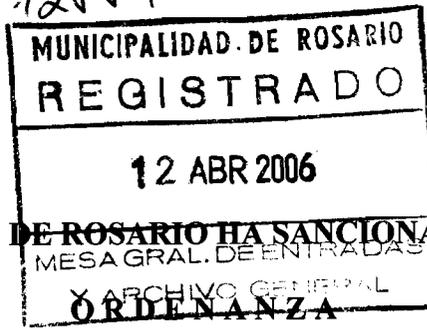
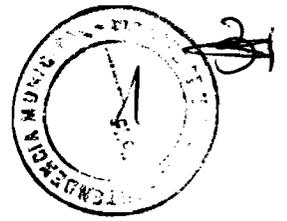




CONCEJO MUNICIPAL
ROSARIO
Dirección General de Despacho



LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO HA SANCIONADO LA SIGUIENTE

Concejo Municipal:

Vuestra Comisión de Salud y Acción Social ha tomado en consideración el proyecto de Ordenanza presentado por el Concejal Daniel Peressotti, que expresa:

Visto: Que son reiteradas las quejas de los pacientes que concurren a la guardia de emergencia de los hospitales, por las demoras en la atención y por la falta de espacio adecuado para la espera.

Que los profesionales médicos están preocupados por la alta demanda de los departamentos de emergencia, que hace peligrar la calidad de la atención.

Considerando: Que los recursos son limitados y que de los pacientes que concurren a la guardia el 31% son urgencias, el 15% concurren por emergencias y el 16,9% por semiurgencias y los restantes pacientes, concurren por consultas que pueden ser atendidas por consultorio externo.

Que el tiempo estimado de espera es de tres horas para ser atendido por un médico excepto en aquellos pacientes ingresados por servicios de emergencia (ambulancia) lo que representa solo el 14% de los pacientes.

Que está demostrado que la aplicación del RAC-TRIAGE DE EMERGENCIA, el sistema de RAC TRIAGE (Recepcion-Acogida-Clasificación) es un componente crítico de los Departamentos de Urgencias a nivel mundial (se aplica en EEUU, España, México, Colombia, por citar algunos ejemplos y a nivel país se aplica en el Hospital de Emergencias de Córdoba y en la ciudad de Buenos Aires) y se describen los siguientes beneficios: desde el punto de vista de la seguridad del paciente, ofrece una valoración a su llegada a urgencias para determinar, en forma objetiva, el manejo inmediato o la espera de un turno para la consulta médica; la tranquilidad que ofrece al paciente y la familia entrar en contacto con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica.

Que desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de triage representa la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando ofrezca consistencia entre el resultado del triage y el diagnóstico final; asimismo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico.

Que según Cook y Sinclair el triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades. En el manual de Advanced Trauma Life Support (ATLS), el triage se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esta definición contempla el triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.).

Que la palabra triage se deriva del término francés TRIER que significa clasificar o escoger. Su uso se inició en el campo de batalla; fue el proceso mediante el cual los soldados con heridas mortales eran dejados a un lado para morir mientras aquellos con lesiones menores serias recibían tratamiento. Desde la perspectiva militar la prioridad era dada a los soldados con heridas o lesiones tratables quienes deberían regresar rápidamente al campo de batalla.

A partir de los años 1970s se le dio una nueva dimensión al concepto de triage civil; el objetivo de éste era la identificación rápida y adecuada de aquellas víctimas de trauma con lesiones graves para asegurarle la atención en un centro de trauma. Asimismo, que


Dra. CLAUDIA ADRIANA ALONGI
Secretaría Gral. Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario



72

llos pacientes con lesiones menores no fueran trasladados, para evitar el uso inadecuado del servicio de urgencias.

Que recientemente, los sistemas de triage en urgencias se han implementado debido al congestionamiento el cual ocurre por muchas causas, entre ellas, la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del paciente de resolver rápidamente todos sus problemas de salud por la disponibilidad inmediata de las ayudas diagnósticas e implementos médicos; el espacio inadecuado; personal médico o personal de apoyo insuficiente; ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores que hacen un uso inapropiado de la sala de urgencias. De acuerdo con las estadísticas norteamericanas, se ha estimado que 15% a 50% de los pacientes que acuden a Urgencias presentan problemas menores.

Se han descrito cinco tipos de triage:

Triage no profesional: es realizado por una recepcionista o técnico quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera (es el método que se aplica actualmente).

Triage básico: es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.

Triage avanzado: es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.

Triage médico: es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.

Triage en equipo: la enfermera y el médico funcionan como un equipo

Importancia de la determinación de prioridades:

Valoración del Paciente: la clase de prioridad o calificación de la urgencia puede ser hecha mediante la combinación de los elementos de la valoración: la interpretación subjetiva o motivo de consulta del paciente y el examen clínico objetivo. Dos pacientes pueden presentar el mismo motivo de consulta desde problemas muy serios que involucran el sistema nervioso central o el sistema respiratorio, a menos serios, como problemas de las extremidades, en los cuales la urgencia con la cual deben ser tratados depende del grado de amenaza de la vida o pérdida de la extremidad; esto puede ser expresado por el tipo y grado de los síntomas que el individuo presente.

Los siguientes factores combinados con los signos vitales del paciente, el examen físico y el motivo de consulta pueden cambiar la prioridad con la que debe ser iniciado el tratamiento:

- Severidad de los síntomas
- Frecuencia de los síntomas
- Problemas pre existentes
- Factores precipitantes
- Edad del paciente
- Antecedentes alérgicos
- Antecedentes medicamentosos

Los signos y síntomas son los indicadores de enfermedad más relevantes. Los signos vitales significativamente anormales son indicadores de amenaza de la vida: hipotermia e hipertermia; bradicardia y taquicardia; hipotensión e hipertensión, apnea y taquipnea.



Los signos y síntomas cardiovasculares son considerados prioridad I o II y ninguno se clasifica como prioridad III, lo que implica que no se dejan pacientes en turno en la sala de espera.

Beneficios de la aplicación del RAC TRIAGE:

Hace participar al paciente y su familia en los procesos educativos y de toma de decisiones relacionados con su cuidado entendido esto en un marco en el que el paciente y por ende su familia son el elemento central del proceso asistencial.

Consecución por parte de la Comunidad de los conocimientos e información clarificadora suficiente de los recursos y funcionamiento interno de los sistemas de Urgencias y Emergencias, haciendo éstos accesibles y objetivables en relación a la idea de Cadena de Vida.

La enfermera/o de Urgencias y Emergencias llevará a cabo una documentación meticulosa y exacta basada en las revisiones de enfermería de las historias y participando en la planificación de actividades de monitorización de esta documentación a través de canales y medios idóneos.

Participación en las reuniones multidisciplinarias acerca del cuidado del paciente, familia y/o comunidad mediante la colaboración activa en las decisiones del Equipo y en el desarrollo del proceso enfermero en cada situación de urgencias y/o emergencias concreta.

Colaboración en los comités de agencias y comunidades, contribuyendo con su experiencia en enfermería al proceso de toma de decisiones relativo al cuidado de urgencias y emergencias compartiendo con otras organizaciones, tanto enfermeras como de otras disciplinas implicadas en temas de asistencia a situaciones de urgencias y emergencias, planteamientos de solución de temas relevantes.

Compartirá y vehiculizará conocimientos emanados de trabajos de investigación enmarcados en la Teoría propia de la disciplina de Enfermería de Urgencias y Emergencias.

Por lo expuesto, el concejal abajo firmante eleva para su consideración el siguiente Proyecto de:

ORDENANZA

Artículo 1.- Institúyase en el ámbito de los Hospitales Municipales el sistema de TRIAGE adecuado para cada uno, según la experiencia de los servicios y que deberá ser modificado de acuerdo a los factores cambiantes dentro de la institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.)

Art. 2.- La recepción del paciente que concurre al departamento de emergencias deberá ser por:
a: enfermero/a profesional

b: médico

Art. 3.- Luego de la valoración del paciente, ya sea por enfermera profesional (triage básico y triage avanzado) o por el profesional médico (triage médico) o por ambos (triage en equipo) se proceda a su clasificación como:

Emergencia (PRIORIDAD I): paciente que tiene condiciones que puedan resultar en pérdida de la vida, de una extremidad o de la visión si no son tratadas inmediatamente y pacientes con angustia severa secundaria a dolor o lesión. Su tiempo de espera deberá ser el mínimo posible, no excediéndose de 15 minutos.

Estos pacientes deben ser llevados directa e inmediatamente al área de tratamiento para su valoración inicial y manejo. La documentación puede hacerse posteriormente.

Urgencia (PRIORIDAD II): pacientes quienes por su condición son evaluados como estables pero deben recibir tratamiento lo más rápido posible. La demora en la atención no debe superar los 60 minutos.


Dra. CLAUDIA ADRIANA ALONGI
Secretaria Gral. Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario



34

No urgente (PRIORIDAD III): pacientes cuyas condiciones no son agudas y no están con *angustia obvia*. Estos pacientes pueden ser vistos cuando el personal y el área estén disponibles. Tiempo de espera entre 2 horas o ser diferidos para su atención por consultorio externo en un plazo no mayor de 24 horas.

Art. 4.- los pacientes clasificados como Urgente (prioridad II) y No urgente (prioridad III) que permanezcan en la sala de espera, deberán ser reevaluados periódicamente para constatar que no varía su estado clínico.

Art. 5.- Adopción de tablas para la aplicación del triage, que deberá estar colocado en un lugar visible (en anexo I)

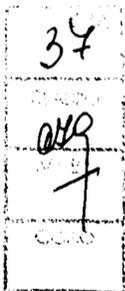
Artículo 6: Creación de la planilla de TRIAGE de enfermería. (anexo I)

Art. 7.- Instalación de un proceso de formación continuada permanente que incluya integración de ese aprendizaje en la práctica diaria, el compartir el conocimiento adquirido con los demás y el ayudarles a identificar y satisfacer sus propias necesidades de aprendizaje.

Art. 8.- A partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente ordenanza, el Departamento Ejecutivo arbitrará los medios necesarios para capacitar al equipo de salud para la aplicación del sistema de TRIAGE en no más de 120 días.

Art. 9.- Comuníquese a la Intendencia con sus considerandos, publíquese y agréguese al D.M.

Sala de sesiones, 06 de Abril de 2006.-




Dra. CLAUDIA ADRIANA ALONGI
Secretaria Gral. Parlamentaria
Concejo Municipal de Rosario



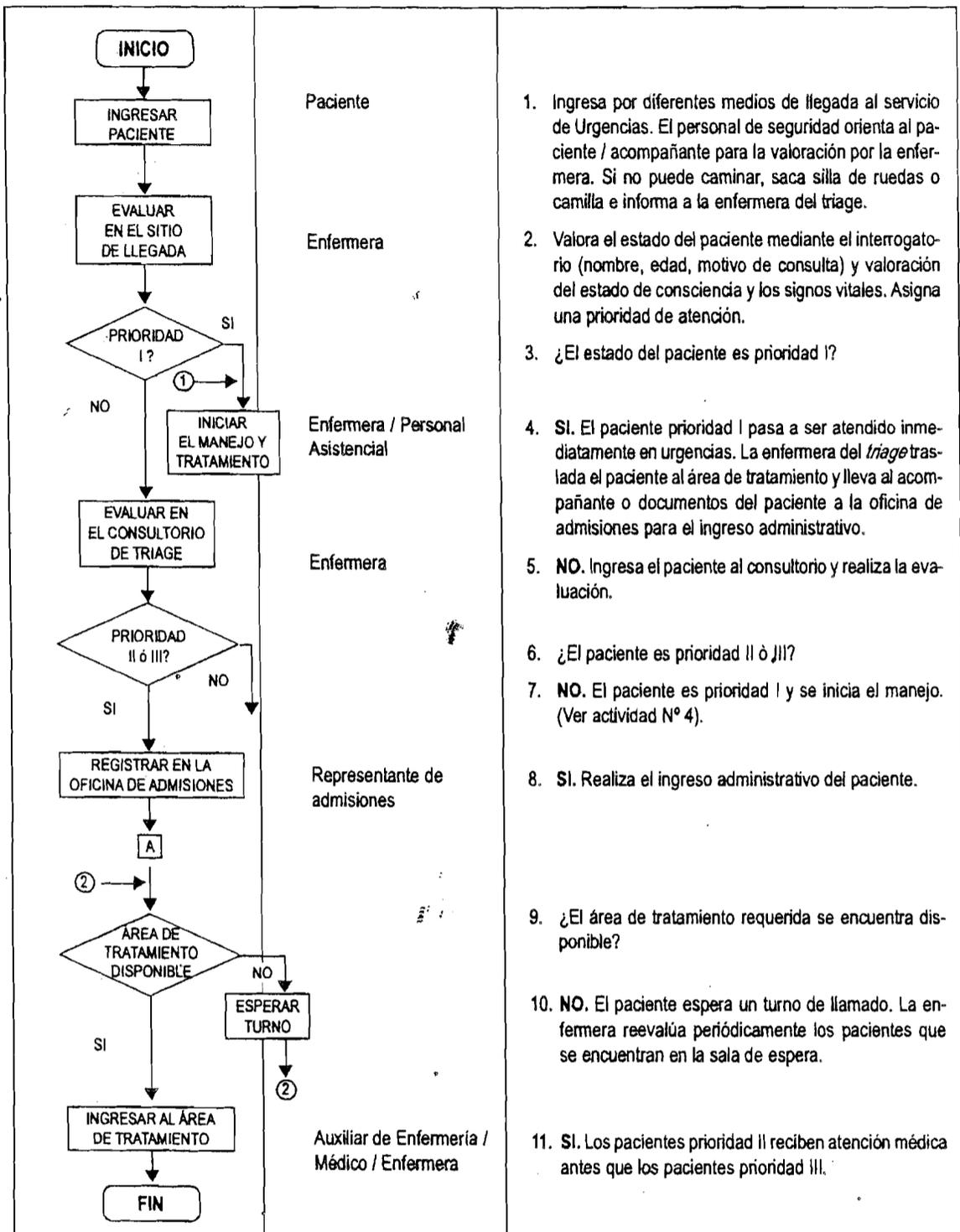

Cjal. Miguel Zamarini
Presidente
Concejo Municipal de Rosario

7/5

ANEXO I

76

TABLA 1. PROCESO DE TRIAGE



BA

TABLA 2. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS ABDOMINALES Y GASTROINTESTINALES

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
ABDOMINALES Y GASTRO-INTESTINALES	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal severo constante • Trauma abdominal penetrante • Parto en curso • Retraso con menstrual sangrado vaginal y dolor abdominal severo • Dolor abdominal acompañado de diaforesis, náusea, dolor en miembro superior izquierdo, disnea y angustia • Dolor abdominal, vómito o diarrea con signos de deshidratación • Trauma abdominal cerrado (menor de 24 horas), dolor severo, sangrado y signos de shock • Enterorragia masiva • Hematemesis masiva • Ingesta de tóxicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Enterorragia moderada • Sangrado rectal sin otro compromiso • Emesis en "cuncho de café" • Lesión abdominal reciente (menor de 24 horas) sin dolor severo, sangrado o shock • Dolor abdominal intermitente, vómito, diarrea, deshidratación leve • Imposibilidad para tragar sin dificultad para respirar • Dolor abdominal en mujer sexualmente activa • Dolor abdominal, sangrado vaginal y fiebre • Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vómito sin sangre • Diarrea sin compromiso del estado general del paciente • Flatulencia • Náuseas • Estreñimiento • Eructos • Regurgitación • Pirosis • Anorexia • Hiporexia • Cólico menstrual

TABLA 3. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
CARDIOVASCULARES	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico irradiado a cuello o brazo, acompañado de diaforesis, disnea, náuseas o angustia • Ausencia de pulso • Cianosis • Hipertensión o hipotensión severas • Palpitaciones acompañadas de pulso irregular, diaforesis, náuseas, alteración del estado de alerta o alteración neurosensorial • Hipertensión (mayor de 140/90 mmHg) asociada a cefalea, alteración neurosensorial, alteración del estado de alerta, dolor torácico o epistaxis • Lesión penetrante en tórax • Exposición eléctrica con pulso irregular • Lesión penetrante en vasos sanguíneos • Taquicardia o bradicardia • Paciente en shock • Dolor torácico con antecedente de enfermedad coronaria • Dolor torácico acompañado de pulsos asimétricos. • Dolor torácico no irradiado (sin disnea o pulso irregular, sin cambios en el color de la piel o diaforesis) • Lipotimia en paciente con marcapaso • Sangrado activo y signos de shock 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda • Dolor torácico asociado a tos y fiebre • Dolor torácico relacionado con la rotación del tronco o palpación • Episodio autolimitado de palpitaciones sin compromiso del estado general • Sangrado activo en paciente con antecedente de hemofilia 	



TABLA 4. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
RESPIRATORIOS	<ul style="list-style-type: none"> Disnea súbita posterior a inhalación de sustancias químicas Quemadura de la vía aérea Disnea de inicio súbito Disnea acompañada de cianosis, sibilancias audibles Disnea con tirajes supraclaviculares, intercostales, aleteo nasal o estridor Hemoptisis masiva Trauma penetrante en tórax Apnea Obstrucción de la vía aérea (cuerpo extraño, tapón de moco, trauma facial, inmersión) Trauma cerrado de tórax acompañado de dolor torácico, disnea súbita o respiración asimétrica 	<ul style="list-style-type: none"> Tos con expectoración y fiebre Disnea moderada progresiva Hemoptisis moderada Dolor torácico relacionado con la inspiración profunda Disnea progresiva en paciente con antecedente de EPOC 	<ul style="list-style-type: none"> Tos seca o productiva hialina, rinorrea, malestar general, con o sin fiebre Disfonía Tos seca Tos crónica sin signos de dificultad respiratoria

TABLA 5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
NEUROLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> Estado epiléptico o episodio de convulsión Pérdida o deterioro progresivo del estado de conciencia con o sin trauma Trauma en cráneo con pérdida del estado de alerta o déficit neurológico Trauma en columna con déficit neurológico Episodio agudo de pérdida o disminución de la función motora (disartria, paresia, afasia) Episodio agudo de confusión Episodio agudo de cefalea y cambio en el estado mental Episodio agudo de cefalea y cifras tensionales altas Trauma penetrante en cráneo Pérdida súbita de la agudeza visual Vértigo con vómito incoherente Sordera súbita Trauma de cráneo en paciente anticoagulado o hemofílico 	<ul style="list-style-type: none"> Historia de síncope o lipotimia con recuperación total sin déficit neurológico Trauma en cráneo sin pérdida de conciencia, sin déficit neurológico Cefalea intensa en paciente con historia de migraña Antecedente de convulsión con recuperación total sin déficit neurológico Vértigo sin vómito Disminución progresiva en fuerza o sensibilidad de una o más extremidades. Cefalea asociada a fiebre y/o vómito. 	<ul style="list-style-type: none"> Cefalea crónica sin síntomas asociados Dolor crónico y parestesias en extremidades Parestesias asociadas a ansiedad e hiperventilación

BA 9

TABLA 6. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
MUSCULO-ESQUELÉTICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura abierta con sangrado abundante o dolor intenso • Fractura de huesos largos • Amputación traumática • Dolor severo en extremidad con compromiso circulatorio • Trauma por aplastamiento con dolor severo o compromiso vascular o neurológico • Deformidad en articulación con dolor intenso (luxación) • Fracturas múltiples • Trauma en cadera con dolor intenso y limitación para la movilización 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma en extremidad con deformidad y dolor tolerable sin déficit neurológico o circulatorio • Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores y parestesias • Dolor articular en paciente hemofílico • Trauma cerrado de mano y pie sin compromiso neurovascular • Lesiones de punta de dedo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor lumbar sin síntomas asociados • Espasmo muscular • Esguince • Dolor en dorso localizado • Contusiones • Dolor muscular sin otros síntomas • Edema sin trauma • Limitación funcional crónica • Trauma menor • Artralgias acompañadas de fiebre

TABLA 7. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS OCULARES

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
OJO	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma ocular químico o físico agudo • Visión borrosa o disminución súbita en la agudeza visual • Trauma penetrante • Pérdida súbita de visión • Dolor ocular 	<ul style="list-style-type: none"> • Hifema (Sangre en la cámara anterior) • Cuerpo extraño • Dolor tipo punzada asociado a cefalea • Diplopía 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia subconjuntival • Cambios graduales de visión no súbitos • Secreción ocular y prurito • Edema palpebral • Trauma ocular no agudo sin síntomas • Ardor ocular • Fotopsias (ver luces) • Miodesopsias (ver puntos) • Lagrimeo • Halos al rededor de luces

TABLA 8. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS GENITALES MASCULINOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
GENITALES MASCULINOS	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor testicular severo, edema o hipopigmentación • Trauma en pene o escroto, dolor severo e inflamación • Dolor testicular moderado de varias horas • Abuso sexual • Priapismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor testicular leve, fiebre y sensación de masa • Edema del pene • Cuerpo extraño con molestia 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción purulenta • Cuerpo extraño sin molestia • Prurito o rash perineal • Trauma menor • Masa en testículo • Impotencia

TABLA 9. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL OÍDO

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
OÍDO	<ul style="list-style-type: none"> • Amputación traumática de la aurícula • Otorragia u otoliquia pos trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoacusia aguda pos trauma • Tinnitus, vértigo y fiebre • Cuerpo extraño en oído, sangrado o molestia • Otaglia, otorrea y fiebre 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinnitus • Cuerpo extraño en oído sin molestia • Hipoacusia

TABLA 10. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE NARIZ, BOCA Y GARGANTA

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
NARIZ, BOCA Y GARGANTA	<ul style="list-style-type: none"> • Rinorrea con sangre o cristalina posterior a trauma de cráneo • Trauma facial con obstrucción de la vía aérea o riesgo de obstrucción. • Epistaxis asociada a presión arterial alta, cefalea • Sangrado abundante • Amputación de la lengua o herida de mejilla con colgajo • Disfonía con historia de trauma en laringe o quemadura • Odinofagia, sialorrea y estridor • Disnea, disfagia e instauración súbita de estridor • Sangrado activo en cirugía reciente de garganta, boca o nariz. • Cuerpo extraño en faringe asociado a disnea 	<ul style="list-style-type: none"> • Epistaxis intermitente con historia de trauma o hipertensión arterial • Trauma nasal asociado a dificultad respiratoria leve • Cuerpo extraño en nariz, dolor o dificultad respiratoria leve 	<ul style="list-style-type: none"> • Herida por punción en paladar duro o blando • Alergia, fiebre y congestión nasal • Trauma nasal sin dificultad respiratoria • Rinorrea, dolor malar o frontal y fiebre • Cuerpo extraño en nariz sin molestia • Odinofagia, fiebre y adenopatías • Lesiones en mucosa oral • Sensación de cuerpo extraño en faringe sin dificultad respiratoria

TABLA 11. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS URINARIOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
URINARIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor severo en dorso, hematuria (sugestivo de urolitiasis) • Retención urinaria aguda • Trauma de pelvis con hematuria o anuria 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo extraño uretral • Hematuria, disuria, polaquiuria, fiebre, vómito y escalofrío 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de dificultad para la micción • Disuria o poliuria sin fiebre, vómito o escalofrío • Disminución en el flujo urinario. • Incontinencia • Secreción de pus

11

TABLA 12. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS GENITALES Y DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
GENITALES Y SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto en curso • Sangrado vaginal o uretral severo posterior a trauma • Retraso menstrual, dolor abdominal severo o irradiado a hombro • Hemorragia vaginal severa durante el embarazo (más de cuatro toallas por hora) • Amniorrea espontánea en el embarazo • Trauma en el embarazo • Hipertensión arterial en el embarazo • Convulsiones en paciente embarazada • Choque en el embarazo • Abuso sexual menor de 72 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual mayor de 72 horas • Sangrado vaginal (más de 10 toallas por día o pulso mayor de 100 por minuto) • Trauma en genitales externos, hematoma o laceración • Sangrado vaginal pos aborto o pos parto sin hipotensión o taquicardia • Cuerpo extraño con molestia • Dolor severo en mamas y fiebre • Dolor abdominal acompañado de fiebre y flujo vaginal • Dolor abdominal pos parto, fiebre y coágulos fétidos • Disminución de movimientos fetales • Dolor abdominal pos quirúrgico • Signos de infección en la herida quirúrgica • Sintomatología urinaria en mujer embarazada 	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito vaginal o flujo • Infertilidad • Determinar embarazo • Amenorrea sin sangrado o dolor • Cuerpo extraño sin molestia • Dispareunia • Dismenorrea • Irregularidad en el ciclo menstrual • Prolapso vaginal • Disfunción sexual • Oleadas de calor • Mastalgia

TABLA 13. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio o ideación suicida • Agitación psicomotora • Confusión • Alucinaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Paciente desea evaluación • Ansiedad • Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) • Abuso de sustancias • Insomnio 	

TABLA 14. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SISTEMA TEGUMENTARIO

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
TEGUMENTARIO	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mordeduras con sangrado abundante ◦ Mordedura o picadura con respuesta alérgica sistémica ◦ Hipotermia, rash, petequias y fiebre ◦ Quemadura por calor o frío con deshidratación o compromiso general del paciente. ◦ Quemadura en cara, cuello, manos, pies y genitales ◦ Herida penetrante con hemorragia incontrolable ◦ Lesión en nervio, tendón o vaso sanguíneo ◦ Reacción alérgica con compromiso ventilatorio o hemodinámico 	<ul style="list-style-type: none"> • Mordedura de perro • Mordedura de serpiente o araña asintomática sin reacción alérgica • Hipotermia, palidez o cianosis localizada, sin dolor • Rash, dolor osteomuscular generalizado, fatiga y fiebre • Quemadura sin compromiso del estado general del paciente y dolor tolerable 	<ul style="list-style-type: none"> • Picaduras menores localizadas • Lesión por frío sin hipopigmentación y dolor leve • Laceración • Herida menor por punción • Retiro o revisión de sutura • Herida infectada localizada • Rash sin fiebre o síntomas sistémicos • Celulitis • Cuerpo extraño en tejidos blandos • Rash de aparición súbita, pruriginoso sin compromiso respiratorio • Lesiones en piel sin compromiso del estado general • Quemadura solar grado I • Adenopatías • Descamación, prurito • Excoriaciones • Resequedad • Diaforesis sin síntomas asociados

TABLA 15. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SISTEMA ENDOCRINO

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
ENDOCRINO Los signos y síntomas descritos para este sistema deben ser correlacionados con las condiciones clínicas del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Polipnea o respiración de Kussmaul • Hipotermia • Diaforesis profusa 	<ul style="list-style-type: none"> • Poliuria • Polidipsia • Diaforesis • Temblor 	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia al calor o frío • Pérdida de peso • Polifagia • Obesidad • Oleadas de calor • Tetania (espasmo muscular fuerte súbito)

43
13

TABLA 16. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON LOS SIGNOS VITALES*

PRESIÓN ARTERIAL			PULSO		FRECUENCIA RESPIRATORIA		TEMPERATURA	
EDAD	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	EDAD	VALOR	EDAD	VALOR	EDAD	VALOR
1 - 5 años	<80 >110	<50 >80	RN	<120 >180	RN	< 30 >50	0 - 5 años	< 35°C >39°C
5 - 7 años	<80 >120	<50 >80	1 año	<100 >130	6 meses	<20 >40	0 - 5 años (Antecedente de convulsión febril)	37.8°C
7 - 10 años	<85 >130	<55 >90	2 años	<90 >120	1 - 2 años	<20 >30		
10 - 12 años	<85 >135	<55 >95	4 años	<80 >110	2 - 6 años	<15 >25	Adulto	< 35°C >40°C
> 12 años	<90 >140	<60 >95	> 8 años	<70 >100	Adulto	< 12 >30		
Adulto	< 70 >200	< 40 >110	Adulto	< 40 >150				

* Los valores que se encuentren por fuera de los límites de normalidad son considerados PRIORIDAD I. Sin embargo, los signos vitales aislados no son patrón de clasificación; deben ser correlacionados con el cuadro clínico del paciente.

FORMATO DE TRIAGE

El formato de triage debe ser un documento de fácil diligenciamiento y que tome el menor tiempo posible; esto acortará el tiempo de espera para la evaluación de los demás pacientes (figura 1).

PRIORIDAD I II III

FECHA: _____ HORA: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

GLASGOW ___/4 ___/6 ___/5 ___/15

ALERTA OBNUBILACIÓN ESTUPOR COMA

SIGNOS VITALES

PA ___/___ FC ___ FR ___ T-___ PULSO: REGULAR IRREGULAR

ANTECEDENTES RELEVANTES _____

FIRMA: _____

Figura 1. Formato de triage.

14

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pulido H. Asociación Colombiana de Hospitales Triage Hospitalario. 2000.
2. Soler E, Escalante H. Triage Fundación Cardio Infantil. Bogotá, 2000.
3. Hospital Militar Central. Triage de Urgencias. Bogotá, 2000.
4. Instituto de Seguros Sociales. Vicepresidencia prestadora de servicios de salud. Triage de Urgencias. Bogotá, 1999.
5. Cook S, Sinclair D. Emergency department triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement. *The Journal of Emergency Medicine*. 1993; 15;(6):889-894.
6. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. 1997; 23-26.
7. Williams R. Triage and emergency department services. editorial. *Annals of Emergency Medicine*. 1996; 27(4):506-508. abdominal pain out of the emergency department: three months feasibility study. University of California, Davis, Medical Center.
15. Mower W, Sachs C, Nicklin E, et al. Pulse oximetric as a fifth pediatric vital sign. *Pediatrics*. 1997; 99(5):681-686.
16. Wells-Mackie J. Clinical assessment and priority setting. *Nursing Clinics of North America*. 1981; 16(1): 3-11.
17. Dueñas M, Velandia M. Triage hospitalario. Fundación Santa Fe de Bogotá. 2001; 1-32.
18. Kennedy K, Aghababian RV, Gans L, et al. Triage: techniques and applications in decision making. *Annals of Emergency Medicine*. 1996; 28(2):136-44.
19. Loyola University Medical Center. Emergency Department. Triage Protocol. 1992; 1-33.
20. George S, Read S, Westlake L, et al: evaluation of nurse british accident at emergency department. *British Medical Journal*. 1992; 304: 876-878.
21. Lowe R, Bindman A, Ulrich S, et al. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. *Annals of Emergency Medicine*. 1994; 23(2):286-293.
22. Waldrop R, Harper D, Mandry C, et al. Prospective assessment of triage in an urban emergency department. *Southern Medical Journal*. 1997; 90(12):1208-1212.
23. Sampalis J, Lavoie A, Williams J, et al. Impact of onsite care, prehospital time and level of in hospital care on survival in severity injured patients. *The Journal of Trauma*. 1993; 34 (2):252-261.
24. Maslanka A. Scoring systems and triage from the field. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 1993; 11(1):15-25.
8. Vanegas S. Protocolo de Triage del Departamento de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá. 1995
9. Derlet R, Kinser D. The emergency department and triage of non urgent Patients. Editorial. *Annals of Emergency Medicine*. 1994; 23(2):377-379.
10. Derlet R, Kinser D, Lou R, et al. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5 year study. *Annals of Emergency Medicine* 1996; 25(2):215-223.
11. Estrada E. Triage Systems. *Nursing Clinics of North America*. 1981; 16(1):13-24.
12. Blumer J. Cuidados Intensivos en Pediatría . 1993; anexo.
13. Brillman J, Doezema D. Triage: limitations in predicting need for emergent care and hospital admission. *Annals of Emergency Medicine*. 1996; 27(4):493-500.
14. Derlet R, Reynolds J. Triage patients with abdominal pain out of the emergency department: three months feasibility study. University of California, Davis, Medical Center.
15. Mower W, Sachs C, Nicklin E, et al. Pulse oximetric as a fifth pediatric vital sign. *Pediatrics*. 1997; 99(5):681-686.

45
15,

Expte. 12551 C 2006

CUMPLASE, COMUNÍQUESE y DESE a la Dirección
General de Gobierno. (Ordenanza 7979).

Rosario, 19 de abril de 2006-


Dra. MÓNICA HAYDEE FEIN
Secretaría de Salud Pública
Municipalidad de Rosario




Ing. ROBERTO MIGUEL LIFSCHITZ
Intendente
Municipalidad de Rosario