

CONCEPTE

Principii de triaj în Departamentul de Urgențe Majore

Dr. SEBASTIAN GĂLOIU, Dr. LAURA BĂNDUȚ, Dr. CRISTIAN PANDREA,
Dr. BOGDAN OPRITĂ, Dr. CONSTANTIN OLTEANU,
Departamentul Urgențe Majore, Spitalul Clinic de Urgență București

Autor pentru corespondență: Dr. SEBASTIAN GĂLOIU, Departamentul Urgențe Majore,
Spitalul Clinic de Urgență București, Calea Floreasca 8, Sector 1, București,
e-mail: sebastiangaloiu@hotmail.com

Abstract: The triage, defined as the prioritization of patient care based on severity of injury or illness, prognosis and availability of resources, represents an important and specific part of any Emergency Department (ED) activity.

The true value of the triage resides in the proper management of the local resources. Its aims are:

1. Establishing priorities in patient assessment according to the severity of the injury and the probable immediate outcome.
2. Defining the area where the medical services will be provided.

The main criterion of triage is the patient condition and not the moment of the presentation in the ED. The basics of the triage consists in rapid evaluation of the vital signs and clinical status; it must be done in no more than 5 minutes after presentation, and reevaluation must be done in no more than 2 hours after the first evaluation.

The three steps of the triage are: primary evaluation, medical judgment and reevaluation of the patients stationed in the waiting room. After the primary evaluation, the patients must be divided into emergent, urgent and non-urgent cases.

Medical judgment is based on the information acquired from primary evaluation. It should be completed with an intermediary diagnosis and the establishment of priorities and of the patient's destination. To ensure the patient's priorities recognition, colour coding can be introduced and flow diagrams might be of great value, especially for staff training.

Patients stationed in the waiting room must be under medical supervision. Reevaluation has to be done in an hour or if there is any change in the medical condition.

A trained emergency team is able to avoid many of the mistakes in triage activity.

Colectivul de medici de medicină de urgență din spitalul nostru își propune să abordeze într-o serie de articole problematica triajului medical, ca parte inte-

grantă a actului medical de urgență. Vor fi abordate noțiuni generale legate de triajul pacienților, dar și particularități ale triajului în circumstanțe diverse (în Departamentul de Urgență, în spital, în situații de dezastru sau catastrofă etc.).

Primul articol din această serie prezintă principiile de triaj în Departamentul de Urgență.

1. Introducere

Activitatea de triere a pacienților constituie o parte importantă și specifică a activității desfășurate în Departamentele de Urgență.

În general, **triajul medical** poate fi definit prin stabilirea priorității în acordarea asistenței medicale în funcție de severitatea afecțiunilor sau leziunilor, prognosticul determinat de acestea și resursele disponibile.

Cuvântul „triaj” provine din limba franceză, în care „trier” înseamnă „a sorta” [1].

Conceptul de triaj al pacienților a apărut pe câmpurile de bătălie, fiind pentru prima oară descris de baronul Dominique-Jean Larrey (1766-1842), chirurgul lui Napoleon, cel care este amintit și pentru introducerea primelor ambulanțe în teren. A fost preluat de medicii militari și utilizat în toate războaiele moderne [1].

În spitale, primele elemente de triaj au apărut în secolul XIX, dar prima descriere sistematică în medicina civilă a fost făcută în 1964 de E. Richard Weirnerman, în Baltimore, fiind legată de dezvoltarea medicinei de urgență [1]. Din anii '80 a început să fie folosit pe scară largă și în Marea Britanie și alte state [2].

2. Principii generale ale triajului în Departamentul de Urgență

Departamentul de Urgență (DU) este desemnat să asigure asistența medicală de urgență calificată tutu-

ror pacienților care se adresează spitalului respectiv și se caracterizează prin marea varietate a pacienților care se prezintă zilnic. Nu se poate face nici o predicție legată de numărul cazurilor care se vor prezenta la un moment dat sau de gravitatea acestora [2]. Aceasta poate crea riscul real ca un pacient grav să fie neglijat, mai ales dacă personalul care efectuează triajul este neantrenat. Există, de asemenea, și riscul ca gravitatea unor cazuri să fie supraestimată, ducând la supraaglomerarea camerelor de gardă [3,4,5].

Valoarea practică a unui triaj eficient constă în alocarea adecvată a resurselor disponibile [2].

Triajul este un **act medical** care are ca scop:

1. stabilirea priorităților în acordarea asistenței medicale la pacienții prezentați în funcție de severitatea leziunilor sau afecțiunilor și prognosticul imediat;
2. desemnarea spațiului în care se va desfășura actul medical.

Principalul criteriu de triere îl constituie starea pacientului și nu ordinea prezentării. Perioada de așteptare va fi determinată de resursele disponibile și, eventual, de modificarea stării pacientului, obiectivată printr-o reevaluare periodică.

Triajul are la bază o scurtă evaluare a semnelor vitale și o examinare sumară a pacientului [4].

Este făcut de către medicul de urgență sau de către un asistent medical cu experiență în domeniul medicinei de urgență.

Primele studii efectuate în domeniu au arătat diferențe puțin semnificative între triajul făcut de medici sau de asistente; totuși ultimele studii arată că în prezent cel mai experimentat medic de urgență este capabil să facă cel mai bun triaj [3].

Locul în care se face triajul trebuie să fie un spațiu special amenajat astfel încât să permită o rapidă evaluare primară, eventual un minim ajutor și posibilități de comunicare rapidă cu celelalte segmente ale Departamentului de Urgență. Amplasarea sa trebuie să asigure o maximă accesibilitate din partea pacienților, un traiect cât mai simplu și scurt către camerele de gardă, precum și siguranța personalului implicat în triaj.

Triajul în DU reprezintă o activitate cu risc înalt, care încă nu beneficiază de atenția și, implicit, finanțarea și măsurile de continuă îmbunătățire care să reflecte statutul său [3,6].

În marile spitale o problemă majoră a personalului care face triajul este presiunea exercitată de un număr mare de persoane prezentate la un moment dat. De aceea, timpul alocat unui pacient poate fi prea scurt pentru a percepe semnele subtile ale unei afecțiuni potențial grave [3]. Este preferabil să se greșească prin încadrarea pacienților într-o categorie de risc mai sever.

Triajul pacienților trebuie să fie un proces dinamic: să se efectueze în cel mult 5 minute de la prezentare, iar retrierea (reevaluarea) lor în cel mult 2 ore [3] de la evaluarea primară.

3. Etapele triajului

- I. Evaluarea primară a pacienților
- II. Judecata medicală din care să rezulte decizia de triaj (destinația pacientului)
- III. Reevaluarea pacienților rămași în spațiul de așteptare

I. Evaluarea primară a pacienților

Cuprinde:

- **informații subiective:** simptome, debut, antecedente patologice (eventual tratamentul bolii de bază); mecanism de producere în cazul traumatismelor, arsurilor; măsuri de prim ajutor etc.
- **examenul obiectiv** respectă principiile sistemului ABC, fără a parcurge tot algoritmul. Se evaluează rapid stabilitatea funcțiilor respiratorii și cardiovasculare precum și statusul neurologic. În funcție de caz se va continua cu examinarea extremităților.

Practic, se evaluează:

- o starea de **conștiință:** alert, verbal, pain, unresponsive (AVPU),
- o eficiența respirației (dispnee, bradi-/polipnee, cianoză, wheezing, tiraj etc.),
- o puls arterial periferic (amplitudine, frecvență, regularitate).

Când starea pacientului o permite, examenul obiectiv poate fi mai amănunțit, incluzând un scurt examen neurologic, examinarea membrelor, culoarea tegumentelor, edeme, sensibilitate, nivelul durerii etc., fiind orientat pe principalele acuze ale pacientului.

Ca urmare a evaluării primare, pacienții pot fi împărțiți în următoarele categorii [2]:

1. **urgente majore** – pacienți cu patologie critică ce impune intervenție medicală imediată, orice întârziere putând conduce la deteriorarea rapidă a stării acestora.

Această categorie cuprinde în general pacienți cu instabilitate respiratorie și/sau hemodinamică, eventual cu o afectare severă a stării de conștiință.

Exemple:

- stopul cardiorespirator;
- coma;
- șocul;
- insuficiența respiratorie acută;
- infarctul miocardic acut;
- tulburările maligne de ritm.

2. urgențe – pacienți cu patologie semnificativă, la care lipsa evaluării și intervenției medicale imediate nu este urmată de deteriorarea rapidă a stării pacientului; acești pacienți vor fi consultați cât mai repede, ținându-se cont de:

- tipul patologiei,
- potențialul evolutiv
- simptomatologia de însoțire.

Exemple:

- traumatisme toracice;
- traumatisme craniocerebrale cu alterarea stării de conștiență (GCS < 14);
- traumatisme vertebrale cu semne de interesare medulară;
- fracturi complexe;
- arsuri cu localizări speciale (față, mâini, perineu);
- leziuni de vase sau nervi.

3. non-urgențe – pacienți cu patologie diversă la care întârzierea evaluării și intervenției medicale mai mult de 4 ore nu duce la deteriorarea stării pacienților.

Exemple:

- traumatisme maxilo-faciale fără afectare respiratorie;
- traumatisme vertebrale fără interesare medulară;
- traumatisme cranio-faciale fără alterarea conștienței;
- plăgi ale părților moi care necesită numai toaletă și pansament;
- fracturi minore, entorse, luxații.

II. Judecata medicală

Se bazează pe informațiile dobândite din evaluarea primară.

Trebuie finalizată prin elaborarea unui diagnostic de etapă, stabilirea priorității și a destinației pacientului.

Atunci când este necesar, acordarea primului ajutor se va face cât mai rapid, fără a prelungeți evaluarea primară.

Pentru a garanta recunoașterea priorităților se pot institui coduri de culori în scopul de a asigura:

- preluarea rapidă a pacienților din categoria de urgențe majore;
- scăderea timpului de așteptare la pacienții care nu sunt urgențe majore;
- evitarea chestionării suplimentare și retrierii pacienților;
- facilitarea procesului de înregistrare a pacienților.

Există diverse sisteme de acest gen, de exemplu cel folosit în Marea Britanie [2]:

- **roșu** = **urgență majoră** – situații amenințătoare de viață la care trebuie aplicat imediat sistemul ABC;
- **galben** = **urgență** – pacienți care necesită asistență medicală precoce (10–20 minute);
- **verde** = **non-urgențe** – afecțiuni la care îngrijirile medicale pot fi acordate într-un interval de 2 ore;
- **albastru** = pacienți care pot aștepta mai mult de 4 ore, fără deteriorarea stării generale.

De o mare valoare, în special în instruirea personalului, poate fi și elaborarea unor algoritmi de triaj, de genul celor prezentați în figurile 1-4 (Integrated Advanced Life Support, modificat)[2].

III. Reevaluarea pacienților

Pacienții rămași în zona de așteptare trebuie considerați pacienți aflați în observație medicală.

Reevaluarea se va face în cazul depășirii intervalului de 2 ore de așteptare sau în cazul apariției unor modificări în starea pacientului, caz în care se poate schimba prioritatea și/sau destinația acestuia.

4. Eșecuri în triaj

Unele dintre cele mai frecvente greșeli în activitatea de triaj sînt de [3]:

- Recunoașterea și evaluarea pacientului cu durere severă.

Pacienții prezentați pentru dureri severe trebuie considerați urgențe și consultați cât mai rapid de un medic, în special în cazul durerii toracice sau abdominale. Persoana care face triajul nu trebuie să judece dacă pacientul exagerează sau nu intensitatea durerii.

- Recunoașterea sau obținerea din anamneză a simptomelor dominante sau cu cel mai mare grad de risc.

Pacienții cu simptome precum durere toracică sau abdominală, cefalee intensă, dispnee trebuie considerați ca avînd în mod potențial o afecțiune gravă și consultați cât mai repede.

- Evaluarea adecvată a semnelor vitale.
- Reevaluarea și retrierea pacienților inițial îndrumați către zona de așteptare.

Sunt citate cazuri de pacienți îndrumați inițial către spațiul de așteptare care nu au fost reevaluați la timp și a căror stare s-a agravat dramatic.

Figura nr. 1: Evaluarea inițială

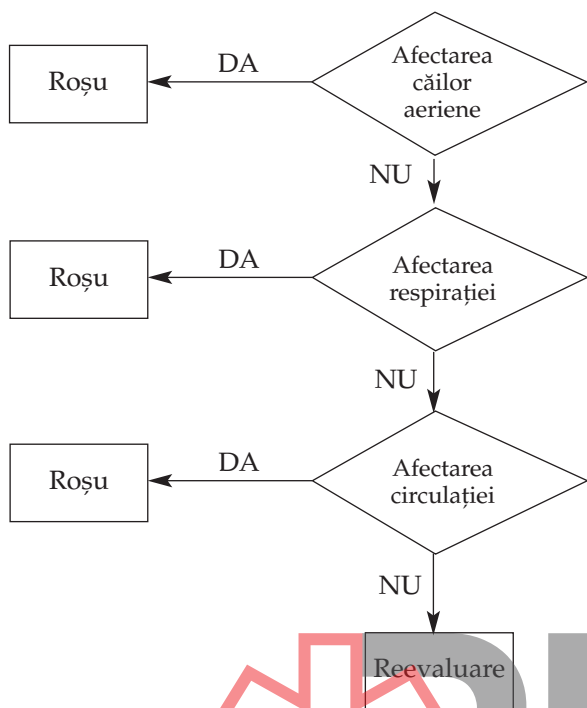


Figura nr. 3: Evaluarea membrelor

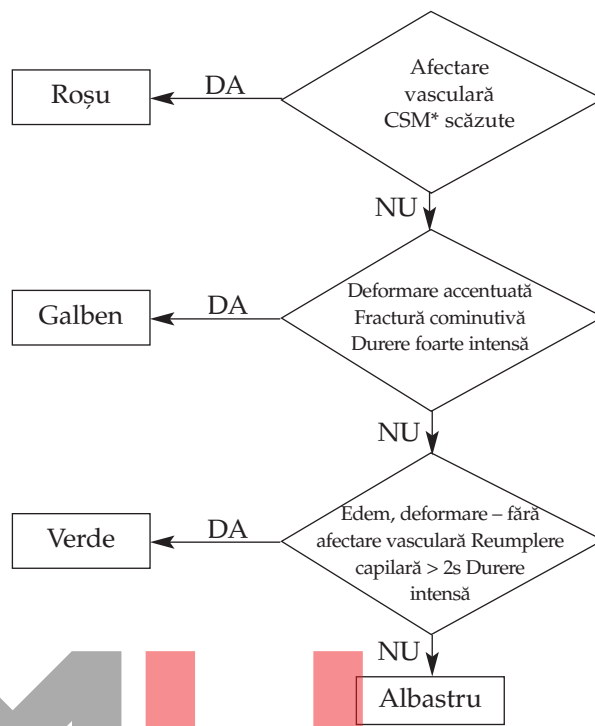


Figura nr. 2: Starea de conștiență

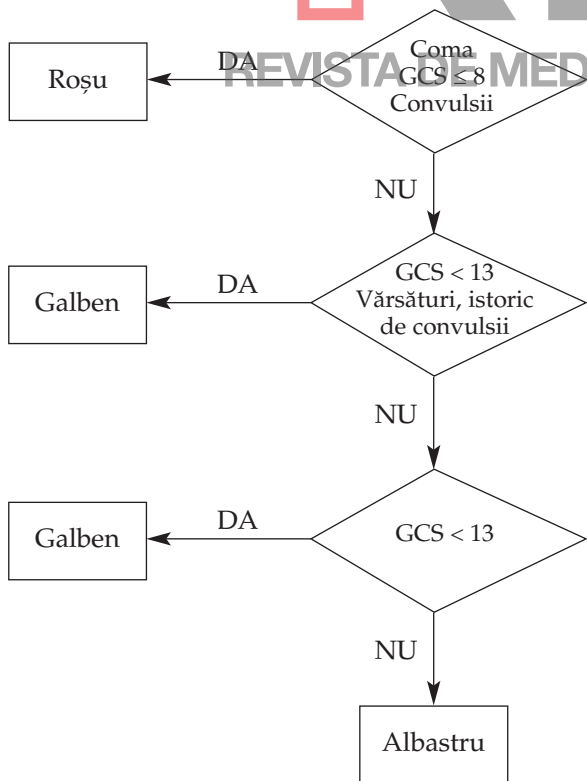
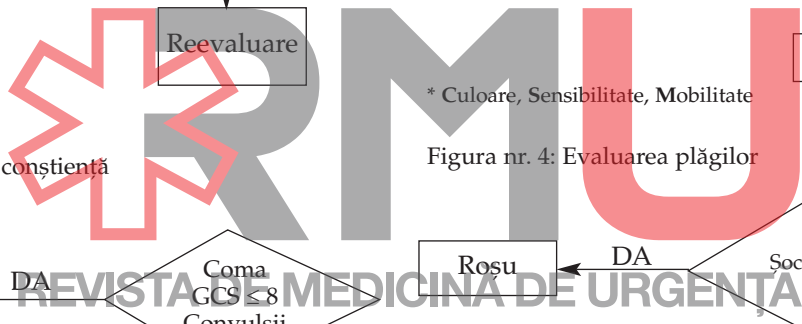
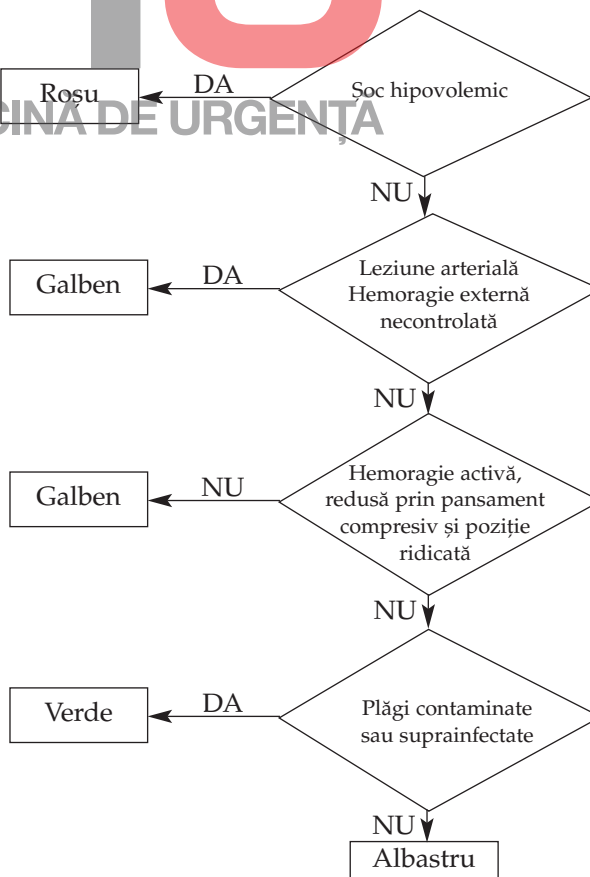


Figura nr. 4: Evaluarea plăgilor



* Culoare, Sensibilitate, Mobilitate

Bibliografie

1. Beveridge B, Kelly AM, Richardson D, Wuertz R. The science of triage, Society for Academic Emergency Medicine Annual Meeting, San Fransisco 2000 May 25 [cited 2004 March]; [8p]. Available from: <http://www.saem.org/download/kelly.pdf>
2. Adams J, Barnes P et al. Integrated Advanced Life Suport. 1995, 5:1-10.
3. Derlet R. Triage. [updated 2003 March 31, cited 2004 March]; [about 17 screens]. c2004, eMedicine.com, Inc. Available from: <http://www.emedicine.com/emerg/topic670.htm>
4. Crimmins T. The Ethics of Resuscitation. In: Tintinalli J, Ruiz E, Krome R editors. Emergency Medicine a comprehensive study guide. Forth edition, New York: McGraw-Hill; 1996. p. 37-39.
5. Waldrup R, Harper D, Mandry C. Prospective Assessment of Triage in an Urban Emergency Department, Southern Medical Journal December 1997 [cited 2004 March];[about 7 screens]. Available from: <http://www.sma.org/smj1997/decsmj97/9text.htm>
6. Wuerz R, Fernandes CM, Alarcon J. Inconsistency of emergency department triage. Emergency Department Operations Research Working Group. Annals of Emergency Medicine 1998 October [cited 2004 March] Available from: <http://www2.us.elsevierhealth.com/scripts/om.dll/serve?retrieve=/pii/S0196064498003369&>

