

PREGUNTAS PARA EL EQUIPO DE SET

Generalidades

- ¿Es posible que el médico en el rol regulador vea la clasificación del triaje desde la pantalla general? ¿O tiene que entrar a evaluar cada usuario para saber cuál clasificación de triaje se generó?
- En la integración planteada los listados con el resultado del triaje están en la integración con Wolkvox, comentar con Yeapdata como se vería.
- ¿Puede generarse interoperabilidad con Wolkvox para que se complete automáticamente la casilla de motivo de consulta? ¿o tendremos que copiar y pegar?
- No sería necesario copiar y pegar, el campo motivo de consulta es uno de los campos del resultado del triaje (ORU). Por lo que Yeapdata podría coger ese campo y mostrarlo en Wolkvox de forma automática.
- ¿Existe un manual clínico para uso de SET que explique las definiciones, así como los criterios para identificar cada síntoma?
- Toda la información de la escala necesaria para hacer el triaje está en el propio aplicativo y se explica en los cursos de formación.
 - ➔ En caso de no existir este recurso técnico, se construirán criterios de inclusión y exclusión para los síntomas que clasifican como Triage I.
 - ➔ Los criterios y explicaciones que definen cada una de las preguntas se encuentran en la ayudas en el aplicativo.
 - ➔ Todas estas cuestiones se tratan en la formación.
- Algunas definiciones de los síntomas o las enfermedades en la plataforma están generales. ¿Es posible ampliar estas definiciones con alguna lista de criterios?
- Siempre que es necesario utilizar criterios para aclarar alguna pregunta, se incluyen en las ayudas. No todas las preguntas necesitan listas de criterios.

Triage I

Choque

¿Es posible complementar en la definición con los criterios de llenado capilar para identificar el choque?

Los criterios de tiempo de recapilarización se utilizan en el triaje pediátrico, como un signo relevante de hipoperfusión. En el adulto, especialmente con la edad, y en condiciones frías, el retardo en la recapilarización no es un signo fiable por sí solo. De todos modos estamos revisando la ayuda de sospecha de choque en el adulto, para la próxima versión del SET.

Obstrucción de la vía aérea / disnea pre-paro

¿Es posible complementar en la definición con los criterios para identificar los signos de dificultad respiratoria (tirajes intercostales, supraclaviculares, taquipnea, cianosis, alteración del estado de consciencia...)?

Esta es la ayuda en el adulto: Imposibilidad a la entrada de aire por obstrucción de la vía aérea o disnea Clase V en no asmático (Pre-Paro): Sufrimiento respiratorio severo con incapacidad de habla, cianosis, alteración de la consciencia, taquicardia, bradicardia, SaO₂ < 90%, o Grado IV en asmático

(Pre-Paro): Somnoliento - confuso, movimientos toraco-abdominales paradójicos, **FC** < 60 x', **Peak Flow** < 33%, **paO2** < 40 mmHg, **paCO2** >40 mmHg, **SaO2** < 90%.

Hemorragia masiva incontrolable

¿Cuáles orígenes o etiologías de sangrado se incluyen?

Cualquier origen o etiología está incluida.

Esta es la ayuda en el adulto: Hemorragia que no se controla rápidamente con la aplicación de presión directa mantenida y continúa sangrando activamente u obliga a utilizar muchos taponadores. Se evaluará una pérdida hemática > 30% (hemorragia clase III-IV). Incluye la hematemesis activa a la llegada a urgencias.

Agitación y violencia extremas

¿Qué diferencia la agitación y la violencia extrema, de la agitación y violencia intensa?

La diferencia está en la necesidad o no de aplicar medidas de contención inmediatas.

Gran quemado

¿Es posible dejar una lista de cáusticos?

¿Es posible agregar los síntomas de quemadura de vía aérea en la descripción?

Esta es la ayuda en el adulto: En todo paciente quemado es importante evaluar la superficie corporal quemada (porcentaje del área quemada en el total de superficie corporal) y la profundidad de la quemadura. En el gran quemado, con quemaduras mayores o masivas, (regla de los 9 > 30%) es importante también evaluar especialmente la afectación facial en incendios o lesiones por cáusticos y productos químicos corrosivos.

Triage II

Paciente psiquiátrico

Agresividad y agitación con intento de autolisis, brote psiquiátrico agudo o alteración psiquiátrica no conocida

Estas tres situaciones disponen de una amplia explicación en las ayudas

¿Cuáles son los criterios de inclusión para “brote psiquiátrico agudo”; podrían estar en una lista en la descripción del síntoma?

Esta es la ayuda: El paciente agresivo o agitado grave requiere una atención inmediata para evitar conflictos en la espera y posibles lesiones secundarias. Es fundamental disponer de un protocolo de contención. La presencia de agitación y agresividad condicionará en muchas ocasiones en nivel de triaje. Es muy importante valorar el riesgo inminente de daño a sí mismo u otros, aunque no este en curso, así como el riesgo de fuga en estos pacientes: A. Valoración de riesgo de conducta hetero agresivas: 1. Hay pródromos claros de violencia, Inquietud motriz (incapacidad para sentarse, no parar de pasear), aumento de frecuencia respiratoria, demandas intrusivas de atención, hostilidad, verborrea, labilidad, angustia, desorientación, desesperanza, exaltación, presencia de gestos y actitudes violentas (amenazas verbales, tensión corporal, movimientos exaltados, gritos, exhibición de violencia auto / hetero agresivas); 2. Presenta consumo de tóxicos reciente; 3. Está identificado como persona con riesgo de comportamiento violento informáticamente; 4. Se ha

mostrado agresivo anteriormente. B. Valoración de riesgo de conductas autoagresivas: 1. Ha pensado últimamente en hacerse daño; 2. No tiene actualmente planes de futuro; 3. Ha pensado últimamente en cómo hacerse daño; 4. Ha presentado intentos de autolisis en el pasado. C. Valoración de riesgo de fuga: 1. Tiene antecedentes de fuga en el pasado; 2. Viene a urgencias engañado por familiares o acompañantes; 3. Viene custodiado por la policía; 4. Presenta signos de incomodidad, miedos e imposibilidad de estar sentado en la sala de espera; 5. Pregunta con insistencia que lo visiten para poder marchar; 6. Insiste en negociar poder salir y visitarse más tarde; 7. Está suspicaz e interpretativo con el entorno; 8. Expresa que no quiere ser visitado.

Riesgo epidémico

Situación de riesgo epidémico

¿Es posible en la definición dejar una viñeta para que no se olvide identificar la relación con intoxicación o múltiples víctimas?

No tiene nada que ver el riesgo epidémico con la intoxicación o incidente de múltiples víctimas.

Inmunodepresión

Paciente con inmunodepresión o riesgo de infección

Como no se incluyen preguntas específicas de oncología, ¿es posible dejar una lista de las definiciones de urgencias oncológicas en las casillas de los síntomas de fiebre, síntomas neurológicos, o síntomas generales?

La situación que genera un hecho diferencial en la urgencia del paciente oncológico es sin duda la inmunodepresión. Si un paciente oncológico presenta fiebre, síntomas neurológicos o síntomas generales y está en tratamiento inmunosupresor activo (quimio o inmunoterapia), será el riesgo de inmunosupresión el que condicionará el nivel de urgencia.

Diabetes

Síntomas vegetativos

¿Es posible dejar clara en la definición del síntoma cuáles son estos síntomas vegetativos en un listado?

La ayuda a síndrome vegetativo es: La presencia de nerviosismo, palidez, sudoración, náuseas y/o vómitos, sensación rotatoria de la cabeza, dolor abdominal y/o diarrea en el diabético puede ser un signo de hipoglucemia.

Estado de consciencia

Alteración súbita del contenido mental

¿Es posible dejar clara en la definición algunos ejemplos o detalles clínicos para identificar la alteración del contenido mental?

La ayuda es la siguiente: Alteración del estado o contenido mental (no del nivel de conciencia), que se presenta en segundos o minutos.

Hemorragia

Incontrolable, con pérdida de volumen 15-30%

¿Es posible dejar clara en la definición de “incontrolable” y para cuáles tipos de sangrado aplicaría?

Se aplica para cualquier tipo de sangrado y se define como incontrolable cuando es una Hemorragia que no se controla rápidamente con la aplicación de presión directa mantenida y continúa sangrando activamente u obliga a utilizar muchos taponadores. Se evaluará una pérdida hemática del 15% al 30% (hemorragia clase II).

¿Podríamos tener una aclaración que la diferencia del triaje I (ya que telefónicamente va a ser difícil tener la aproximación de “pérdida de volumen 15-30% o >30%”)?

Fundamentalmente la diferencia radicaré en que en la Hemorragia masiva incontrolable de Nivel I el paciente presentará signos de choque o algún otro criterio de nivel I.

Incontrolable menor en paciente anticoagulado o con embarazo mayor a 22 semanas

¿Es posible dejar clara en la definición de “incontrolable” y para cuáles tipos de sangrado aplicaría?

La ayuda señala: Hemorragia que no se controla rápidamente con la aplicación de presión directa mantenida

Estado emocional

Agresividad intensa

¿Qué lo diferencia de agresividad extrema?

El tiempo que podemos tener para aplicar contención , en el nivel I es inmediato, en el nivel II podemos tomar más tiempo para intentar evitar la contención farmacológica o física mediante contención emocional.

Dolor torácico

Visceral o pleurítico

¿Es posible dejar clara en la definición de “visceral o pleurítico” a cuáles síntomas corresponde, o se tienen ya algunas preguntas preestablecidas para identificar un dolor visceral o pleurítico?

La ayuda actual es: Dolor torácico visceral (dolor opresivo precordial o mediotorácico, irradiado al cuello y/o brazos con o sin clínica vegetativa. El dolor dorsal opresivo, epigástrico y en brazo, predominantemente izquierdo, puede ser equivalente al dolor torácico visceral, especialmente en pacientes con factores de riesgo coronario o antecedentes de cardiopatía isquémica) o pleurítico (dolor en punta de costado o mediotorácico, que aumenta con la inspiración y/o con la tos. En general no se puede localizar por palpación).

En paciente con antecedente de cardiopatía isquémica o enfermedad tromboembólica, intenso

¿Es posible dejar claras en la definición las características del dolor torácico cardiogénico?

El dolor torácico cardiogénico está definido en el dolor torácico visceral (dolor opresivo precordial o mediotorácico, irradiado al cuello y/o brazos con o sin clínica vegetativa. El dolor dorsal opresivo, epigástrico y en brazo, predominantemente izquierdo, puede ser equivalente al dolor torácico

visceral, especialmente en pacientes con factores de riesgo coronario o antecedentes de cardiopatía isquémica)

Síntomas oculares

Pérdida de visión súbita

¿Es posible dejar clara en la definición del síntoma cuándo se debe sospechar ACV de fosa posterior?

La pérdida de visión súbita, que es aquella Pérdida de visión instaurada en segundos o minutos, es una emergencia (Nivel II), con independencia de su causa.

Intoxicación

Mordedura de animal potencialmente tóxico con dolor intenso

¿Es posible dejar una lista de animales potencialmente tóxicos?

La intensidad del dolor, aunque desconozcamos la naturaleza del animal que nos ha mordido (si puede ser una mordedura tóxica; es decir venenosa, o no), condicionará el nivel de urgencia. También la presencia de otros síntomas o signos de alarma (alteración de la conciencia, choque, malestar general), es más importante que conocer exactamente que animales puede producir mordeduras tóxicas (venenosos). Por otro lado el riesgo de un mordedura tóxica en ámbito urbano es bajo.

Cefalea

Meningismo, cefalea o cervicalgia de inicio súbito, o intensidad moderada aguda

¿Es posible dejar en la definición cuáles son síntomas de meningismo?

Ayuda a meningismo: Dolor de cabeza, muchas veces cervicalgia, con fotofobia (molestia ocular ante la luz), con o sin vómitos. En la exploración se observa rigidez de nuca.

Agresión / Negligencia

Alteración psicológica importante

¿Es posible dejar clara en la definición a qué corresponde una “alteración psicológica importante” o se tienen preguntas preestablecidas para identificar esta alteración psicológica importante?

Ayuda: Paciente muy angustiado/a, con difícil tolerancia a la espera o ausente y con poca reactividad al entorno.

Focalidad neurológica

Mayor o déficit neurológico súbito

¿Es posible dejar enlistadas preguntas para que el médico regulador pueda calcular RACE Score en sospecha de gran vaso?

RACE es una escala prehospitalaria de ictus grave / oclusión de gran vaso (LVO) pensada para evaluación presencial, normalmente por personal entrenado. Varios de los ítems que evalúa requieren observación directa y/o exploración neurológica básica, no solo lo que nos explica el paciente o el alertante. No existen estudios de validación para triaje telefónico.

Alteración súbita del estado mental, meningismo

¿Es posible dejar clara la definición o criterios clínicos de meningismo?

Ayuda a meningismo: Dolor de cabeza, muchas veces cervicalgia, con fotofobia (molestia ocular ante la luz), con o sin vómitos. En la exploración se observa rigidez de nuca.

Inestabilidad, lipotimia / síncope y malestar general

Inestabilidad mal tolerada, hipotermia, síncope sin sensación de inestabilidad previa, síndrome vegetativo con vómitos activos

¿Es posible tener en la definición a qué corresponde una inestabilidad mal tolerada así como un síndrome vegetativo?

Ayuda: Sensación de inestabilidad o mareo asociada a síndrome vegetativo (nerviosismo, palidez, sudoración, náuseas y/o vómitos, sensación rotatoria de la cabeza, dolor abdominal y/o diarrea).