

SIMPOSIO SOBRE ENFERMERIA DE EMERGENCIA

PREFACIO

Cómo enfermera nueva graduada en 1970, he descubierto el campo emocionante de emergencia en enfermería, el cual en ese entonces, era considerado por muchas enfermeras con gran desdén. El interés en esta singular especialidad en el área de la salud se ha desarrollado desde entonces considerablemente como resultado de una mayor conciencia en la necesidad de mejorar la calidad de atención en los cuidados de emergencia. Los sistemas de servicios médicos de emergencia han recibido substanciales fondos gubernamentales y respaldo público, que permite la implementación de sistemas sofisticados de atención de emergencia en todo el territorio de los Estados Unidos. Desafortunadamente, el énfasis inicial en servicios médicos de emergencia estaba en áreas tales como comunicaciones, equipo, vehículos y entrenamiento para el personal de cuidados de campo. Conforme el sistema de servicios médicos de emergencia comenzó a funcionar, se puso en evidencia que las enfermeras que laboran en emergencia tenían grandes necesidades de educación adicional con el fin de proporcionar cuidados de enfermería en emergencia de alta calidad.

Las enfermeras emergencistas representan miembros vitales del sistema de entrega de atención a la salud ya sea que estén funcionando en el campo, como parte integrante de un equipo de rescate en helicóptero, o como miembro del personal estable del departamento de emergencia de un hospital. En algunos ambientes, las enfermeras se desenvuelven independientemente, emitiendo juicios sobre los problemas de los pacientes e iniciando las medidas necesarias de estabilización, mientras que en otras situaciones, el apoyo médico se encuentra disponible permanentemente. Sin tomar en cuenta el ambiente en el cual las enfermeras emergencistas se desempeñan, es necesario que ellas posean un alto grado de conocimiento, habilidad y experiencia clínica, con un gran énfasis en destreza de comunicación, la evaluación del paciente y el establecimiento de prioridades.

Durante las últimas décadas, ha habido un constante aumento en la utilización de departamentos de emergencia en los hospitales para el público. Con el fin de que las enfermeras funcionen eficazmente en éstos y otros ambientes de atención de emergencia, ellas deben tener una amplia base de conocimientos, incluyendo el de atención de pacientes de cualquier edad, desde el recién nacido hasta el de edad avanzada. No solamente todas las especialidades clínicas están representadas en enfermería de emergencia sino también todos los grados de salud y agudeza de las enfermedades o cualquier otro daño se hallan también incluidos. Los aspectos psicosociales de la problemática de los pacientes son frecuentemente iguales o más importantes que el problema físico en sí. Una enfermera competente en emergencia es verdaderamente una especialista en enfermería general.

La Asociación de Enfermeras de Departamentos de Emergencia (AEDE) fue fundada en 1970 con la finalidad de unir a las enfermeras de los servicios de emergencia y facilitar su desarrollo profesional. AEDE ha hecho muchos avances para mejorar las oportunidades educacionales de las enfermeras en esta especialidad a través de programas y materiales educacionales. La segunda edición de AEDE "núcleo curriculum", publicado en 1980, es una guía útil para el desarrollo e implementación de los cursos educacionales para enfermeras emergencistas. Otro paso hacia adelante en este campo de rápida evolución ha sido el desarrollo y administración continua de un examen de certificación para enfermeras emergencistas. Las candidatas que hayan aprobado dicho examen tienen derecho a usar el título de ECE (ENFERMERA CERTIFICADA EN EMERGENCIA) como parte de su título profesional.

La enfermera requiere cualidades especiales para ser capaz de sobrevivir y florecer en un área especializada como es el de una enfermera emergencista, donde el avance es promisorio y el conocimiento básico necesario se expande en proporciones geométricas. Es la intención de este simposio presentar hechos y conceptos recientes que serán útiles y estimulantes para aquellos interesados en atención en emergencia.

JUDY L. SPINELLA, R.N., M.S.
Editora Invitada

EVALUACION CLINICA Y ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

JUDY JO WELLS-WACKIE, R.N., M.S.*

Los departamento de emergencia están cada vez más inundados con pacientes que requieren atención de emergencia. Verdaderamente, cada paciente se presenta con una necesidad real y debe ser atendido por una enfermera. Las enfermeras del departamento de emergencia deben poseer una habilidad altamente desarrollada basada en conocimientos para evaluar y decidir las prioridades de atención. Consecuentemente, ellos diplomáticamente deben informar al paciente que espera la razón por la cual han tomado esa decisión mientras simultáneamente inicien los cuidados necesarios para salvarle la vida al paciente críticamente enfermo o herido. La evaluación clínica y el establecimiento de prioridades son esenciales en enfermería de emergencia. Simultáneamente la enfermera de la sala de emergencia experimenta la emoción, la amenaza, la obligación tambaleante y la recompensa de enfermería de emergencia.

EVALUACION Y ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Una característica singular de la enfermería de emergencia es la falta de conocimiento con relación a la historia clínica del paciente y el mecanismo del trauma. Además, el paciente en emergencia puede presentarse completamente vestido, y puede no ser colaborador, encontrarse en posición difícil, no estar informado sobre sus medicamentos, estar inconsciente, o no hablar el idioma de la localidad. El reto para la enfermera emergencista es evaluar a este paciente tal como se presenta e intervenir lo más pronto posible. La evaluación es clave y siempre debe efectuarse antes de llevar a cabo una intervención. Sin embargo, frente a condiciones que amenazan la vida, puede posponerse la evaluación continua, iniciar el tratamiento indicado y reasumir la evaluación posteriormente. Esta es la esencia del establecimiento de prioridades. En otras palabras, las prioridades intervencionales de atención se realizan sobre la base de una evaluación sistemática. Esto asegura que las condiciones de amenaza de vida sean identificadas y tratadas.

Por ejemplo, el paciente de edad avanzada puede acudir al departamento de emergencia quejándose de "mareos y opresión en el pecho" un complejo sintomático de presentación común. Inmediatamente, la enfermera determina que sus funciones vitales de respiración y circulación están relativamente intactas porque el está caminando y hablando. Sin embargo, presenta un color facial pálido y la enfermera interviene ofreciéndole

* Especialista clínica, servicios médicos de emergencia. Denver, General Hospital, Denver, Colorado.

asiento mientras continúa con una rápida evaluación preguntándole acerca del inicio y curso de sus síntomas. Simultáneamente, registra el pulso, el cual es de 160 latidos por minutos y le controla la presión arterial, la cual es de 90/60 mm Hg. Debido a esta evaluación preliminar, la enfermera decide intervenir inmediatamente solicitándole al paciente que se despoje de la camisa y se acueste. Un monitor cardíaco se adhiere al paciente, y dependiendo de los protocolos del departamento de emergencia, se le administra oxígeno y se instala un gotero intravenoso para la posterior administración de medicación de emergencia si fuera necesario. Siguiendo a estas intervenciones, la enfermera reanuda la evaluación, obteniendo una historia cardíaca y de medicación más completa mientras realiza un electrocardiograma de 12 derivaciones.

Analizando, la enfermera ha usado una habilidad altamente desarrollada sobre la base de conocimiento, para evaluar y obtener la historia de la enfermedad del paciente mientras intermitentemente establecía prioridades e intervenía para salvaguardar la vida del paciente. Al final la enfermera habrá reunido y registrado un conjunto de datos relacionados con la enfermedad del paciente. El contenido de la historia y el examen físico se adapta al síntoma principal y a la situación. La evaluación se logra utilizando hábilmente la comunicación, escuchando y mediante los sentidos de la vista, tacto, olfato y oído. El objetivo final de la evaluación y del establecimiento de prioridades de atención es brindar los cuidados de emergencia de modo rápido, seguro y de alta calidad.

La prueba de estas habilidades se pone de manifiesto, cuando un departamento de emergencia posee un exceso de pacientes que rebasan su capacidad de atenderlos o cuando el paciente, a pesar de tener una apariencia benigna, tiene una enfermedad que amenaza su vida o una lesión inestable. Los riesgos de una deficiente evaluación son obvios, y conducen al establecimiento de prioridades e institución del tratamiento inadecuado y puede resultar en un desenlace fatal. En cualquier departamento de emergencia, el espacio disponible, el costo y los inconvenientes al paciente, no permiten efectuar una sobre evaluación. Esencialmente, cuando la enfermera evalúa y establece prioridades, la vida del paciente está en sus manos. Esto constituye una gran responsabilidad que no debe dejar de remarcarse. La gratificación derivada de saber que una evaluación e intervención sagaces han sido salvadoras de vida es muy grande.

EVALUACION INICIAL

Ya que las enfermeras hacen frente a situaciones de emergencia, ellas evalúan al paciente para determinar la presencia de una situación que peligre la vida. Dichas evaluación inicial siempre debe ser realizada a pesar de la apariencia del paciente, síntoma principal, o modo de ingreso al departamento. En la mayoría de los casos, puede efectuarse en unos pocos

segundos. En la medida que las enfermeras de emergencia consciente y consistentemente realizan las evaluaciones iniciales, el procedimiento se convertirá en rutina para ellas, a menudo serán salvadoras de vida y todo ello les permitirá cuidar al paciente de emergencia en una forma adecuada y lógica.

Uno debe escuchar cuidadosamente y recordar la principal molestia del paciente. El ritmo, profundidad y simetría de sus respiraciones se evaluarán observando, escuchando y palpando. Debe recordarse las observaciones para registrarlas y compararlas y la evaluación continua se llevará a cabo anotando la celeridad y calidad del pulso, el color de la piel y la temperatura, el movimiento, hemorragias y deformaciones obvias. Los olores importantes que deben reconocerse son los correspondientes al alcohol, acetona, gasolina y orina. Además, deberá evaluarse el nivel de angustia, orientación y grado de conciencia. Si se identifican en este momento condiciones riesgosas para la vida, deberán entonces aplicarse medidas de soporte vital antes que se complete la evaluación integral.

Intervención Respiratoria

La apertura y permeabilización de las vías respiratorias y la instauración de procedimientos de resucitación boca-a-boca o bolsa-válvula-máscara constituyen intervenciones básicas prioritarias para cualquier paciente con compromiso o ausencia de ventilación. Este procedimiento de evaluación e intervención no se enfatizará lo bastante aunque se repita constantemente. La primera y más importante consideración para la sobrevivencia del paciente lo constituye el despeje de la vía respiratoria y el aseguramiento de la ventilación. Todas las enfermeras de emergencia deben saber insertar fácilmente la cánula oral o nasofaríngea y realizar maniobras de resucitación bien sea boca-a-boca o mediante bolsa utilizando máscara y dispositivo valvular.

Signos y síntomas adicionales que representan condiciones respiratorias críticas o inestables incluyen: jadeo, sibilancias, estridor, taquipnea con más de 40 respiraciones por minuto, bradipnea con menos de 8 respiraciones por minuto y característicamente superficiales, cianosis, respiraciones tipo Kussmaul-Kien, e irritabilidad atribuible a hipoxemia.

Una prioridad que la enfermera debe recordar cuando evalúa pacientes con trauma es la posibilidad de una lesión en la columna cervical. Todas las intervenciones de aireación deben alterarse a fin de proteger y prevenir el movimiento de la columna cervical. Además, todos los pacientes con función respiratoria críticamente comprometida deben recibir oxígeno suplementario. La administración de seis litros de oxígeno por minuto a través de una cánula nasal o máscara es lo indicado, excepto para el paciente con retención crónica de Dioxido de carbono, en cuyo caso la administración de 2 ó 3 litros de oxígeno por minuto es lo apropiado.

Intervención circulatoria.

La evaluación cardíaca y circulatoria debe efectuarse inmediatamente después de la intervención respiratoria. La ausencia de latido efectivo del corazón requiere la iniciación de un masaje cardíaco externo. Signos y síntomas adicionales que traducen situaciones cardíacas críticas o inestables incluyen: (1) tendencia inminente al shock o presencia de este, cualquiera que sea la causa; (2) historia o signo externo de hemorragia masiva (3) una historia o signos, de traumatismo externo o heridas múltiples, (4) un pulso irregular o débil (5) un pulso, en reposo, mayor de 120 latidos por minuto, (6) dolor de pecho con disnea aguda o cianosis y (7) un estado alterado de conciencia o inconciencia. La intervención por estados cardíacos alterados debe incluir el establecimiento de, por lo menos, una cánula endovenosa de calibre 18 ó más grande para la reposición de fluidos o administración de medicamentos. La solución de lactato Ringer o soluciones salinas normales se recomienda para cualquier causa de shock, excepto el de etiología cardiogénica. La administración de una solución de dextrosa al 5% en agua se indica para el shock cardiogénico y pacientes con dolor precordial con pulso irregular, o inconcientes.

Niveles de Alteración del Estado de la Conciencia.

Durante la evaluación inicial, si la enfermera tiene razones para pensar que el paciente tiene un nivel alterado de conciencia, deberán formularse preguntas apropiadas con la finalidad de determinar si el paciente está orientado en lugar, tiempo y persona. Debe efectuarse un reconocimiento preciso del nivel de conciencia y de sus reacciones. El paciente puede responder a la voz, la voz fuerte, a la sacudida, al dolor moderado, al dolor profundo, o no responder a nada en absoluto. La respuesta puede tomar la forma de hablar, abrir los ojos, musitar, gestionar, apartarse, o no mostrar ninguna reacción. Cualquiera sea el caso, si se registra el nivel de conciencia en términos descriptivos y es evaluado estrechamente y frecuentemente por la enfermera, los signos peligrosos inminentes se descubrirán tempranamente y será posible remediar la situación.

Por ejemplo, al llegar al departamento de emergencia, un niño con una lesión de cabeza, puede estar orientado respecto a la persona y al lugar, pero desorientado en cuanto al tiempo. El niño es posible que se levante fácilmente mediante estímulo verbal y abra sus ojos, pero es posible que prefiera dormir cuando lo dejan solo. La enfermera de emergencia deberá estar alerta a la existencia de un peligro inminente si, después de diez minutos, el niño requiere ser sacudido vigorosamente y se le deba hablar en tono subido antes que abra sus ojos, respondiendo en lenguaje confuso.

Una guía pronóstica en la evaluación del paciente con trauma cefálico es la escala de coma de Glasgow (tabla 1). Los parámetros evaluados con esta escala son el abrir los ojos, la respuesta verbal y la respuesta motriz. El máximo puntaje que puede dársele es 15; sin embargo, cualquier paciente con un puntaje menor de 7 corre un alto riesgo, se le debe asignar una alta prioridad, y tiene un pobre pronóstico.

Tabla 1. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Ojos abiertos	
Nunca	1
Al dolor	2
Al hablado	3
Espontáneamente	4
Respuesta Verbal	
Ninguna	1
Entrecortada	2
Inapropiada	3
Confusa	4
Orientada	5
Respuesta Motriz	
Ninguna	1
Extensión	2
Flexión anormal	3
Retiro	4
Dolor localizado	5
Obedece órdenes	6

Signos Vitales

La vigilancia de los signos vitales (al menos cada cinco minutos), incluyendo la vigilancia cardíaca, es mandatoria para cualquier paciente en estado crítico respiratorio o cardíaco. La enfermera de emergencia debe estar alerta a cualquier cambio abrupto o tendencia anormal en cualquiera de los parámetros en período corto de tiempo. (5 a 60 minutos). *

Se registran los signos vitales posturales u ortostáticos para determinar el significado de pérdida aguda de sangre. Las condiciones que justifican los signos vitales posturales incluyen (1) Hemorragia externa obvia y marcada (2) Síntomas o signos de hemorragia aguda o crónica. (ute rino, gastro intestinal inferior y superior, o epistaxis; (3) vómito abundante, diarrea o diaforesis (sudor) (4) taquicardia inexplicable mayor de 120 latidos por minuto; (5) presión baja anormal (6) dolor abdominal (7) trauma abdominal o torácico; y (8) síncope inexplicable, debilidad o mareo. Los signos vitales posturales son rápidos, seguros, fáciles y constituyen medidas de diagnósticos no invasivas invaluables en la evaluación y establecimiento de prioridades. La enfermera de emergencia debe vigilar estos signos sin vacilación para el pronto reconocimiento de la hipovolemia, excepto cuando la perfusión o circulación del paciente está obviamente comprometida o existe una lesión, tal como de columna cervical, en que no es recomendable efectuar estas pruebas.

Los signos vitales posturales se consideran significativos cuando, determinado paciente movilizado de la posición de cúbito a la posición sentado varía su presión arterial sistólica inmediatamente en 20 mm Hg o más, o el ritmo cardíaco se incrementa en 20 o más latidos por minuto. Debe darse prioridad a los pacientes con cambios marcados en sus signos vitales posturales. Las intervenciones incluyen sustitución de fluidos intravenosamente y una evaluación adicional para determinar la causa de la anormalidad.

Tabla 2. Pautas para la recolección de datos en la Historia Clínica*

Consideraciones Descriptivas	Síntomas endocrinos
Problemas asociados	Diaforesis
Inicio del problema	Problemas glandulares
Curso	Bocio
Localización	Desarrollo
Número de episodios	Intolerancia al frío y calor
Factores precipitantes	Bochornos
Comienzo	Mamas (tumor, dolor, secreción)
Irradiación del dolor	Polidipsia
Medidas de alivio	Polifagia
Factores agravantes	Poliuria
Relación con el tiempo	
Síntomas cardíacos	Síntomas digestivos
Historia cardíaca	Dolor abdominal
Dolor torácico	Anorexia
Cianosis	Eructos
Diaforesis	Diarrea, estreñimiento
Disnea	Disfagia
Hipertensión	Flatulencia
Soplos	Pirosis
Nausea	Hematemesis
Ortopnea	Antecedentes quirúrgicos
Palpitaciones	Ictericia
Vómitos	Melena
	Náuseas, vómitos
	Rectorragia
	Regurgitación
Síntomas Sistema Nervioso Central	Síntoma genito urinarios
Annesia	Dificultad en el inicio o
Afasia	término de la micción
Dificultad en el control de	Secreción, goteo
esfínteres	Disuria, polaquiuria
Mareos	Hematuria
Cefalea	Hernia

* De Wells, J.: Clinical assessment and priority setting. Emerg. Nurs. Update Ser. 1:4,5, 1979, con permiso

Debilidad muscular	Impotencia
Parestesias	Dolor lumbar
Dolor	Nicturia
Parálisis	Piuria
Cambios de la personalidad	Retención
Convulsiones	Incontinencia
Sincope	Cambios testiculares
Cambios visuales	Tenesmo vesical
Síntomas Ginecológicos	Síntomas cutáneos
Amenorrea	Sequedad
Dismenorrea	Agrietamiento
Dispareunia	Escoriaciones
Sangrado irregular	Prurito
Ultimo período menstrual	Descamación
Metrorragia, menorragia	Tamaño y localización
Dolor local	Síntomas Respiratorios
Protrusión	Dolor torácico
Prurito	Tos, espectoración
Síntomas urinarios	Cianosis
Secreción vaginal	Disnea
Síntomas musculoesqueléticos	Edema
Asimetría	Hemoptisis
Deformidad	Hipertensión
Limitación del movimiento	Sudoración nocturna
Pérdida de la función	Ortopnea
Irradiación del dolor	Disnea paroxística nocturna
Parálisis	Sincope
Rigidez	Estrido
Tumefacción	Sibilantes
Debilidad	

EVALUACION CONTINUADA

Una evaluación más detallada de enfermería es realizada siguiendo la evaluación inicial. La mayoría de pacientes que acuden a los departamentos de emergencia relatan sus molestias o dolencias principales verbalmente. La enfermera tiene la responsabilidad de recoger información esencial a través de un interrogatorio dirigido y abierto. Se requiere un conocimiento con base sólida y amplia para encauzar la información esencial de modo apropiado. Hasta cierto punto, las enfermeras de emergencia son generalistas debido a que ellas deben conocer todos los síntomas, causas, complicaciones y curso de muchas enfermedades y lesiones, así como de una amplia gama de medicamentos. Por ejemplo, una enfermera puede ser llamada para evaluar a una gestante de 24 años con flujo sanguíneo vaginal y dolor abdominal, a un niño de 6 años con el fémur fracturado y dolor abdominal secundario debido

a un accidente peatonal automovilístico, y a un paciente cardíaco desorientado de 75 años con dolor de torax, todo dentro del curso de un turno. No está dentro del alcance de este artículo describir la evaluación apropiada para cada posible presentación; en vez de ello, se proporcionarán pautas aplicables a cualquier situación.

Historia Clínica

La información pertinente a cualquier síntoma principal incluye: (1) la percepción personal del paciente de sus síntomas; (2) la calidad y duración de los signos de presentación; (3) el comienzo del síntoma (gradual o súbito) (4) la asociación entre los síntomas y las actividades diarias; y (5) el curso de los problemas que se presentan. Además, una descripción detallada del mecanismo del trauma es pertinente en los pacientes heridos. Por ejemplo sería importante saber que un paciente involucrado en un accidente automovilístico con choque en la parte posterior, estaba en el sitio del chofer sin el beneficio de un cinturón de seguridad en el asiento ni un cabezal de descanso, que el parabrisas no fue roto, y que el paciente llegó caminando, o que una lesión o torcedura del tobillo derecho ocurrió mientras jugaban baloncesto una hora antes. La Tabla 2 muestra una lista de algunas pautas para obtener información clínica dependiendo del sistema u órgano principal comprometido en el síntoma de presentación.

Un examen físico de cabeza a pie debe seguir a cada historia de enfermería en una forma organizada. La Tabla 3 proporciona un ejemplo de la manera de completar este examen, incluyendo los parámetros específicos para evaluar cada sistema.

Registro Clínico

Las evaluaciones de las enfermeras y el establecimiento de prioridades son juzgados por la ley, por profesionales de salud y por el público en base a lo que se escribe en los registros clínicos del paciente. Aparte de existir realmente, el registro clínico es el medio aceptado para proporcionar información acerca de lo que realmente ocurrió. El registro es evidencia. Por eso es que las enfermeras deben anotar meticulosamente lo que les ha sido comunicado, visto, oído, palpado y percibido por el olfato. Si un hallazgo, procedimiento, o comunicación importante no ha sido registrado, no se considera presente o realizado, especialmente ante la ley.

A medida que las enfermeras aprenden a juzgar cuales hallazgos clínicos son pertinentes, también aprenden a considerar que datos son importantes de registrar. Hasta que la enfermera no está segura acerca de lo que incluirá o excluirá en los registros, todos los hallazgos objetivos deben ser anotados. La inclusión de hallazgos no pertinentes es inocuo. Por último, el registro debe justificar las prioridades que se establecen para el paciente.

Tabla 3. Pautas para una Evaluación Física Integral

General

Signos de angustia
Posición, actividad motora, marcha
Expresión, modo, disposición
Habla, conciencia, racionalidad

Cabeza y Ojos

Sensibilidad, deformaciones, laceraciones
Movimiento extraocular, nistagmus
Igualdad pupilar, reacción a la luz
Acomodación
Signo de Battle
Lentes de contacto

Rostro

Simetría, deformidades, sensibilidad
Sangre o líquido raquídeo en oídos o nariz
Material extraño y respiración maloliente, pérdida dental
Cianosis de las mucosas
Laceración lingual, fractura del paladar duro
Inflamación, ulceraciones, edema, o secreción

Cuello

Dolor de la columna cervical
Movilización restringida
Desviación traqueal
Edema externo, enfisema subcutáneo
Linfadenopatía, disfagia, ronquera
Pulso carotídeo anormal
Ingurgitación venosa

Tórax

Simetría, equimosis, movimiento paradójico
Tipo de respiración, uso de músculos accesorios
Estertores, sibilancias, igualdad o desigualdad de los ruidos respiratorios
Latidos, tonos cardiacos anormales o apagados.

Abdomen

Ausencia de ruidos intestinales
Dolor a la palpación, signo del rebote
Equimosis, distensión, masas

Sistema genitourinario y pelvis

Dolor a la palpación de la sínfisis o crestas ilíacas
Deformidad
Sangre en el meato uretral
Incontinencia

Espalda y extremidades

Color, movimiento, temperatura, pulsos
Sensibilidad, colorabilidad
Edema, crepitos, deformidades

Inclusiones obligatorias en el registro son el nombre del paciente, edad, sexo, medicamentos, alergias, tiempo y modo de llegada, fecha de la última inyección de toxoide tetánico y signos vitales iniciales. Lo que sigue son pautas adicionales para usar cuando se registra información de evaluación.

1. Documentar la apariencia del paciente a su llegada y cualquier cambio subsiguiente.
2. Registrar todos los signos vitales y el tiempo en el cual son observados.
3. Al obtener información sobre la queja principal cite las palabras exactas del paciente usando comillas o reformule el problema principal usando la terminología médica aceptada. Por ejemplo, "me duele la garganta y no puedo pasar ningún alimento sólido" o "varón de 21 años quejándose de dolor faríngeo y disfagia".
4. Siempre sea objetivo en sus anotaciones. Por ejemplo, es más exacto y apropiado indicar que "el paciente está lloroso, dando alaridos, moviendo su cabeza y diciendo la gente trata de matarme", que indicar observaciones subjetivas tales como "el paciente se muestra ofensivo y vociferando histéricamente".
5. Registrar toda información relativa al síntoma principal, incluyendo calidad, duración, inicio y concomitantes.
6. Incluir toda información pertinente a la lesión. Por ejemplo, "una niña de 6 años se queja de dolor en su brazo y codo derechos; la madre señala que su brazo fue cogido por el escurridor de ropa hace una hora y que fue remojado en agua caliente".
7. Describir los estados de conciencia, orientación y respuesta específica de la conducta. Por ejemplo, "una mujer de 26 años es conducida en una ambulancia solicitada por su novio, éste comunica que encontró a la susodicha en su cara junto a un frasco vacío de píldoras para dormir. El paciente no responde a los estímulos verbales pero responde a los estímulos moderadamente dolorosos y sacudidas, con movimientos acompañado de quejidos; la piel está pálida, caliente y seca. PA: 100/60; P=78; R=6; T no obtenida inicialmente.
8. Siempre firmar el registro clínico realizado.

CONCLUSIONES

La evaluación clínica y el establecimiento de prioridades constituyen la esencia de la enfermería de emergencia. Es un trabajo que requiere experiencia, conocimiento, habilidad y acción rápida. La enfermera debe extraer y ser conciente de los signos riesgosos, asumir la presencia de anormalidades, y sistematicamente descartarlas. La responsabilidad de la evaluación y establecimiento de prioridades solamente es superada por la recompensa que se obtiene de prestar buena atención al paciente.

REFERENCIAS

1. Bookran, L., and Simoneau, J. "The early assessment of hypovolemia: Postural vital signs, J. Emerg. Nurs., 3:43, 1977.
2. Cosgriff, J., and Anderson, D.: The Practice of Emergency Nursing. Philadelphia. J. B. Lippincott Co., 1975.
3. Lockhart, C., and Lower, S.: Assessment of the multiply injured patient. Emerg. Nurs. Update Ser., 1:1979.
4. Molyneux-Luick, H.: The ABC's of multiple trauma. Nurs. 77, 7:30, 1977.
5. Molyneux-Luick, H., and Knecht, J.: Hypovolemic shock. Nurs. 77, 7:32, 1977.
6. Wells, J.: Clinical assessment and priority setting. Emerg. Nurs. Update Ser., 1:1979.

SISTEMAS DE TRIAGE

ELIZABETH G. ESTRADA R.N. M. S.*

Como resultado del aumento del uso del departamento de emergencia por el público. Los sistemas de triage se han desarrollado en todo el país. El concepto original fue introducido por las Fuerzas Armadas. En el campo de batalla, un médico oficial lesionado "clasificaba" las víctimas para determinar cuales eran sus lesiones y establecer prioridades para la atención del herido. El proceso de triage es una parte integral de la atención de emergencia. El triage proporciona un sistema organizado de recepción y clasificación a fin de garantizar una atención inmediata a los pacientes heridos o gravemente enfermos.

El propósito de este artículo es definir el proceso del triage, revisar los diversos tipos de sistemas de triage, y elaborar en la implementación de un programa de triage para enfermeras profesionales.

DEFINICION Y CLASIFICACION

El triage en el departamento de emergencia constituye el proceso mediante el cual se evalúa al paciente a su llegada para determinar la emergencia del problema y designar los medios apropiados de atención de salud dirigidos a resolver el problema identificado. El paciente es luego clasificado de acuerdo a la prioridad.

Según Pool las clasificaciones típicas de pacientes podrían ser emergentes, urgentes o no emergentes. Una categoría emergente incluiría condiciones que peligran la vida, tales como obstrucción de vías aéreas o hemorragia incontrolada. La categoría urgente incluiría aquellos problemas que requieren tratamiento dentro de pocas horas a fin de prevenir lesiones o enfermedades incapacitantes o que empeoren. La categoría no emergente incluirá condiciones que podrían esperar para ser tratados sin afectar el pronóstico.

* Anteriormente Directora de Actividades Educativas y Profesionales, Departamento de Emergencia de la Asociación de Enfermeras, Chicago, Illinois. Actualmente Vice Presidente, Educación continua, Fairfax, Virginia.

Budassi utiliza cuatro categorías. La clase I incluiría un paciente que tiene una emergencia amenazante de la vida. Un paciente que requiere intervención terapéutica dentro de 5 a 60 minutos pertenece a la clase II mientras que la clase III incluye aquellos pacientes cuya atención puede posponerse por 4 a 6 horas. Los pacientes que pudieran ser referidos a una clínica para tratamiento no urgente estarían asignados en la clase IV.

CLASES DE TRIAGE

Existen cinco clases principales de triage: no profesional, básico, avanzado, médico y en equipo.

Triage no Profesional.- La función del triage no profesional se lleva a cabo por una recepcionista, empleado, o trabajador de salud auxiliar. La mayoría de los hospitales requiere que los pacientes se registren en el departamento de emergencia; luego son enviados a la sala de espera sin haber sido evaluados por ningún profesional con entrenamiento médico. Cuando este tipo de sistema opera, los pacientes cuya condición de otra forma serían clasificados como urgentes pueden agravarse durante períodos de larga espera. Es generalmente conocido que los departamentos de emergencia muy ocupados tienen períodos largos de espera de una a 4 horas.

El Centro Médico del Ejército Brooke en Texas, usa elementos del cuerpo médico en la Sección del Servicio de Emergencia. Utilizan setenta algoritmos como pautas estrictas y un médico preparado en triage, se halla siempre disponible para consulta. Slay informa que este sistema reduce el período de espera a 15 minutos o menos, aun en los momentos más congestionados. Aparentemente, este sistema parece tener éxito. Sin embargo Slay considera que "... aparte de hacer una auditoría continua al azar de las notas de triage, las cuales revelan errores infrecuentes en el seguimiento de los algoritmos de triage, no hemos intentado analizar el triage. Sin embargo, en los dos años de efectuarse este sistema de triage no ha habido muertes en las salas de espera." ³⁷ Además Slay señala que el triage basado en algoritmos es más útil cuando se relaciona con problemas médicos, mientras que el triage adecuado de pacientes con trauma requiere de personal más calificado ya que implica más que un simple seleccionamiento.

En el hospital de Henry Ford en Detroit, un "Seleccionador" no médico fue contratado en 1968 ³⁵. Se encontraron tantos problemas que un programa de triage fue instituido más tarde en ese hospital, empleando enfermeras profesionales y enfermeras prácticas.

Triage Básico

El triage básico se lleva a cabo por una enfermera práctica o una enfermera profesional quien evalúa al paciente, determina las necesidades prioritarias y asigna al paciente a una determinada área de tratamiento.

En algunos hospitales, los pacientes pueden ser referidos a otras clínicas o instituciones de salud. Se utilizan tarjetas sueltas, tiras de papel, o cuaderno de apuntes para asignar la prioridad del paciente y el área de tratamiento. Estos no forman parte del expediente permanente del paciente. Se han publicado informes sobre las funciones básicas del triage en el Memorial Hospital de Parkland en Texas¹⁹ y el Hospital Municipal del Bronx en la ciudad de Nueva York.¹ Un estudio realizado en 1972 y 1973 en el Hospital Municipal del Bronx examinó 500 tiras de triage tomados al azar. La evaluación reveló que el triage fue correctamente efectuado en el 80% de los pacientes, inapropiadamente en el 17%, e incorrectamente realizado en el 3%. Aquellos pacientes en este estudio que se consideraron estuvieron asignados inapropiadamente correspondieron a los que fueron vistos en la sala de emergencia, pero podrían haber visto en la consulta externa. Este sistema, por el cual el triage fue realizado correctamente en el 97% de los pacientes, empleo enfermeras profesionales .

TRIAJE AVANZADO

El triage avanzado es desempeñado por una enfermera profesional e incluye una evaluación inicial del paciente, la iniciación de procedimiento de diagnóstico apropiado (evaluación radiográfica, y de laboratorio, etc.) un examen físico limitado si fuera necesario, documentación y referencia a un medio apropiado. Este sistema es el que se usa actualmente en el Centro Médico de la Universidad de Michigan en Ann Arbor, Michigan.

TRIAJE MEDICO

En este tipo de triage, el cual es llevado a cabo por un médico, la función de triage a veces es mixta incluyendo el tratamiento definitivo y el alta del paciente del área de triage. En 1963, en el Hospital de Yale New Haven, los médicos fueron empleados en la labor de triage. Desde entonces, este sistema ha sido cambiado y actualmente utiliza enfermeras como encargadas de triage.

TRIAJE EN EQUIPO

El concepto de triage en equipo es reciente. Un médico y una enfermera funcionan en un área de triage como equipo. No existen datos disponibles para evaluar este proceso por ahora. Más que probable, para acelerar la situación, el médico tiende a tratar al paciente que tiene quejas menores en el área de triage. Esto puede propender a confundir la función de triage. Sin embargo, el sistema de triage en equipo, puede funcionar bien en el departamento de emergencia sumamente ocupado utilizando varias enfermeras para triage que trabajan en coordinación con un médico que se desenvuelve como consultor.

DISCUSION:

Diversos hospitales a través del país han publicado informes sobre sus experiencias con triage, y diferentes estudios se han realizado a fin de evaluar el proceso de triage. Los resultados han indicado un aumento de satisfacción de parte del paciente, menos tiempo de espera y eficiente uso de los cuidados de atención. Un sistema de triage debería funcionar en cualquier departamento de emergencia, en el cual un paciente deba esperar para ser atendido más de 20 a 30 minutos. Si un miembro del personal de triage envía un paciente a la sala de espera sin una evaluación apropiada y el paciente posteriormente muere de un ataque al corazón, este miembro del personal puede ser retenido como responsable por la decisión. Esto es especialmente cierto si el miembro del personal de triage tiene la facultad de referir pacientes a otras clínicas. Es bien conocido que transcurre mucho tiempo antes que un médico pueda ver al paciente referido de la sala de emergencia a consulta externa. La función de triage es extremadamente importante para satisfacer las necesidades de los pacientes de modo apropiado y a tiempo.

Algunos casos subrayan la necesidad de un sistema de triage. Por ejemplo, un paciente que se presenta al departamento de emergencia con un poco de dificultad respiratoria pero sin dolor. El color de la piel es normal y el paciente tuvo una historia hace una semana de catarro bronquial. El paciente es enviado a la sala de espera. Más tarde, se detectó que tuvo un 30% de pneumotórax. Si la enfermera hubiera tomado el tiempo necesario para escuchar los ruidos respiratorios del paciente la discrepancia hubiera podido notarse y el paciente hubiera sido referido inmediatamente al área de tratamiento para una evaluación completa.

Otro ejemplo puede encontrarse en un paciente que llegó al departamento de emergencia con síntomas de dolor abdominal y náuseas. Debido a que el paciente no mostraba signos de inquietud, la enfermera lo envió a una clínica médica para evaluación. El paciente esperó dos horas para ser visto, cuando se le diagnosticó que tenía un aneurisma disecante de la aorta. Si se hubiera tomado signos vitales completos, la presión arterial se hubiera registrado como 190/100 mmHg, Un examen abdominal rápido hubiera indicado una masa pulsátil en el abdomen.

Estas clases de problemas pueden reconocerse y proporcionar una intervención rápidamente si se establece un sistema apropiado de triage.

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN TRIAGE AVANZADO

El sistema más amplio de triage es el proceso de triage avanzado. Este sistema tiene 5 componentes esenciales: evaluación inicial, examen físico apropiado, iniciación de procedimientos de diagnóstico, documentación, y un sistema de referencia. En triage avanzado, procesos sofisticados de toma de decisiones se realizan constantemente. Debido a que este tipo de triage significa mucho más que una rápida evaluación del paciente

(comprendiendo una entrevista así como también un examen físico), e incluye el ordenamiento de procedimientos de diagnóstico, es más conveniente que una enfermera profesional desempeñe esta tarea.

EVALUACION INICIAL .

Para efectuar un triage exitoso debe desarrollarse habilidad en obtener una historia adecuada de la o las quejas principales de presentación. Una historia completa no es recomendable en este momento. La información que se obtiene acerca de cada síntoma inicial debe incluir localización, comienzo, duración, intensidad, factores agravantes, factores de alivio, antecedentes médicos significativos, medicación reciente y alergias. Cuando existen múltiples molestias, es necesario decidir cual de los síntomas y cuantos requieren ser explotados. El estado físico del paciente es un factor determinante.

Para completar una historia de triage dentro del término de 5 a 10 minutos se requiere poseer una habilidad especial. Durante este tiempo, se debe también dirigir atención especial en proporcionar una atmósfera tolerable y confortable al paciente. Puede ser necesario utilizar técnicas intervencionistas de crisis en el trato con muchos pacientes ansiosos.

EXAMEN FISICO.

Un examen físico limitado es necesario en muchas circunstancias. En cualquier lesión ortopédica debe evaluarse el compromiso circulatorio, estado del sensorio, grado de movimiento (si es factible, posible fractura, dolor e hinchazón. En pacientes con síntomas torácicos, debe observarse los sonidos cardíacos y respiratorios. Deberán registrarse los signos vitales completos en todos los pacientes.

Como se ilustra en el siguiente ejemplo, la importancia de los signos vitales nunca es lo suficientemente enfatizada. Un paciente cuyo síntoma principal de odontología fue evaluado en el departamento de emergencias. Cuando se registró los signos vitales, su pulso estaba ligeramente irregular. No tenía dolor de tórax o falta de respiración. Pruebas subsiguientes revelaron un infarto anterior del miocardio. Aparentemente, el dolor se había irradiado a la mandíbula del paciente. Si no se hubiera tomado los signos vitales, se le hubiera dado de alta con una medicación sintorática y una cita para el dentista.

ESTUDIOS INICIALES DE DIAGNOSTICO

En 1973, Langston estudio los exámenes radiológicos que fueron solicitados con el departamento de emergencia del Hospital General de Massachusetts. Con respecto a las radiografías de las extremidades, comprobó

que las fracturas fueron detectadas con mayor frecuencia en pacientes vistos por enfermeras (40%) que aquellos vistos por auxiliares (30%), o aquellos no examinados (10%). En este estudio, miembros del personal de secretaría quienes obtuvieron una breve historia la cual incluía el tipo y duración de los síntomas del paciente "... no ayudó a identificar al paciente que tuvo alteración radiográfica. De este modo parece improbable que el personal paramédico pueda solicitar correctamente exámenes radiográficos sobre la base de ciertos síntomas o signos claves"¹⁶

En el Hospital de Yale-New Haven en 1970, se llevó a cabo un estudio para examinar los resultados de las solicitudes radiográficas de extremidades efectuadas por enfermeras. Doce enfermeras de triage y diez médicos (residentes de primero y segundo año) fueron incluidos en el estudio. Las conclusiones fueron las siguientes:³

1. El uso de la enfermera de la sala de emergencia para ordenar estudios de rayos X significativamente acortó ($p < 0.001$) el tiempo de espera del paciente antes de recibir el diagnóstico definitivo y el tratamiento.
2. La enfermera fue capaz de llenar una solicitud de rayos X para una radiografía de un miembro distal tan preciso y completamente como un médico.
3. El juicio elaborado por la enfermera para ordenar el estudio radiológico fue comparable cualitativamente al del médico.

Además de disminuir los costos, el ordenamiento de estudios iniciales de diagnósticos, tales como rayos X, por enfermeras ha demostrado ser preciso y eficiente.

Documentación

Un componente necesario para el triage avanzado es la documentación referente a la decisión que se toma. La mayoría de los sistemas de triage tienen muy poca documentación, y a menudo, ha sido limitado a registrar emergente, urgente, o no emergente en la historia del paciente y dirigiendo a él o ella al área de tratamiento. Un breve enunciado del sistema principal puede acompañar este informe. Las decisiones de triage están basadas en la evaluación y colección de datos apropiados de diagnósticos y el establecimiento de un sistema de prioridades para la atención del paciente. Es un juicio profesional, hecho por una enfermera profesional, que merece documentación cuidadosa. El uso de una tarjeta de triage o tira desglosable o cuaderno de registro que enumera a los pacientes que han sido evaluados en un sistema de triage es completamente inadecuado. No es suficiente la consignación del síntoma principal. Por otro lado no es infrecuente que los síntomas de presentación

del paciente no sean indicativos del problema actual subyacente. La decisión de triage es parte del cuidado total del paciente y necesita considerarse en el registro legal permanente. La enfermera que toma la decisión debe responsabilizarse y explicitarlo por escrito. Como se ha mencionado anteriormente, cada caso de triage incorrecto es una fuente potencial de morbilidad y mortalidad del paciente así como de problemas medicolegales. En la universidad de Michigan, el método de problema orientado de Weed referente a la historia es empleado por las enfermeras de triage y es el primer ítem que aparece en el registro del departamento de emergencia. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Ejemplos de Notas de Triage Orientados a Problemas

- S: Hombre blanco de 23 años de edad: se cayó esta noche mientras jugaba baloncesto, se queja de dolor en el tobillo derecho. Niega otras lesiones. HEP: neg. Sin medicación actual.
- O: Tobillo derecho edematoso; pulso presente; caliente; punto de máxima sensibilidad: maleolo interno: rango de movimiento limitado.
- A: Posible fractura de tobillo derecho.
- P: Elevar, compresas frías, rayos X del tobillo derecho (AP y lateral). Evaluación ortopédica.

J. Smith, R.N.

- S: Mujer negra de 33 años de edad, se queja de catarro nasal, tos y fiebre de 3 días. Niega náuseas y vómitos. HEP: negativa. Medicación actual: 2 aspirinas, hace una hora.
- O: T, 100.8°, lagrimeo y secreción nasal, faringe congestionada, ganglios linfáticos bilaterales tumefactos, respiración 22, regular, no estertores ni roncus.
- A: Infección respiratoria superior benigna.
- P: Referir al paciente a consultorio médico externo.

J. Smith, R.N.

- S: Hombre, blanco de 18 años de edad: se queja de prurito generalizado. 45 minutos después de ingerir una medicina prescrita. Historia de alergias múltiples. Ninguna otra medicación.
- A: Reacción alérgica medicamentosa
- O: Respiración-34; urticaria generalizada
- P: Sala de emergencia inmediatamente. J. Smith, R.N.
-

Tiempo de Triage

Una pregunta realista es, cuanto tiempo más se lleva en procesar pacientes con el sistema avanzado de triage? En la Universidad de Michigan, se hizo un estudio de tiempo, examinando el tiempo de espera para el triage como también el tiempo empleado en el mismo triage. El promedio de tiempo de espera para la función de triage fue 4 minutos. El tiempo medio para el triage en sí fue de 6 minutos y 30 segundos. La eficiencia del sistema de triage avanzado depende de la eficiencia y habilidad de la enfermera de triage y de la organización de sus sistemas de apoyo.

Implementación de Triage

La implementación exitosa de este sistema necesita del apoyo del personal médico así como también administrativo del hospital. Todos deben incluirse en su desarrollo. Es esencial una amplia descripción del rol, el cual debe desarrollarse de acuerdo a las necesidades del departamento de emergencia en particular.

Método de Triage

En el planeamiento de un sistema de triage se debe desarrollar un curso de adiestramiento. El propósito del programa sería el de ayudar a la enfermera que comienza en triage, en:

1. Definir el papel y responsabilidades de la enfermera de triage (Cuadro 2).
2. Mejorar la habilidad en la recolección de datos, tanto mediante la entrevista como por la evaluación física.
3. Evaluar traumas menores, problemas médicos comunes y crisis emocionales.
4. Facilitar el ingreso de pacientes dentro del sistema de entrega de servicios de salud en el nivel correspondiente a sus necesidades.
5. Reconocer e intervenir en las situaciones de crisis experimentados por los pacientes y sus familiares que buscan atención en el departamento de emergencia.

Cuadro 2. Descripción del Rol de la Enfermera de Triage *

Paciente y familia

Iniciar contacto con el paciente y la familia.
Instituir medidas de primeros auxilios cuando sea necesario.
Asumir responsabilidad para la evaluación inicial, obteniendo la historia del paciente y realizando el examen físico, cuando sea necesario, para el triage de prioridad de atención.

*De Estrada, E.: Advanced triage by an R.N. J. Emerg. Nurs., Nov-Dec. 5:15-18, 1979, con permiso.

- Obtener estudios de diagnóstico iniciales de acuerdo a pautas aprobadas y órdenes establecidas.
- Mantener buenas relaciones interpersonales, entre familiares, visitantes y personal de la agencia comunitaria.
- Obtener información concerniente a los pacientes y mantener informado a los familiares y visitantes.

Area Clínica

- Referir los pacientes al área clínica apropiada dentro del departamento de emergencia, consulta externa u otras instituciones.
- Mantener un constante conocimiento del flujo de pacientes en el área de tratamiento de emergencia con el fin de facilitar la atención del paciente.

Personal de Enfermería

- Mantener comunicación continua con el personal referente al estado del paciente y el estado de la unidad.
- Informar de los problemas o situaciones no usuales a la enfermera jefe o a su asistente. Funcionar independientemente y dirigir a otros en situaciones de tensión.

Otros Miembros del Equipo de Salud

- Consultar con otros miembros del equipo de salud sobre las decisiones en torno al cuidado del paciente siempre que sea necesario.
- Utilizar los canales de comunicación interdepartamentales apropiadamente.
- Participar en seleccionar las llamadas telefónicas.
- Usar adecuadamente los servicios de voluntarios.

Uno mismo

- Participar en las actividades de educación en servicios para adquirir y mejorar las habilidades necesarias a fin de desempeñar las actividades del puesto.
- Conocer las leyes y su interpretación legal en relación al departamento de emergencia de enfermería.
- Participar en actividades que mejoren la calidad del triage.

Cuadro 3. Componentes del Curso de Capacitación para Enfermería de Triage Avanzado

Papel y Responsabilidades de una Enfermera de Triage

Recolección de Datos

- Principios de la técnica de interrogación
- Tomando una historia
- Documentación - S.O.A.P.
- Práctica supervisada

Parámetros de Evaluación

Evaluación general
Cardiaca
Respiratoria
Neurológica
Ortopédica
Práctica clínica supervisada

Estudios de Laboratorio

Estudios Radiológicos

Procedimientos para controlar intoxicaciones

Intervención de Crisis

Problemas socio-emocionales del paciente
Tensión referente al rol del personal

Relaciones Públicas

Aspectos Médicolegales

Métodos de Evaluación

Habilidad del personal en documentación
Rondas de triage
Auditoría

Post-Test

El formato para el programa debe incluir conferencias, discusiones, socio drama, uso de materiales audiovisuales y práctica clínica.

Si fuera posible, una enfermera debe emplear un poco de tiempo para observar y siendo observada por una enfermera con experiencia en triage. Este tipo de aprendizaje es extremadamente beneficioso debido a la habilidad para obtener retroalimentación inmediata. Si nunca ha existido un programa de triage en un hospital determinado, valdría la pena tener experiencia durante un tiempo en un hospital que tenga un sistema de triage en marcha con el fin de obtener información pertinente sobre su funcionamiento. En la Tabla No 3. Se enumeran los componentes esenciales para un programa de triage.

Después de que una enfermera ha terminado este curso, aprobado un examen por escrito y haber recibido la práctica clínica adecuada, debe de recibir un certificado que acredite su aptitud para desempeñarse en el papel de triage.