

**TRIAJUL ÎN  
STRUCTURILE PENTRU PRIMIREA  
URGENTELOR**

**PROTOCOL DE PRACTICĂ MEDICALĂ**

*Ghid pentru efectuarea triajului pacienților în  
structurile de primire a urgențelor*

## **CUPRINS**

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PREFAȚĂ .....</b>                                         | <b>3</b>  |
| <b>CONTRIBUȚII.....</b>                                      | <b>4</b>  |
| <b>CAPITOLUL 1 .....</b>                                     | <b>7</b>  |
| <b>CE ÎNSEAMNĂ TRIAJUL ÎN PRACTICA MEDICALĂ</b>              |           |
| <b>CAPITOLUL 2 .....</b>                                     | <b>7</b>  |
| <b>STUDIU COMPARATIV AL MODELELOR DE PROTOCOALE DE TRIAJ</b> |           |
| <b>CAPITOLUL 3 .....</b>                                     | <b>11</b> |
| <b>PROTOCOLUL ROMÂNESC DE TRIAJ</b>                          |           |
| <b>CAPITOLUL 4 .....</b>                                     | <b>23</b> |
| <b>ALGORITMUL DE TRIAJ</b>                                   |           |
| <b>CAPITOLUL 5 .....</b>                                     | <b>25</b> |
| <b>EVALUAREA UTILIZĂRII PROTOCOLULUI DE TRIAJ</b>            |           |
| <b>LISTA DE ABREVIERI ȘI PRESCURTĂRI .....</b>               | <b>26</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIE .....</b>                                    | <b>27</b> |

## **PREFAȚĂ**

Fără îndoială, așa cum este demonstrat în continuare, existența unui protocol de triaj adaptat realităților structurilor de primire a urgențelor din România a devenit o necesitate, iar elaborarea lui o prioritate pentru cei care au dorit să se implice în standardizarea asistenței medicale de urgență. Dar simpla elaborare a protocolului de triaj și eventual a unor postere nu este nici pe departe suficientă pentru ca toți cei care îl aplică să-l înțeleagă la fel. Este nevoie deci de o dezvoltare a ideilor cuprinse în protocol, iar în unele cazuri de elaborarea unor modele sau chiar a unor exemple practice. Prezentul ghid încearcă să facă tocmai acest lucru, fără să aibă însă pretenția unei lucrări exhaustive de tipul unui manual. El încearcă să sistematizeze noțiunile și să le aducă mai aproape de înțelesul celor care vor face triajul. Acesta este însă doar primul pas făcut pe drumul implementării reale a unui protocol de triaj.

Parcursul ghidului trebuie în mod necesar însoțit de explicații, prezentări și mai ales exemplificări și chiar simulări făcute într-un cadru organizat și de către persoane care să fie abilitate să transmită mai departe mesajul real al protocolului. Acesta este singurul mod în care ne putem asigura că aplicarea acestui sistem de triaj va aduce o standardizare benefică, utilă și reală în asistența medicală de urgență românească.

## CONTRIBUȚII

Ideea realizării unui protocol românesc de triaj și a unui ghid de implementare a acestui protocol a apărut pe parcursul desfășurării activităților din programul de „Îmbunătățire a Sistemului Regional de Asistență Medicală de Urgență – REMSSy 4” finanțat de către Guvernul Confederației Elvețiene prin Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) și Ministerul Sănătății Publice din România. Acest program se implementează în România încă din 1994, conform Acordului privind cooperarea tehnică gratuită semnat la 8 noiembrie 1995 între Guvernul Confederației Elvețiene și Guvernul României. Începând din anul 2003, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate (CPSS) a fost desemnat de către Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) ca agenție de implementare a programului Remssy.

Desfășurat în complementaritate cu componenta de urgență a celui de-al II-lea împrumut al Băncii Mondiale pentru Reforma Sistemului de Sănătate din România (componentă care se concentrează pe dezvoltarea infrastructurii și dotarea cu echipamente a unităților de urgență din 63 spitale județene și de pediatrie), programul REMSSy 4 se axează pe 2 direcții majore:

- dezvoltarea premizelor pentru asigurarea unei formări adecvate - de bază și continuă în medicina de urgență, beneficiind în acest sens și de consultanță tehnică internațională
- creșterea calității serviciilor de urgență – cu predilecție în cele 14 județe REMSSy (Alba, Arad, Argeș, Bihor, Brașov, București, Cluj, Constanța, Iași, Mureș, Neamț, Prahova, Sibiu, Timiș) prin dezvoltarea unui sistem eficient de asigurare a calității la nivel local și național.

Eforturile depuse pentru susținerea dezvoltării asistenței medicale de urgență în cadrul programelor REMSSy implementate în România au beneficiat de colaborarea cu profesioniștii din domeniu, cărora, pe această cale le mulțumim pentru sprijinul acordat. În luna august 2007, Comisia de Medicină de Urgență și Dezastre a MSP a constituit un grup de lucru pentru dezvoltarea și implementarea protocolului de triaj clinic în România; în perioada august - noiembrie 2007 acest grup de lucru, cu sprijinul programului REMSSy 4 a elaborat materialul alăturat.

Componenta acestui grup de lucru a fost:

*Reprezentant Comisia de Medicină de Urgență și Dezastre a MSP*

Dr. Raed Arafat, Președintele Comisiei, Subsecretar de Stat pentru medicină de urgență

*Coordonator grup de lucru:*

Dr. Hadrian Borcea, medic primar medicină de urgență, Coordonator UPU-SMURD Spitalul Clinic Județean Oradea

*Secretar grup de lucru:*

Prișca Constantin, As Șef-UPU SMURD Spitalul Clinic Județean Oradea

*Grupul de Lucru:*

- Dr. Cristian Boeriu, medic primar ATI, UPU-SMURD Spital Clinic Județean de Urgență Tg Mureș
- Dr. Diana Cimpoieșu, medic primar medicină de urgență, medic șef UPU Spital Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași
- As. med. Melania Cuvinean, asistent șef UPU Spital Clinic Județean de Urgență Arad
- Dr. Mihai Grecu, medic primar medicină de urgență, medic șef UPU Spital Clinic Județean de Urgență Timișoara
- As. med. Paul Grigoraș, asistent UPU Spital Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași
- Dr. Luciana Rotaru, medic primar medicină de urgență, medic șef UPU Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova
- Dr. Nicolae Moldovan, medic primar medicină de urgență, medic șef SMURD Cluj Napoca
- Dr. Daniel Nour, medic primar medicină de urgență, medic șef UPU Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj Napoca
- Dr. Monica Puticiu, medic primar medicină de urgență, medic șef UPU Sp. Clinic Județean de Urgență Arad
- Dr. Alina Petrică, medic rezident Spital Clinic Județean Timișoara
- As. Med. Vass Hajnal, asistent șef UPU-SMURD Spital Clinic Județean de Urgență Tg Mureș

*Asistența tehnică:*

- Ec. Simona Haraga, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar - Principii generale în elaborarea și implementarea ghidurilor de practică
- Dr. Dana Burduja, Coordonator Componenta Calitate Program REMSSy 4, CPSS

## **CAPITOLUL 1**

### **CE ÎNSEAMNĂ TRIAJUL ÎN PRACTICA MEDICALĂ**

„Triajul este un sistem de evaluare și clasificare a pacienților care se prezintă în structurile de primire a urgențelor în vederea stabilirii priorității și a nivelului de asistență medicală necesară”.

## **CAPITOLUL 2**

### **STUDIU COMPARATIV AL MODELELOR DE PROTOCOALE DE TRIAJ**

De-a lungul evoluției triajului, au fost folosite diferite scale. Inițial sistemul cel mai frecvent folosit, a fost cel cu 3 nivele care includea următoarele clase de triaj: resuscitare, critic și nonurgent (ENA 1997). Pacienții sunt încadrați ca “resuscitare” dacă au o problemă care le pune viața sau integritatea corporală în pericol imediat. Pacienții încadrați ca și „critici” sunt aceia care necesită îngrijire imediată dar care pot aștepta până la câteva ore dacă este necesar. Pacienții nonurgenți au probleme ce necesită atenție dar timpul nu este un factor critic.

Pe măsură ce departamentele de urgență și sistemul de asistență medicală au continuat să se modifice, valoarea acurateței sistemelor de triaj existente a fost cercetată îndeaproape. Această cercetare a ajuns la concluzia că modelele tradiționale de triaj au fost inadecvate. În particular medicina de urgență și coordonatorii asistentelor de urgență au pus la îndoială siguranța și validitatea sistemului de triaj cu o scală de 3 nivele folosit în majoritatea departamentelor de urgență din SUA. Definițiile termenilor resuscitare, critic și nonurgent sunt neclare, neuniforme și sunt adesea dependente de spital și de asistente.

Ca urmare a acestor studii au fost elaborate scalele de triaj cu 5 nivele. Scala de triaj Australiană - Asiatică (ATS), un sistem dezvoltat în Australia, a fost folosit în toată Australia și Noua Zeelandă încă de la începutul anilor 1990. Australian Council on Healthcare Standards a adoptat ATS ca o bază de evaluare în departamentul de urgență și ca și calitate a îngrijirii medicale, iar evaluarea triajului reprezintă subiectul unor recenzii regulate.

The Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) a fost creată în 1995 de un grup de medici de urgență canadieni. The National Emergency Nurses Affiliation, Inc. (NENA) and The Canadian Association for Emergency Physicians (CAEP) au sprijinit CTAS ca fiind standardul național pentru triajul din departamentele de urgență. CTAS reprezintă o scală cu 5 nivele ce ia în considerare acuza principală și conține descrieri detaliate ale condițiilor cuprinse în fiecare nivel de triaj.

CTAS și ATS au mai multe similitudini decât diferențe. Ambele descriu cele mai frecvente prezentări, conțin liste cu exemple de diagnostice santinelă și specifică timpii până la evaluarea de către medic. Principala diferență se referă la CTAS, ce conține o descriere mai detaliată a evaluării severității pacienților cu aceeași prezentare, utilizează scale de durere, și specifică timpul până la evaluarea de către asistenta de triaj.

Tabel 1. Comparație CTAS/ATS

|                                                                        | <b>CTAS</b>                                                                | <b>ATS</b>                   |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Numărul de nivele                                                      | 5                                                                          | 5                            |
| Timpul până la triaj                                                   | 10 min                                                                     | Nespecificat                 |
| Timpul până la evaluarea de către asistentă                            | Conform triajului inițial                                                  | Nespecificat                 |
| Timpul până la evaluarea de către medic                                | Imediat, 15, 30, 60, 120 min                                               | Imediat, 15, 30, 60, 120 min |
| Scala de durere                                                        | Cu 10 nivele                                                               | N/A                          |
| Pediatrie (parametrii specifici vârstei)                               | Utilizare de scale                                                         | Nespecificați                |
| Definiții ale severității pentru aceleași condiții, la diferite nivele | Specificate pentru astm, TCC, durere, durere toracică, traumatisme oculare | Nespecificate                |
| Prezentări frecvente                                                   | Da                                                                         | Da                           |

|                                           |                                                             |                                                                    |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Diagnostic<br>santinelă                   | Da                                                          | Da                                                                 |
| Estimarea ratei<br>internărilor           | Specificată                                                 | Definită, utilizând<br>datele actuale, din<br>mai multe<br>spitale |
| Materiale<br>didactice de<br>implementare | Da. Detalii pentru<br>fiecare element al<br>scalei de triaj | Da. Fără detalii.<br>Suport<br>video                               |

Sistemele de triaj cu 5 nivele au fost de asemenea implementate în Marea Britanie și Canada. The Manchester Triage Scale este utilizată în Marea Britanie și folosește o fișă de prezentare preformată. Asistentele trebuie inițial să identifice principala acuză a pacientului și apoi să aleagă una din cele 52 de tipuri de fișă pentru a efectua un interviu structurat și apoi să atribuie un nivel de triaj de la 1 (îngrijire medicală imediată) la 5 (îngrijire medicală în decurs de 4 ore). Sistemul a fost sprijinit de către Accident and Emergency Nurses Association. Asupra sistemului Manchester s-au efectuat cercetări limitate.

ESI este o scală cu 5 nivele creată de medicii de urgență Richard Wuerz și David Eitel în SUA. Cei doi au considerat că rolul principal al triajului în departamentul de urgență este de a facilita prioritatea pacienților bazată pe starea lor de urgență. Asistenta de la triaj determină prioritatea prin întrebarea: „Cine ar trebui să fie văzut primul?”. Doctorii Wuerz și Eitel au realizat că atunci când mai mulți pacienți cu maximă prioritate sunt prezenți simultan, această întrebare se transformă în „Cât de mult poate fiecare să aștepte?”. ESI a fost creat în jurul unui model conceptual al triajului în departamentele de urgență. În plus față de întrebarea „Cine ar trebui să fie văzut primul?” asistentele de la triaj folosesc ESI pentru a lua în calcul și ce resurse sunt necesare pentru parcursul pacientului în departamentul de urgență. ESI menține fundamentul tradițional al urgenței pacientului și apoi încearcă să realizeze un obiectiv secundar, nu doar sortarea pacienților ci și direcționarea pacienților: trimiterea pacientului corespunzător către resursele corespunzătoare, în locul potrivit și la timpul potrivit.

Medicii urgențiști și asistentele din SUA și Canada au efectuat câteva studii de cercetare în care a fost evaluată siguranța și validitatea ESI. ESI a fost direct comparat cu triajul convențional cu 3

nivele și cu CTAS cu 5 nivele. Ca și scala Australian-Asiatică, Canadiană și din Marea Britanie, triajul ESI are de asemenea 5 nivele. Totuși este diferit atât ca abordare conceptuală cât și ca aplicație practică. Ideea de bază a scalei de triaj din Australia, Canada și UK este că scopul triajului este să determine cât de mult un pacient poate să aștepte până primește îngrijiri medicale în departamentul de urgență. Definiții clare ale timpului până la evaluarea medicului sunt parte integrantă a ambelor algoritmi. Aceasta reprezintă diferența majoră între ESI, CTAS și ATS. ESI nu definește intervalele de timp de așteptare până la evaluarea medicului.

ESI este unic și prin faptul că cere asistentei de la triaj să anticipeze nevoile de resurse (de exemplu testele diagnostice și procedurile), în plus față de acuitate, pentru a determina o categorie de triaj pentru pacienții cu afecțiuni mai puțin severe.

Unul dintre beneficiile ESI este identificarea rapidă a pacienților ce necesită atenție imediată. Prim planul triajului ESI este reprezentat de sortarea rapidă a pacienților în condițiile unor resurse limitate. Triajul ESI reprezintă o sortare rapidă în 5 grupuri cu diferențe clinice semnificative în funcție de nevoile de resurse și deci, și de nevoile operaționale asociate. Folosirea ESI pentru sortarea rapidă poate duce la îmbunătățirea fluxului de pacienți din departamentul de urgență. Odată ce a fost atribuită o categorie ESI, pacientul poate fi direcționat către o evaluare mai completă, înregistrare, tratament inițial sau așteptare bazată pe acuitatea și nevoile de resurse presupuse.

Alte beneficii ale ESI includ diferențierea pacienților ce nu necesită a fi văzuți în departamentul de urgență principal dar pot fi văzuți în siguranță și mai eficient în zonele de tratament imediat. Asistentele care au folosit programul ESI au raportat că acesta facilitează comunicarea pacienților mai eficient decât scala de triaj cu 3 nivele folosită anterior.

ESI a fost de asemenea folosit ca și bază pentru protocoalele departamentelor de urgență ce se adresează categoriilor specifice de pacienți. El este util și pentru stabilirea momentului când e necesară redirecționare ambulanțelor.

## CAPITOLUL 3

### PROTOCOLUL ROMÂNESC DE TRIAJ

#### 3.1 Rolul triajului

Numărul pacienților care se prezintă în departamentele de urgență este în continuă creștere, iar capacitatea acestora de a asista pacienții cu afecțiuni acute este constantă. Din acest dezechilibru s-a născut necesitatea utilizării unui sistem care să permită sortarea rapidă și eficientă a pacienților, astfel încât aceștia să beneficieze de o alocare corectă a resurselor disponibile în funcție de afecțiunile pentru care se prezintă în serviciul de urgență. Triajul este modalitatea transparentă de prioritizare a accesului pacienților la îngrijiri (investigații, diagnostic, tratament).

#### *De ce necesitatea unui protocol național?*

Structurile pentru primirea urgențelor din cadrul spitalelor din România sunt caracterizate printr-o aparentă inomogenitate structurală, funcțională și din punct de vedere al resurselor umane și materiale. În condițiile unei legislații, a unei pregătiri profesionale a personalului și a unei dotări relativ similare, inomogenitatea este determinată de detalii care însă pot deveni semnificative și chiar pot periclita, în anumite situații, calitatea actului medical. Pentru a asigura o îngrijire uniformă a pacienților indiferent de locul unde aceștia se prezintă în vederea asistenței medicale de urgență este necesară standardizarea condițiilor pe care acești pacienți le vor întâlni în aceste unități. În cadrul acestei standardizări, instituirea la nivel național a unui protocol de triaj va permite atât crearea unui standard de prioritizare a pacienților și de alocare a resurselor, dar, în același timp va impune în rândul pacienților noțiunea de așteptare justificată supravegheată. Așteptarea este sau poate deveni cel mai supărător element, pe care anumiți pacienți îl acceptă cu multă greutate, fiind generator de situații conflictuale și dificil de soluționat. Odată ce această așteptare (aleatorie ca și durată) se transformă într-un interval de timp limitat, cuantificat și mai ales justificat, treptat și percepția pacienților și familiilor acestora se va modifica în sensul unei acceptări mai facile.

### 3.2 Unde se efectuează triajul

Triajul se efectuează în zona special amenajată pentru acest scop, conform prevederilor legale în vigoare. Aria de triaj poate avea configurații și amenajări diferite în funcție de spațiul care stă la dispoziția unității sanitare respective. Elementele definitorii ale acestui spațiu sunt: amplasarea la intrarea în acea parte a instituției care a fost desemnată pentru gestionarea urgențelor, evidența tuturor pacienților precum și un control strict al accesului către zonele specifice de diagnostic și tratament al tuturor acelor pacienți care se prezintă pentru acordarea asistenței medicale de urgență.

### 3.3 Când se efectuează triajul

Triajul se face în momentul prezentării pacientului în structura de primire a urgențelor. Se definesc mai jos următorii parametrii:

- Momentul în care pacientul a intrat în structura de primire a urgențelor – ora preluării (de către asistentul de triaj).
- Momentul preluării pacientului într-una dintre zonele de tratament – ora primului consult medical.

În cazul prezentării simultane a mai multor pacienți în structura de primire a urgențelor sau în orice altă situație deosebită, asistentul de triaj va solicita sprijinul celui de-al doilea asistent de triaj.

**Recomandare:** Timpul mediu de triaj nu trebuie să fie mai mare de 2 minute pentru un pacient.

### 3.4 Cine efectuează triajul

Triajul pacienților care se prezintă în structurile de primire a urgențelor este necesar tocmai în acele momente dificile în care numărul prezentărilor depășește resursele umane și materiale. Alocarea unui medic pentru a efectua această procedură este considerată ca fiind o risipă de resurse; în plus medicul va fi întotdeauna tentat să „consulte” mai amănunțit pacientul. Aceasta duce inevitabil la prelungirea timpului în care ceilalți pacienți vor avea primul contact cu personalul medical. Din aceste motive în majoritatea situațiilor în care s-a decis aplicarea unui protocol de triaj cu 5 nivele de prioritate, cadrul medical desemnat pentru efectuarea triajului a fost un asistent medical.

**Asistentul medical de triaj:** asistentul medical cu pregătire specifică, cu experiență și abilități corespunzătoare.

**Rolul, abilitățile și responsabilitățile asistentului de triaj:**

- Abilitatea de a recunoaște pacientul bolnav versus non-bolnav.

- Abilitatea de a anticipa și a avea planuri de rezolvare pentru diferite situații care pot să apară.
- Abilități interpersonale și de comunicare (soluționarea conflictelor, luarea deciziilor, etc).
- Îndemânarea spre prioritizare excelentă.
- Capacitate de gândire critică.
- Abilități de organizare.
- Flexibilitate, adaptabilitate.
- Capacitate de adaptare la stres.
- Rolul de model.
- Tact.
- Răbdare.
- Cunoașterea ROI;

Asistentul de triaj trebuie să audă nu doar ce relatează pacientul ci și informațiile primite în același timp de la alte surse.

Fiecare structură de primire a urgențelor va asigura minim 2 asistenți de triaj pe tură; intervalul de timp maxim continuu pentru un asistent în serviciul de triaj este de 6h. Acesta este considerat ca fiind intervalul pe durata căruia un asistent medical poate efectua triajul pacienților în condiții optime. După stabilirea nivelului de prioritate, pacientul va fi preluat în zona de tratament care i-a fost alocată de către asistentul de triaj. În situații deosebite (imposibilitatea încadrării într-un nivel de triaj, conflicte, etc.) asistentul de triaj poate solicita sprijinul medicului responsabil de tură.

### **3.5 Algoritmul de triaj**

**Nivelul de triaj:** Cuprinde toți pacienții care prezintă același grad de prioritate în funcție de gravitatea și/sau caracterul acut al patologiei lor și de resursele necesare.

**Nivel I – RESUSCITARE** (cod roșu):

- Pacientul care necesită **ACUM** intervenție salvatoare de viață.
- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 0 minute

Tabel 2. Intervenții salvatoare de viață:

|                             | <b>INTERVENȚII<br/>SALVATOARE DE VIAȚĂ</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>NU SE CONSIDERĂ<br/>INTERVENȚII<br/>SALVATOARE DE<br/>VIAȚĂ</b>                                                      |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Căi aeriene/<br>respirație  | Ventilație pe mască și<br>balon<br>Susținere avansată a<br>căilor aeriene<br>Rezolvarea<br>chirurgicală a căii<br>aeriene<br>Ventilație de urgență<br>CPAP (cu presiune<br>pozitivă continuă)<br>Ventilație de urgență<br>BiPAP (cu presiune<br>pozitivă pe două<br>nivele)<br>Manevra Heimlich | Administrarea de<br>oxigen<br>- pe mască facială<br>- pe canulă nazală                                                  |
| Terapie<br>electrică        | Defibrilare<br>Cardioversie de<br>urgență<br>Pacing extern                                                                                                                                                                                                                                      | Monitorizarea<br>cardiacă                                                                                               |
| Proceduri                   | Decompresia<br>pneumotoraxului<br>sufocant<br>Pericardiocenteza<br>Toracotomie de<br>urgență<br>Compresiuni toracice<br>externe                                                                                                                                                                 | Testele diagnostice:<br>-electrocardiogramă<br>-teste de laborator<br>-ecografie<br>-CT sau ecografie<br>FAST în traumă |
| Intervenții<br>hemodinamice | Resuscitare volemică<br>cu fluide i.v                                                                                                                                                                                                                                                           | -linie i.v<br>-linie i.v pentru                                                                                         |

|             |                                                                           |                                                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | Administrare de sânge<br>Controlul sângerărilor<br>majore                 | administrarea<br>medicației                                                                                     |
| Medicamente | Naloxone<br>Glucoză 33%<br>Dopamină<br>Atropină<br>Adenozin<br>Adrenalină | Aspirină<br>Nitoglicerină i.v.<br>Antibiotice<br>Heparină<br>Analgetice<br>Beta-agoniști pe cale<br>inhalatorie |

Se încadrează la acest nivel și pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice : pacient intubat, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă, SaO<sub>2</sub><90%, modificări acute ale statusului mental, inconștient\*.

\* Starea de inconștiență este definită astfel:

- pacientul nu vorbește și nu execută comenzile (modificare acută)
- ȘI/SAU
- pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși

#### **Exemple de situații de nivel I:**

- Stopul cardiorespirator
- Insuficiența respiratorie severă
- SpO<sub>2</sub><90%
- Pacienții sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali
- Pacienții cu supradozaj medicamentos și FR≤6resp/min
- Insuficiența respiratorie severă cu respirații agonice sau gasping
- Bradicardie severă sau tahicardie cu semne de hipoperfuzie
- Pacienții cu traumatisme care necesită resuscitare volemică imediată
- Pacienți cu durere toracică, palizi, cu transpirații profuze, TA-<70mmHg (determinată anterior prezentării)
- Puls slab filiform, FC<30
- Copil hiporeactiv, obnubilat, letargic
- Pacient areactiv cu halenă etanolică
- Hipoglicemie cu alterarea statusului mental

**Nivel II – CRITIC** (cod galben)

- o Pacientul care prezintă o situație cu risc major sau status mental alterat (modificare acută) sau orice durere intensă sau discomfort major
- o Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 10 minute

Situații cu risc major:

- starea clinică ce se poate deteriora rapid sau necesită tratament imediat
- afectarea gravă a stării funcționale sau a structurii unui organ sau a unui segment anatomic
- acele situații pentru care „ocupăm și ultimul pat liber”

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

Status mental alterat: GCS = 6-14

Discomfort major: poate fi fizic sau psihologic (victima violenței domestice, abuz etc)

În cazul copiilor cu vârste mai mici de 36 de luni, se va lua în considerare și următorul criteriu:

| VÂRSTA      | TEMPERATURA       | NIVEL DE TRIAJ                 |
|-------------|-------------------|--------------------------------|
| 1 – 28 zile | Febră peste 38° C | Cel puțin nivel 2              |
| 1 – 3 luni  | Febră peste 38° C | Se consideră cel puțin nivel 2 |
| 3 – 36 luni | Febră peste 39° C | Se consideră cel puțin nivel 3 |

Tabel 3. Exemple de situații de nivel II

| SISTEM  | EXEMPLE/DIAGNOSTIC                                                    | SEMNE/SIMPTOME                                                                                                  |
|---------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abdomen | Durere abdominală la vârstnic<br><br>Sângerare GI<br><br>Deshidratare | Durere severă, semne vitale stabile<br><br>Tahicardie, hematemeză, melenă, rectoragie<br>Vărsături incoercibile |
| Cardiac | Durere toracică                                                       | Semne vitale stabile, Durerea toracică constantă                                                                |

|                  |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | <p>Ocluzie arterială acută</p> <p>Istoric de angioplastie cu durere toracică</p> <p>Revărsat pericardic</p> <p>Endocardită infecțioasă</p> | <p>sau intermitentă</p> <p>Durere + absența pulsului distal</p> <p>Semne vitale stabile</p> <p>Durere toracică și dispnee</p> <p>Istoric de valvulopatii, abuz de droguri etc</p> |
| General          | Pacienți imunocompromiși: pacienți oncologici, transplant (post transplant sau pe listă de așteptare)                                      | Pot avea sau nu febră                                                                                                                                                             |
| Genitourinar     | <p>Torsiune testiculară</p> <p>Insuficiență renală acută</p>                                                                               | <p>Instalare bruscă a durerii testiculare</p> <p>Imposibil de dializat</p>                                                                                                        |
| Ginecologic      | <p>Sarcină ectopică</p> <p>Avort spontan</p>                                                                                               | <p>Test de sarcină pozitiv, durere severă în etajul abdominal inferior</p> <p>Sângerare genitală și tahicardie cu tensiune arterială stabilă</p>                                  |
| Sănătate mintală | <p>Combativ, ostil, isteric</p> <p>Tentativă de suicid</p> <p>Etilism acut cu traumă</p> <p>Abuz sexual</p>                                |                                                                                                                                                                                   |
| Neurologic       | Suspiciune de meningită                                                                                                                    | Cefalee, febră, letargie                                                                                                                                                          |

|            |                                                 |                                                                                                                           |
|------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | Accident vascular cerebral                      | Deficite motorii sau de vorbire acut instalate                                                                            |
|            | Pacient conștient cu convulsii recente          | Convulsii                                                                                                                 |
| Pediatric  | Vomă, diaree, imposibilitate de a mânca         | Turgor cutanat diminuat, letargie, depresia fontanelei                                                                    |
|            | Criza de astm<br>Bronșiolita acută              | Dispnee, bătaia aripilor nazale și/sau tiraj intercostal, subcostal, balans toraco-abdominal, mișcare de piston a capului |
|            | Suspiciune de meningită                         | Cefalee, febră, letargie, bombarea fontanelei                                                                             |
| Respirator | Epiglotită acută                                | Disfagie, hipersalivație                                                                                                  |
|            | Astm sever                                      | Dispnee severă                                                                                                            |
|            | Revărsate pleurale                              | Dispnee severă                                                                                                            |
|            | Pneumotorax spontan                             | Instalarea subită a dispneei severe                                                                                       |
| Traumă     | Accident cu pierderea tranzitorie a conștienței | Istoric de traumatism cranian                                                                                             |

**„Al 6-lea simț”: pe baza experienței și a cunoștințelor acumulate, asistentul de triaj poate să prevadă agravarea stării pacientului fără să o poată documenta în acel moment!**

### Nivel III – **URGENT** (cod verde)

- Pacientul cu funcții vitale stabile dar care necesită 2 sau mai multe dintre resursele definite mai jos
- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 30 minute

Înainte de clasificarea pacientului în nivelul III, asistentul de triaj trebuie să determine semnele vitale și să decidă dacă sunt în limite normale pentru vârsta pacientului. Dacă semnele vitale sunt în afara parametrilor acceptați, asistentul de triaj trebuie să ia în considerare reclasificarea pacientului la o categorie superioară. Semnele vitale utilizate sunt: pulsul, frecvența respiratorie, tensiunea arterială și saturația în oxigen, și pentru orice copil cu vârsta mai mică de trei ani, temperatura.

Tabel 4. Valorile semnelor vitale care necesită reîncadrarea pacientului într-o categorie superioară de triaj (nivel I sau II)

| VÂRSTA         | FC    | FR   | SAO2   |
|----------------|-------|------|--------|
| < 3 luni       | > 180 | > 50 | < 92 % |
| 3 luni - 3 ani | > 160 | > 40 |        |
| 3 - 8 ani      | > 140 | > 30 |        |
| > 8 ani        | > 100 | > 20 |        |

### Reevaluarea pacientului

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

### Definirea resurselor

Resursele sunt acele intervenții care presupun evaluarea sau efectuarea unei proceduri ce necesită mai mult timp din partea personalului medical din urgență și/sau care implică personal din afara departamentului de urgență. Resursele ce necesită un timp îndelungat (administrarea medicației intravenos, inserția unui dren toracic etc) sau care necesită personal sau resurse din afara departamentului de urgență (radiografii, consult chirurgical) cresc durata de staționare a pacientului în departamentul de urgență și

indică gradul de complexitate; de aceea categoria de triaj va fi una superioară. Esența acestei părți a algoritmului este diferențierea pacienților cu patologie mai complexă de cei cu probleme mai simple.

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

Tabel 5. Exemple generale de resurse

| <b>RESURSE</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>NU SUNT CONSIDERATE RESURSE</b>                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Teste de laborator (sânge, urină)<br>EKG<br>Radiografii, CT, RMN, ecografie, angiografie                                                                                                                       | Anamneza sau examenul fizic (inclusiv tușeul rectal sau vaginal)       |
| Fluide i.v (reumplere volemică)                                                                                                                                                                                | Abordul venos periferic                                                |
| Administrarea medicamentelor i.v, i.m sau prin nebulizare                                                                                                                                                      | Medicație per os<br>Profilaxia antitetanică<br>Prescrierea unei rețete |
| Consulturi de specialitate                                                                                                                                                                                     | Consultul telefonic                                                    |
| Procedurile simple (ex: sondajul vezical, sutura unei plăgi etc) se consideră o singură resursă<br>Procedurile complexe (de exemplu, care necesita și sedarea pacientului conștient) se consideră două resurse | Toaleta și pansamentul simplu al unei plăgi<br>Imobilizarea provizorie |

Tabel 6. Exemple de apreciere a numărului de resurse\*:

| <b>NR. CRT.</b> | <b>DENUMIRE</b>                 | <b>NUMĂR DE RESURSE</b> |
|-----------------|---------------------------------|-------------------------|
| 1.              | Determinări sanguine și urinare | 1                       |

|     |                                                                        |   |
|-----|------------------------------------------------------------------------|---|
| 2.  | Radiografii (inclusiv cu substanță de contrast sau incidente speciale) | 1 |
| 3.  | Ecografie                                                              | 1 |
| 4.  | Tomografie computerizată (inclusiv cu substanță de contrast)           | 1 |
| 5.  | ECG                                                                    | 1 |
| 6.  | Spirometrie                                                            | 1 |
| 7.  | Consult de altă specialitate                                           | 1 |
| 8.  | Instituirea unei perfuzii                                              | 1 |
| 9.  | Administrarea de medicamente iv                                        | 1 |
| 10. | Administrarea de medicamente im                                        | 1 |
| 11. | Administrarea de medicamente intraosos                                 | 1 |
| 12. | Sutura plăgilor                                                        | 1 |
| 13. | Pansamentul și toaleta plăgilor                                        | 1 |
| 14. | Imobilizarea unei fracturi, luxații                                    | 1 |
| 15. | Drenajul toracic                                                       | 2 |
| 16. | Accesul venos central                                                  | 2 |
| 17. | Lavajul peritoneal                                                     | 1 |
| 18. | Sondajul urinar                                                        | 1 |
| 19. | Igienizarea pacientului                                                | 1 |

\*Se poate adapta la nivel local în funcție de specificul fiecărei unități sanitare (ex: structura pavilionară, calificarea personalului, dotare cu echipamente etc)

#### **Nivel IV – NON-URGENT** (cod albastru)

- Pacientul care prezintă funcții vitale stabile și necesită o singură resursă dintre cele definite anterior (la Nivelul III)
- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 60 minute.

#### **Reevaluarea pacientului**

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

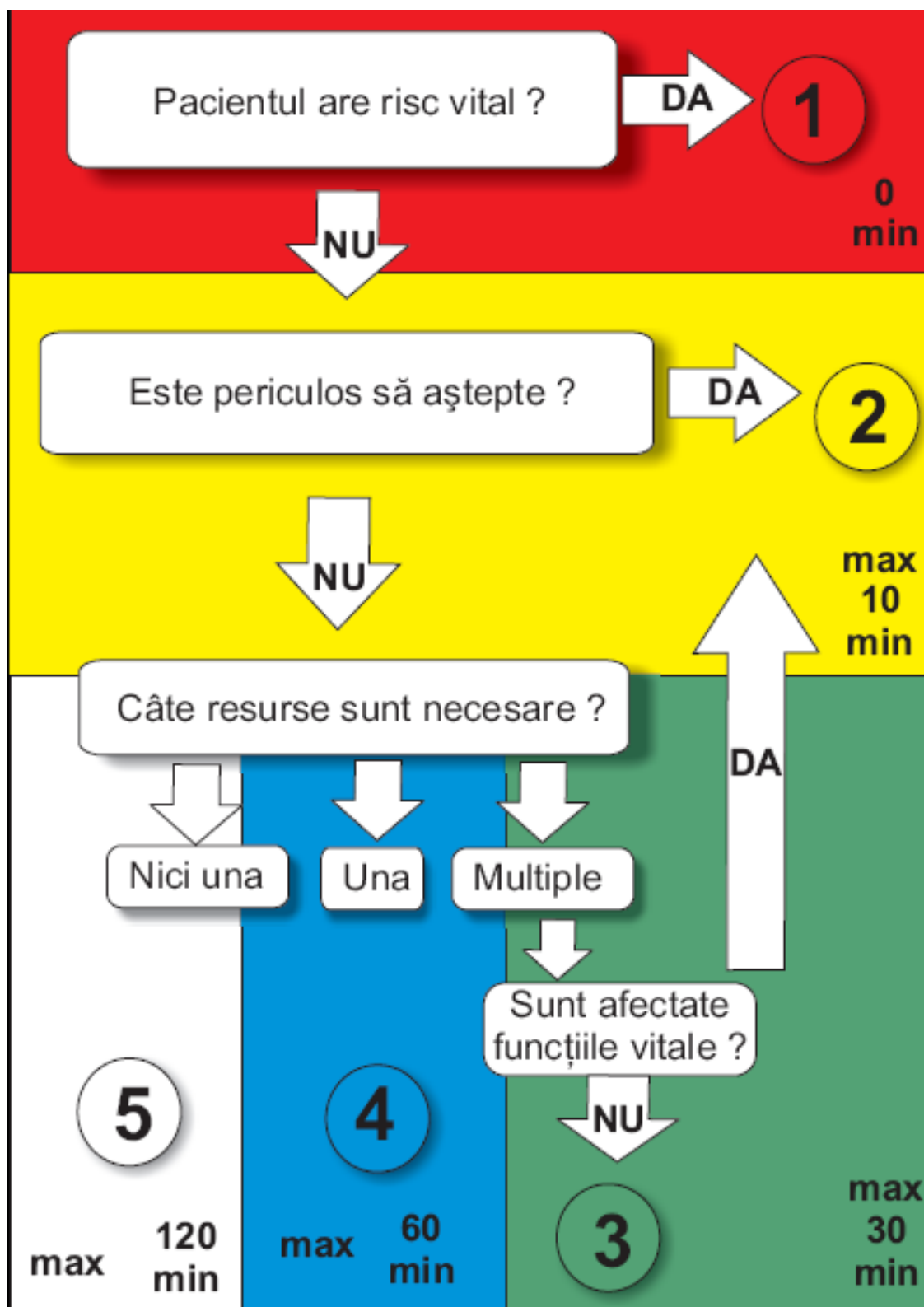
**Nivel V – CONSULT** (cod alb)

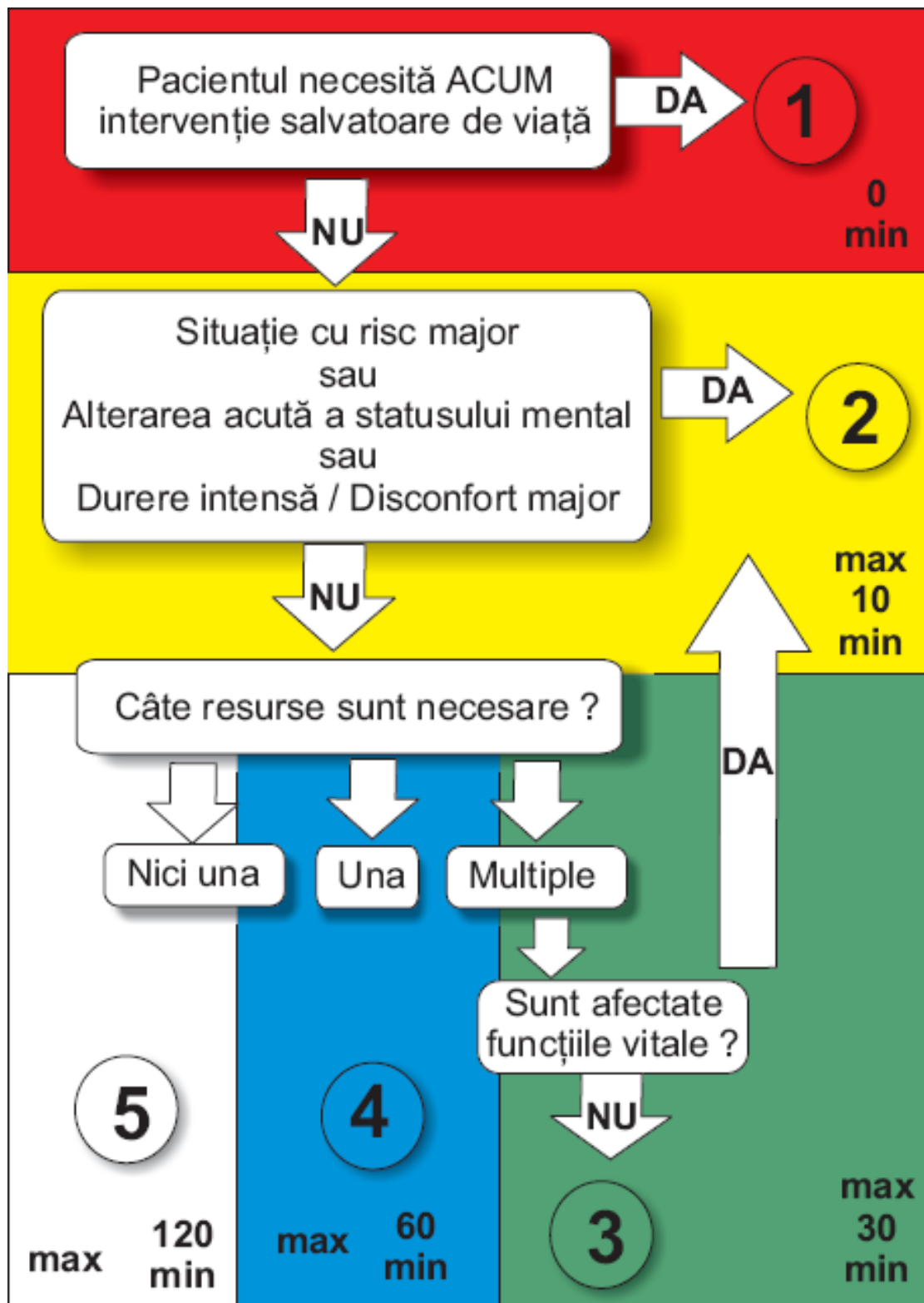
- Pacientul care nu necesită asistență medicală de urgență și nici una dintre resursele definite mai sus (la nivelul III)
- Persoane care se prezintă pentru unul dintre motivele de mai jos:
  - vaccinare
  - caz social fără acuze clinice
  - probleme clinico-administrative (certificate medicale, rețete, etc)
- Timpul maxim de preluare în zona de tratament: 120 minute.

În vederea evitării supraaglomerării structurii de primire a urgențelor, în zona de triaj se pot efectua anumite manevre și gesturi medicale, care să permită rezolvarea rapidă a cazurilor.

## CAPITOLUL 4

### ALGORITMUL DE TRIAJ





## **CAPITOLUL 5**

### **EVALUAREA UTILIZARII PROTOCOLULUI DE TRIAJ**

#### **Parametrii de monitorizare și evaluare**

- Precizia categoriilor de triaj apreciate de asistenta de triaj
- Ratele de supra și sub evaluare a nivelului de triaj
- Procentul cazurilor cu evoluție nefavorabilă datorită triajului incorect
- Timpul mediu de așteptare pentru fiecare categorie de triaj
- Procentul pacienților cu timpul de așteptare mai mare decât cel recomandat pentru fiecare categorie de triaj
- Procentul de pacienți din nivelurile 4 și 5 care sunt internați în spital

## LISTA DE ABREVIERI ȘI PRESCURTĂRI

|        |                                                         |
|--------|---------------------------------------------------------|
| ATS    | Australasian Triage Scale                               |
| BiPAP  | Ventilație mecanică cu presiune pozitivă pe 2 nivele    |
| BM     | Banca Mondială                                          |
| CAEP   | Canadian Association for Emergency Physicians           |
| CPAP   | Ventilație mecanică cu presiune pozitivă continuă       |
| CPSS   | Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate         |
| CT     | Computer Tomograf                                       |
| CTAS   | Canadian Triage and Acuity Scale                        |
| EKG    | Electrocardiograma                                      |
| ENA    | Emergency Nurses Association                            |
| ESI    | Emergency Severity Index                                |
| FAST   | Focussed Assesment Sonography for Trauma                |
| FC     | Frecvența Cardiacă                                      |
| FR     | Frecvența Respiratorie                                  |
| GCS    | Glasgow Coma Scale                                      |
| GI     | Gastro Intestinală                                      |
| i.m.   | Intramuscular                                           |
| i.v.   | Intravenos                                              |
| MSP    | Ministerul Sănătății Publice                            |
| N/A    | Nu se aplică                                            |
| NENA   | National Emergency Nurses Affiliation                   |
| REMSSy | Rehabilitation of the Emergency Medical Services System |
| ROI    | Regulament de Ordine Interioară                         |
| SaO2   | Saturație arterială a oxigenului                        |
| SDC    | Swiss Development and Cooperation Agency                |
| SMURD  | Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare   |
| TA     | Tensiune arterială                                      |
| TCC    | Traumatism cranio cerebral                              |
| UPU    | Unitate de Primire a Urgențelor                         |

## BIBLIOGRAFIE

1. Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. *Can J Emerg Med* 1999; 1(3 suppl):S2-28.
2. Beveridge R. CAEP Issues. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. Canadian Association of Emergency Physicians. *J Emerg Med* 1998;16:507-11.
3. Beveridge R, Ducharme J, Janes L, Beaulieu S, Walter S. Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: inter-rater agreement. *Ann Emerg Med* 1999;34(2):155-9
4. Beveridge RC, Ducharme J: Emergency department triage and acuity: development of a national model (Canada) (abstract). *Acad Emerg Med* 1997;4:475-476
5. Brillman JC, Doezeema D, Tandberg D, et al: Triage: limitations in predicting need for emergent care and hospital admission. *Ann Emerg Med* 1996;27:498-500
6. Cater Sloan, Raymond Pong, Vic Sahai, Robert Barnett, Mary Ward, Jack Williams – Triage practices and procedures in Ontario's Emergency Departments, a report to the steering committee, triage in Ontario, march 2005
7. Derlet RW, Nishio DA: Refusing care to patients who present to an emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19:262-267.
8. Derlet RW, Kinser D, Ray L, et al: Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995;25:215-223.
9. Eitel, D.R., Travers, D. A., Rosenau, A., Gilboy, N., & Wuerz, R. C. The emergency severity index version 4 . *Implementation Handbook*. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
10. Fernandes CMB, Wuerz RC, Clark S, et al: How reliable is emergency department triage? *Ann Emerg Med* 1999; in press.
11. Johnson LA: Triage: limitations and opportunities. *Ann Emerg Med* 1996;28:372-373.
12. Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, et al: Refusing care to emergency department patients: evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* 1994;23:286-293.

13. Manos D, Petrie DA, Beveridge RC, Walter S, Ducharme J. Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. *Can J Emerg Med* 2002;4(1):16-22.
14. Murray MJ, Levis G. Does triage level (Canadian Triage and Acuity Scale) correlate with resource utilization for emergency department visits? [abstract]. *Can J Emerg Med* 2004;6(3):180.
15. Michael Murray, Michael Bullard, Eric Grafstein, for the CTAS and CEDIS National Working Groups - Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines
16. Manchester Triage Group. (1997). *Emergency triage*. Plymouth, UK: BMJ Publishing Group.
17. Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) January 2004 - Reducing Attendances and Waits in Emergency Departments
18. Stenstrom R, Grafstein E, Innes G, Christenson J. Real-time predictive validity of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) [abstract]. *Acad Emerg Med* 2003;10(5):512.
19. Simon HK, Ledbetter DA, Wright J: Societal savings by "fast tracking" lower acuity patients in an urban emergency department. *Am J Emerg Med* 1997;15:551-554.
20. SAEM Ethics Committee: Ethics of emergency department triage. *Acad Emerg Med* 1995;2:990-995
21. Waldrop RD, Harper DE, Mandry C: Prospective assessment of triage in an urban emergency department. *South Med J* 1997;90:1208-1212.
22. West TD, Pitzer SA: Improving quality while managing costs in emergency medicine. *J Health Care Finance* 1997;24:17-29.
23. Worster A, Gilboy N, Fernandes CM, Eitel D, Eva K, Geisler R, Tanabe P. Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: a randomized controlled trial. *Can J Emerg Med* 2004;6(4):240-5
24. Warren D, Jarvis A, Leblanc L; and the National Triage Task Force members. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: implementation guidelines for emergency departments. *Can J Emerg Med* 2001;3 (4 suppl):S1-27
25. Williams RM: The costs of visits to emergency departments. *N Engl J Med* 1996;334:642-646.
26. Williams RM: Triage and emergency department services (editorial). *Ann Emerg Med* 1996;27:506-508.

27. Wuerz RC, Fernandes CMB, Alarcon J, et al: Inconsistency of emergency department triage. *Ann Emerg Med* 1998;32:431-435.