz, letargic sau dezorientat?

D=dizability-dizabilități

Evaluarea stării de conștiență după scala AVPU

Evaluarea pupilelor: formă dimensiuni

Reflexul fotomotor:

Midriaza fixă bilaterală nu semnifică neapărat moartea creierului.

Răspuns minim, simetric - comă toxico-metabolică, trunchi cerebral funcțional.

Pupile fixe - come structurale (traumatism craniocerebral asociat unei intoxicații).

Come toxico-metabolice (anoxie, hipotermie, atropină, organo-fosforice, barbiturice, opiacee).

Cauze de depresie a SNC: efect toxic direct sau în urma hipoxiei, hipoxemiei, hipercapniei, hipoglicemiei.

Prezența parezelor și paraliziei în jumătatea dreaptă sau stângă a corpului.

Exemple de pacienți confuzi, letargici sau dezorientați.

1. Instalarea acută a confuziei la un pacient în vârstă.

3. Este pacientul suferind de durere acută sau detresă?

Este a treia întrebare la care asistenta de triaj trebuie să dea răspuns. Dacă răspunsul este ”Nu”, asistenta va referi pacientul la o altă, următoare categorie de triaj [15]. Aceasta se va efectua prin observația clinică și/sau raportarea de către pacient a intensității durerii pe scala durerii 0-10 puncte. Vom stabili ca test pozitiv de prezență a durerii acute, când punctajul pe scala durerii va fi de 7 și mai mult, iar pacientul va fi atribuit la nivelul II. Sindromul dureros este o cauză frecventă a adresărilor în DMU, asistenta de triaj trebuie să ia în considerație circumstanțele, cauza, pentru atribuirea la nivelul II (B.)

Observația clinică a pacientului de către asistenta de triaj va stabili:

- distresul expresiei faciale, grimasul, plânsul sau strigătul de durere;
- diaforeza – transpirația abundentă;
- poziția corpului;
- modificări ale funcțiilor organelor vitale – hipertensiune, tahicardie și creșterea frecvenței respiratorii.

Durerea [1,2]

Aplicarea scalei de evaluare a durerii

Diferențierea durerii centrale de cea periferică

Durerea acută, cronică, recurentă

Prezentăm câteva scoruri ale durerii:

Scorul vizual-numeric – (pacientul marchează cifra, corespunzătoare intensității durerii în momentul evaluării); Pacientul(a) marchează cifra, corespunzătoare intensității durerii, în momentul evaluării.

Scorul vizual-analogic (SVA). Rugați pacientul să marcheze pe ax, între cele două extreme, punctul care corespunde intensității durerii, resimțite în momentul evaluării. Măsurați distanța în milimetri de la extremă stângă (durere absentă) până la punctul marcat de pacient. Valoarea obținută (în mm) reprezintă scorul intensității durerii. Lungimea axului trebuie să fie de 100 mm.

Scala descriptivă a intensității durerii. În versiunea orală, pacientul este rugat să-și califice intensitatea durerii, alegând una din cele 6 variante propuse: „durere absentă”, „durere ușoară”, „durere moderată”, „durere severă”, „durere foarte severă” și „cea mai intensă durere posibilă”. Dacă se utilizează versiunea grafică, atunci lungimea axului va fi de 10 cm.

Scorul Wong-Baker (expresia feței). Scala FACES → copii peste 3 ani. Pot fi personaje de desene animate, sub formă de broșă, insignă. Explicați pacientului că fiecare dintre fețe reprezintă o persoană, care suferă mai mult sau mai puțin de durere.

Scala funcțională a Durerii (de la 1-6) ș. a.

1. Durere absentă;
2. Durere tolerabilă, care nu interferează cu activitatea persoanei;
3. Durere tolerabilă, care împiedică unele activități ale persoanei;
4. Durere intolerabilă, dar care nu împiedică utilizarea telefonului, lectura, privitul televizorului;
5. Durere intolerabilă, care împiedică utilizarea telefonului, lectura, privitul televizorului;
6. Durere intolerabilă, care împiedică comunicarea verbală.

Asistentul de triaj va observa răspunsul pacientului la durerea acută. De exemplu, un pacient cu durere abdominală care prezintă diaforeză, tahicardie și hipertensiune arterială, ori alt pacient cu dureri în flancul drept sau stâng al abdomenului, cu anamnezic de colică renală, vomă și paliditate, ambele sunt exemple de pacienți care necesită a fi încadrați în nivelul II (B). Asistentul de triaj în luarea deciziei ar trebui să răspundă la întrebare și să ia în considerație intuiția personală bazată pe experiență „Ai oferi acestui pacient ultimul pat liber de care dispun”.

Distresul sever poate fi fiziologic sau psihologic. Exemplele de stres includ victimele abuzului sexual și ale violenței în familie, pacienții combativi sau pacienții psihici cu manifestări maniacale. Pacienții referiți la nivelul II (B) de triaj constituie 20-30% din pacienții care se adresează în DMU (R. Wuerz et al., 2001; D. Travers et al., 2002; P. Tanabe, R. Gimbel et al., 2004) și 50-60% din pacienții cu ISU nivel II (B) se spitalizează (R. Wuetz et al., 2001).

Punctul C. Punctul de decizie C. Estimarea resurselor.

Dacă răspunsul la întrebările punctului de decizie A și B sunt ”nu”, atunci asistenta de triaj trece la punctul de decizie C.

Asistenta de triaj trebuie să decidă, câte tipuri de resurse sunt necesare pacientului pentru ca medicul să poată ajunge la decizia finală. Decizia finală poate fi trimiterea pacientului acasă, admiterea în unitatea de supraveghere, spitalizarea sau transferul în alte instituții [3]. Asistenta de triaj prin evaluarea subiectivă și obiectivă a pacientului va trebui să răspundă la întrebare. Conform plângerilor și leziunilor principale ale pacientului, ce resurse vor fi necesare de utilizat?

Cercetările în domeniu au demonstrat că ISU nivel III prezintă 30-40% din pacienții care se prezintă în DMU (R. Wuerz et al., 2001; D. R. Eitel et al., 2003) ISU nivel IV și ISU -V constituie 20% și re-

spectiv 35% din pacienții DMU și acest procent este în creștere în condițiile unei asistențe medicale primare deficitare.

Punctul D. Punctul de decizie D. Semnele vitale ale pacientului

Până la atribuirea pacientului la nivelul 3 după ISU asistentul (a) de triaj trebuie să evalueze semnele vitale ale pacientului și să determine care sunt înafara limetelor normei în conformitate cu categoria de vârstă. Dacă unul din semnele vitale este înafara limetelor normei asistenta de triaj va readresa pacientul la nivelul II după ISU. Astfel utilizând semnele vitale asistenta de triaj poate transfera un pacient cu pulsul Pl de 104 bătăi în minut din nivelul III ISU la nivelul II după ISU.

Semnele vitale sunt considerate ca un instrument integral și o componentă obligatorie pentru luarea deciziei de atribuire a pacienților la categoriile de triaj. Deseori atribuirea pacientului la nivelul I, II de triaj după ISU se face în baza examenului obiectiv și a plângerilor principale ale pacientului. Sistemul ISU de triere recomandă obținerea semnelor vitale a pacientului în aria de triaj inclusiv temperatura, frecvența cardiacă, frecvența respiratorie și presiunea arterială obligatoriu pentru pacienții atribuiți la nivelul III după ISU și se consideră opționali pentru nivelul I, II, IV și V.

Pacienți cu comorbidități

Pacienții cu comorbidități trebuie evaluați atent pentru a nu subestima sau a nu supraclasa în nivele de ISU. Pacienții cu epilepsie, cu sindroame genetice și metabolice necesită o evaluare și reevaluare în dinamică. Nu vor fi automat amplasați în scala cu risc vital înalt ISU din cauza comorbidităților.

Reevaluarea pacienților în dependență de categoria de gravitate în triajul urgențelor medico-chirurgicale.

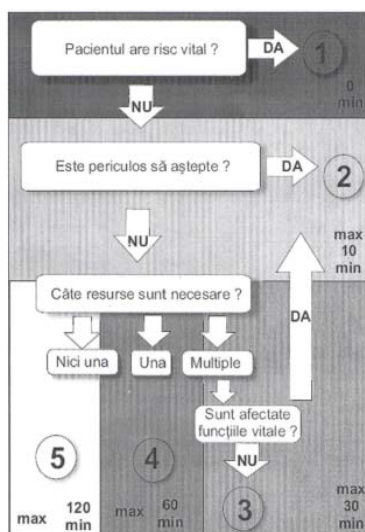
REEVALUAREA:

- CATEGORIA 1 - supraveghere continua.
- CATEGORIA 2 - la fiecare 15 minute.
- CATEGORIA 3 - la fiecare 30 de minute
- CATEGORIA 4 - la fiecare 60 de minute
- CATEGORIA 5 - la fiecare 120 de minute

Asistentul de triaj trebuie să reevalueze pacienții din sala de așteptare

Când pacientul are stabilit un diagnostic și este considerat “stabil”, frecvența reevaluării depinde de protocoale și de decizia medicului de urgență.

Când pacienții depășesc timpul de așteptare estimat pentru categoria lor de triaj, ei trebuie reîncadrați într-o categorie superioară.



Explicație 1, 2, 3, 4, 5 – nivele urgente

Anexa 1. Conceptul indexului de severitate a urgențelor (ISU)

Bibliografie

1. Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma, Clinical Practice Guideline No. 1. AHCPR Publication No. 92-0032; February 1992. Agency for Healthcare Research & Quality, Rockville, 1992: 116-117.
2. Belii A. Managementul durerii perioperatorii. Chișinău. 2012: 408 p.
3. Beveridge R, Ducharme J, Janes L, Beaulieu S, Walter S. Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: inter-rater agreement. *Ann Emerg Med* 1999;34(2):155-9.
4. Beveridge R. CAEP Issues. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. Canadian Association of Emergency Physicians. *J Emerg Med* 1998;16:507-11.
5. Beveridge RC, Ducharme J. Emergency department triage and acuity: development of a national model (Canada) (abstract). *Acad. Emerg Med* 1997;4:475-476.
6. Ciobanu Gh. Resuscitarea Cardiorespiratorie și cerebrală Vol I și II. Editura Nova Improm, Chișinău 2015: 772 p.; 1094 p.
7. Ciobanu Gh. Managementul Serviciului de Urgență în Sistemul Sănătății Publice al Republicii Moldova. Editura Tipografia Centrală, Chișinău 2011:540 p.
8. European Resuscitation Council guidelines 2010. 2010: <http://erc.edu/guidelines2010/>
9. Gliboy N, Tanabe P, Travers D. Emergency Severity Index (ESI), Version 4, Impl. Handbook 2012: 91 p.
10. Hockenberry M., Wilson D., Winkelstein M. -Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 8, St. Louis, 2009: 259 p.
11. Johnson LA. Triage: limitations and opportunities. *Ann Emerg Med* 1996;28:372-373.
12. Murraz Mj, Levis G. Does triage level (Canadian Triage and Acuity Scale) correlate with resource utilization for emergency department. *Can J Emerg Med* 2004;6: 180.
13. Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCS-DO) January 2004 - Reducing Attendances and Waits in Emergency Departments.
14. SAEM Ethics Committee: Ethics of emergency department triage. *Acad Emerg Med* 1995;2:990-995.
15. Straton Hill C. - Guidelines for Treatment of Cancer Pain: The Revised Pocket Edition of the Final Report of the Texas Cancer Council's Workgroup on Pain Control in Cancer Patients, 2nd Edition; Texas Cancer Council. 1997:61-62.
16. West TD, Pitzer SA. Improving quality while managing costs in emergency medicine. *J Health Care Finance* 1997;24:17-29.
17. Williams RM. Triage and Emergency department services. *Ann Emerg Med* 1996;27:506-508.
18. Wong D., Whaley L. Clinical handbook of pediatric nursing. St. Louis: CV. Mosby Company. 2nd ed. 1986: 373 p.
19. World Health Organization. Pocket book of Hospital care for children. 2013: 368 p.
20. Worster A, Gilboz N, Fernandes CM. Assessment of inter-observer of two five-level triage and acuity scales:a randomized controlled trial. *Can J Emerg Med* 2004;6: 240-245.