

PROTOCOLO DE CRITERIOS CLINICOS PARA ATENCION DE PACIENTES EN AMBIENTE DE TRANSICION DE URGENCIAS

TRANSICION

EL AMBIENTE URGENCIA

ELABORADO POR Juan Pablo Alvarez	EVISADO POR: Luis Eduardo Ospino Arrieta	APROBADO POR: Ana María Martínez Galvis
CARGO: Coordinador Médico Urgencias de la E.S.E HRMM	CARGO: Subgerente Científico y coordinadora de Enfermería de la E.S.E HRMM	CARGO: Gerente de la E.S.E HRMM

1. INTRODUCCION

La atención en urgencias es uno de los servicios más importantes de las instituciones de salud debido a la complejidad de las patologías que se manejan, la inmediatez y la pertinencia en la atención que estas requieren (combinada con el aumento de pacientes que consultan a estos servicios, a los que asisten con altas expectativas de encontrar solución a dolencias que, a su juicio, están afectando su condición de salud, e incluso ponen en riesgo su vida Por ello, la continuidad de la atención al interior de estos servicios se convierte en objetivo esencial de la gestión de estas áreas

La continuidad en la atención en salud es definida como una visión longitudinal y compartida del trabajo asistencial. En esta intervienen múltiples profesionales con el fin de garantizar el acceso oportuno a la atención, dar respuesta a las necesidades de los usuarios y velar por la salud de estos.

2. OBJETIVO

Asegurar la priorización de la atención de los usuarios que ingresan al servicio de urgencias en el ambiente transitorio, de acuerdo con su estado de salud, previo a la atención y valoración realizada por el médico de Urgencias

3. RESPONSABLES

Equipo de Médicos, Enfermeras y auxiliares de Enfermería del servicio Urgencias en el Ambiente de transición

4. TALENTO HUMANO, DISPOSITIVOS, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ENFOQUE DIFERENCIAL

TALENTO HUMANO	DISPOSITIVOS	MEDICAMENTOS	INSUMOS	ENFOQUE DIFERENCIAL
Equipo Médicos Enfermeras y auxiliares de Enfermería	Camilla fija y sillas reclinables	Según indicaciones médicas	Jabón Manos	Aplica SAM-PT 018 protocolo general con Enfoque diferencial y de Género
	Escalerilla		Toallas Desechables	
	Equipo De Órganos adulto y pediátrico		Benzaldina	
	Carro de paro		Gorro, bata tapabocas	
	Tallímetro, balanza, cinta métrica, termómetro, atril		HC para evolución	

Como lo establece la resolución 5596 del 2015, en los servicios de urgencias de alta y mediana

complejidad el "Triage" debe ser realizado por profesionales en Medicina o Enfermería.

5. MARCO LEGAL

Ley 100 de 1993, se garantiza la cobertura para acceder al servicio público de salud en todos los niveles de atención, tal como se encuentra definido en los principios que desarrolla el sistema de seguridad social integral a fin de cumplir con sus objetivos.

Ley Estatutaria 1751 de 2015, consagra dentro de los derechos de las personas, relacionados con la prestación de servicios de salud el de recibir atención oportuna en el servicio de urgencias y en el mismo sentido, establece la prohibición a la negación de los servicios de salud cuando se trate de atención de urgencias.

Artículo 54 de la Ley 715 de 2001, prevé que la prestación de los servicios de salud se ejecuta mediante la vinculación de las redes articuladas y organizadas por grados de complejidad, con el fin de atender las contingencias requeridas por los usuarios, de acuerdo con las características de sus necesidades.

Artículo 10 del Decreto 4747 de 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social, dispuso la incorporación de un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado *Triage*, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias, así como de las entidades responsables de pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios de salud.

Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de Triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas.

Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

6. DEFINICIONES

TRIAGE: Sistema de selección y clasificación de pacientes en Urgencias, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. Es de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de Salud que tengan habilitado el servicio de Urgencias (Decreto 4747 de 2006).

El triage es un método de clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles. Consiste en una valoración clínica breve que

determina el tiempo y la secuencia en que será atendido, con unos recursos limitados. Es un proceso dinámico que cambia tan rápidamente como lo hace el estado clínico del paciente. (Guía Manejo de Urgencias Tomo III).

El triage en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consisten en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente (Resolución 5996 de 2015).

CLASIFICACIÓN: Actividad en la cual se prioriza la atención del paciente de acuerdo con los signos y síntomas por los cuales consulta o por los cuales es traído.

URGENCIA: Es la atención de la alteración de la integridad física y/o mental de una persona causada por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte. (Resolución 5261/94).

EMERGENCIA: Se designa con el término de emergencia al accidente o suceso que acontece de manera absolutamente imprevista. El término emergencia suele ser usado para referirse a una situación fuera de control que se desarrolló como consecuencia de un desastre. Generalmente, estaremos ante una situación de emergencia cuando un suceso determinado inesperado, eventual y muy desagradable altera la tranquilidad reinante en una comunidad pudiendo ocasionar no solamente importantes daños materiales y víctimas fatales, sino también afectar la estructura social y económica de la sociedad. Para la emergencia aplica la identificación definida en el Plan de Emergencias.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: El manejo de la observación es equiparable al de una unidad de hospitalización, donde se va a poder hacer el procedimiento y la valoración de la evolución. A partir de esta unidad se procede al alta o al ingreso hospitalario.

AMBIENTE DE TRANSICIÓN: Área destinada en el servicio de urgencias para aquellos pacientes que ingresan para manejo rápido sin requerimiento de observación ni realización de exámenes adicionales.

7. POLITICAS GENERALES

- ☐ En ninguna circunstancia el "Triage" podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.
- ☐ El proceso de verificación de derechos de los usuarios será posterior a la realización del "Triage" y en consecuencia, el "Triage" debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias.

- En los casos de "Triage" categorías I y II, se dará cumplimiento a los tiempos de atención definidos en la presente Resolución y para las categorías III, IV Y V, se establecerán y publicarán visiblemente los tiempos promedio de atención que serán informados a los pacientes y sus acompañantes.
- Los tiempos de atención establecidos, no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas.

Objetivos del Triage:

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata.
- Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución.
- Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.
- Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

8. DEL REGISTRO TRIAGE

La ESE Hospital Regional Magdalena Medio garantizará el registro de la información del Triage de todo paciente que ingrese al servicio de urgencias a través del Sistema MEDISOFT. Este registro deberá contener la información mínima de identificación del paciente, fecha y hora de ingreso y de realización del "Triage", así como la clasificación del paciente.

9. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se debe considerar la clasificación como un proceso continuo, donde podamos ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera del paciente que necesiten una nueva asignación, esto incluye la sala de espera.

Ante una situación difícil y comprometida en el momento de clasificar la enfermera siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor, consultando si es preciso con un Médico.

Al establecer los niveles de prioridad la enfermera deberá diferenciar entre la prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales: ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc. También se tendrán en cuenta factores externos como la hora del día, la presión asistencial, etc.

Las etapas no han de ser necesariamente sucesivas y que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea. Estas etapas son:

- 1) Recepción y acogida.
- 2) Valoración.
- 3) Clasificación.
- 4) Distribución.

RECEPCIÓN Y ACOGIDA	a) La enfermera de Triage es el primer miembro del personal de salud que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc. b) En esta etapa la enfermera también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un Triage debido a lo evidente de su patología. c) Esta parte del proceso se realizará a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado preferiblemente en una dependencia habilitada a tal fin dotada de medios simples.
CLASIFICACIÓN	a) La enfermera de Triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente. b) En primer lugar, llevará a cabo una entrevista breve en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes. La entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje que el paciente pueda comprender. c) Mientras realiza la entrevista la enfermera hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro, a continuación, valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificación del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico. d) En algunos casos se hará necesario la toma de constantes (FC, TA, Tª, Sat O2, etc.), que han de ceñirse a aquellas que sean elementales para su valoración y la realización de pruebas simples (glucemia capilar). e) Se recomienda la utilización del pulsioxímetro de mano como herramienta importante de la enfermera de Triage.
DISTRIBUCIÓN	a) Tras la clasificación del paciente la enfermera de Triage debe ser la mejor preparada para decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará. b) Por lo tanto, esta profesional debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio: qué áreas están más saturadas, la presión asistencial, la cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados. Con base a estas circunstancias tomará sus decisiones, aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el Triage, no debe dejarse en ningún modo cerrado, porque como se ha explicado anteriormente el Triage es un proceso abierto y las circunstancias tanto del usuario como del servicio son cambiantes.

10. NIVELES DE LA ATENCIÓN

9.1. NIVELES DE PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN.

Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

TRIAGE I (ROJO) REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA

Requiere atención inmediata: La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras que por norma exijan atención inmediata. Requieren evaluación inmediata.

Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación).

Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata.

Presenta cianosis central y periférica, palidez grisácea, livideces, frialdad acra. Respiración ausente, lenta o superficial. Sin pulsos periféricos o muy débiles, **bradicardia y TA imperceptible**.

Inconsciente y poco o nada reactivo. Su atención debe ser inmediata.

Paciente agudo crítico.

Pacientes que superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación) pero cuya situación es de potencial deterioro.

Pasan a Sala de reanimación (Trauma en caso de accidente, general para EKG en caso de dolor torácico, etc.).

Cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámico estos deben ser atendidos en menos de 10 minutos, como:

De los Signos y Síntomas TRIAGE I

Impresión general de gravedad.

Piel y mucosas. - Palidez, cianosis, petequias, hipoperfusión periférica.

Respiración. - Disnea, taquipnea, ruidos respiratorios, tiraje costal, aumento del trabajo respiratorio, estridor.

Circulación. - Taquicardia, bradicardia, pulso filiforme.

Neurológico. - Confusión, estupor, obnubilación, agitación, ansiedad.

Coma.

Estatus convulsivo

Hemorragia Digestiva Alta inestable.

HDA aguda.

Disnea aguda más estado crítico.

Isquemia de miembros

Síncope con alteración de constantes-

Hemoptisis aguda o con estado crítico.

Dolor Torácico o con características isquémicas.

Estados de agitación

Diabetes descompensada.

Traumatismos graves.
Fracturas de miembros más signos de gravedad.
Quemados más signos de gravedad.
Traumatismos torácicos más signos de gravedad.
Traumatismos abdominales más signos de gravedad.

Tiempo de atención del médico y enfermería: inmediato simultánea a la valoración.

Estos pacientes son conducidos inmediatamente a la sala de reanimación.
Para el **TRIAGE I** no aplica registro inicial de ingreso, debido que el ingreso es inmediato para la atención médica. El trámite administrativo de ingreso lo adelantará el familiar o acudiente y para el caso de usuarios que lleguen solos al servicio, este trámite lo realizará la enfermera jefa del servicio.

TRIAGE II (NARANJA - ESCALA PRIORIDAD TIPO EMERGENCIA MENOR A 30 MINUTOS)

La condición clínica del paciente puede evolucionar hacía un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. Suponen una parte importante del grueso de pacientes que acuden al Servicio. No deberían esperar más de 30 minutos.

De los Signos y Síntomas TRIAGE II

Riesgo Potencial que Si Amenaza la Vida.
Urgencias psiquiátricas: psicosis agresivas, intentos autolíticos.
Agitación Psicomotora
Estado proscritico.
Estabilidad Ventilatoria.
Hemodinámica y Neurológica.
Pérdida de Una Extremidad U Órgano.
Heridas sin signos de gravedad.
Dolor Torácico y Abdominal Severo.
Diabetes Descompensada.
Cefalea Severa.
Fiebre Alta en Niños.
Vomito Y diarreas.
Dolor Severo (Cólico Renal)
Amputación Traumática.
Parresia y alteraciones del habla.
Ingesta medicamentosa.
Hipertensión arterial.
HDA estable.
Vértigo con afectación vegetativa.
Síncope sin alteración de constantes.

Síndromes piramidales.
Quemaduras agudas.
Trauma Cráneo Encefálico consciente.

Tiempo de atención del médico y enfermería: ANTES de 30 minutos.

TRIAGE III (AMARILLO - ESCALA DE PRIORIDAD TIPO URGENCIAS 1-2 HORAS)

La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un exámen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.
Son aquellos usuarios que presentan procesos Prioritarios y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente.

De los Signos y Síntomas TRIAGE III

Otalgias.
Condiciones que pueden progresar Emergencia.
Estabilidad Ventilatoria.
Hemodinamicamente y Neurológica.
Molestias que intervienen en el trabajo a las Actividades Cotidianas.
Cefalea.
Dolor Torácico.
Asma Leve a Moderada.
Sangrado Leve Moderado
Síntomas Asociado A diálisis.
Dolor Moderado.
Odontalgias.
Dolores inespecíficos leves.
Traumatismos y esguinces leves.
Miembros dolorosos sin signos de isquemia.
Enfermos con patología no aguda, remitidos o no.
Dolores osteo-musculares sin signos de fracturas
Procesos gripales.

Tiempo de atención del médico y enfermería: Hasta una (1) o dos (2) HORAS dependiendo del nivel de afluencia de usuarios en el servicio.

TRIAGE IV (VERDE - ESCALA DE PRIORIDAD TIPO NO URGENCIAS 2-4 HORAS)

El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Paciente que debe ser redireccionado a su red prestadora de servicios del primer nivel de atención.

De los Signos y Síntomas TRIAGE IV

Patologías Relacionadas A La Edad.
Deterioro Potencial
Dolor Torácico No Sugestivo De Síndrome Coronario Agudo.
Cefalea Leve
Dolor Abdominal Leve
Depresión

Atención Médica: Consulta Prioritaria 2-4 Horas.

TRIAGE V (AZUL - ESCALA DE PRIORIDAD TIPO NO URGENTE)

El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Paciente que debe ser redireccionado a su red prestadora de servicios del primer nivel de atención.

De los Signos y Síntomas TRIAGE V

Condición Aguda Que No Compromete El Estado General Del Paciente.
Problemas Crónicos Sin Evidencia De Deterioro.
Trauma Menor.
Estrés Emocional.
Faringitis.
Amigdalitis.

No Representa Un Riesgo Evidente para la Vida

Atención: Medica Cita Por Consulta Externa.

11. ESCALA DE PRIORIDADES TRIAGE ESE HOSPITAL REGIONAL MAGDALENA MEDIO

ESCALA DE PRIORIDADES DEL TRIAGE

SEÑOR USUARIO, POR FAVOR TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES PARA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS



CARRERA N° 57-109 BARRIO PUEBLO NUEVO- LÍNEA DE ATENCIÓN: 6010104 // BARRANCABERMEJA-SANTANDER- COLOMBIA

ELABORADO POR: CAMILA SANCHEZ

12. DISTRIBUCCION SEGUN NIVELES DE GRAVEDAD

Una vez realizada la Distribución la enfermera comunicará al paciente y a su familia donde será atendido y donde debe realizar su espera.

La Enfermera de Triage informará al Médico de Consulta de urgencias de los pacientes que tiene por atender.

Ante la existencia de 2 ó más enfermos por valorar el orden de atención se establecerá:

- 1) Atendiendo al de mayor gravedad.
- 2) En caso de similar gravedad al que antes haya llegado al Servicio.

11.1. Paciente ROJO o paciente crítico o agudo inestable – triage I

Será acompañado rápidamente a sala de Reanimación alertando al resto del personal de la llegada, así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización.

Se seguirá el protocolo de actuación en pacientes críticos. Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 médico, 1 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería.

11.2. Paciente NARANJA o agudo inestable TRIAGE II

Se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al área de Críticos o área General. Se propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes.

11.3. Paciente AMARILLO o agudo estable – TRIAGE III

Se derivará a sala general o a la consulta rápida dependiendo de su estado, Si es una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en la consulta se trasladará a una sala de observación.

Si se prevé que precisará de las siguientes técnicas: EKG, Punción Lumbar, Sondaje Vesical, Sondaje Nasogástrico, Canalización vía o extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con yeso, administración de O2, se pasará siempre a una sala del interior de urgencias donde será valorada por Enfermería.

11.4. Paciente VERDE Y AZUL o de patología prioritaria no aguda – TRIAGE IV-V

El paciente será atendido en la consulta de urgencias por el médico encargado de la misma con la ayuda de la enfermera de Triage cuando sea preciso.

Los pacientes vistos en Consulta Rápida serán seguidos por la Enfermera de Triage mientras estén en la sala de espera de resultados. Se encargará en la medida de lo posible de su traslado a otras zonas del hospital.

Si los pacientes de Consulta de urgencias pasan a camas de Observación serán seguidos por las enfermeras responsables de la zona interior.

13. PERSONAL RESPONSABLE DEL TRIAGE

En los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad el Triage debe ser realizado por profesionales en Medicina o Enfermería. Para los servicios de urgencias de baja complejidad, como lo es la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio, el Triage se realiza por profesional de enfermería.

14. RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL QUE REALIZA EL TRIAGE

- 1) Organizar y garantizar el orden en el que se realizará el Triage a las personas que lleguen al servicio de urgencias.
- 2) Entrevistar al paciente y/o acompañante.
- 3) Evaluar de manera oportuna y pertinente al paciente.
- 4) Clasificar al paciente de acuerdo con la metodología de Triage implementada en el HRMM, según los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 5) Llevar el registro de los datos obtenidos en el proceso de Triage.
- 6) Informar al paciente y/o acompañante el resultado de la clasificación realizada, el área de tratamiento y el tiempo estimado de espera para la atención inicial de urgencias, con observancia de los parámetros.

La enfermera de Triage en nuestro Servicio de Urgencias acumula un gran número de tareas a realizar, lo cual le puede llevar en ocasiones a una saturación excesiva de su trabajo y de las tareas a realizar, por lo tanto, se hace preciso una priorización de las labores que realiza. Se podría simplificar de la siguiente manera:

1ª Prioridad: Realizar la labor de Triage en sí, recepción, acogida, clasificación y distribución. Se realizará a todos los pacientes que acudan al Servicio en menos de 15 min.

2ª Prioridad: Atención de los pacientes de Consulta Rápida.

Una vez clasificado el paciente en el TRIAGE el médico tratante es el responsable de direccionar a los pacientes al ambiente de TRANSICION

Los criterios clínicos son:

Paciente Hemodinamicamente estable

15. DESARROLLO

Una vez clasificado el paciente en el TRIAGE el médico tratante es el responsable de direccionar a los pacientes al ambiente de Transición de Urgencias previa valoración de las condiciones clínicas de los mismos.

Los criterios clínicos para la ubicación de los pacientes en este ambiente son:

1. Pacientes Hemodinamicamente estables
2. Pacientes Jóvenes y adultos sin movilidad reducida
3. Pacientes con virosis sin compromisos sistémicos
4. Pacientes sin soportes ionotrópicos y/o respiratorios
5. Pacientes con Síndrome fébril sin compromiso sistémico
6. Pacientes con Traumas leves sin compromisos sistémico
7. Pacientes con alergias sin compromiso sistémico.
8. Analgesia dosis única sin requerimiento de estudios (laboratorios o radiografía)
9. Pacientes sin requerimiento de observación
10. Sospecha de patología que requiere ingreso a urgencias menor a dos horas

La Auxiliar de Enfermería se encuentra de manera permanente en el área durante 24 horas y se encarga de aplicación de medicamentos, seguimiento de las órdenes por parte del médico y la jefe del servicio; custodia de los elementos del área y seguimiento de los pacientes en caso de que requieran una atención adicional

Vale destacar, que los pacientes al finalizar la dosis indicada de medicación son revalorados por el médico quien define egreso o paso al área de consultorio en caso de que sean requeridos estudios o un nuevo tratamiento

Una vez se confirme el diagnóstico y se determine el tratamiento, el médico tratante indica dar de alta al paciente luego de dar las indicaciones y recomendaciones para su egreso y socialización del estado de salud al paciente y familiares.

El proceso administrativo en los ambientes de observación y transición son similares

Logros esperados:

- Mayor dinamismo del servicio de urgencias
- Altas tempranas para mantener el servicio con menor congestión
- Mayor satisfacción de los pacientes por una atención oportuna y de calidad

Indicadores del Servicio de Transición:

- Cantidad de pacientes valorados en el área de transición sobre el número de pacientes ingresados al servicio de urgencias general
- Tiempo de egreso de los pacientes ingresados y manejados en el área de transición (90% en menos de 2 horas y 100% en menos de 6 horas)

16. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guía de Urgencias tomo 3 Ministerio de la Protección Social.
- Decreto 4747 de 2006.
- Resolución 5596 de 2015
- Plan de emergencias Hospitalarias E.S.E. HRMM
- <https://www.bing.com/search?q=procedimiento+de+atención+de+urgencias&FORM=QSR E3>

17. PUNTOS DE CONTROL

A todos los pacientes que ingresen al servicio de urgencias, se les debe realizar y registrar el Triage.

Se reitera que los usuarios clasificados triage 4 y 5, no requieren apertura de Historia Clínica ni ordenes médicas, pero si se debe registrar en el Sistema Triage.

Cuando el medico deba realizar el triage, se debe asegurar que se cumpla estrictamente el procedimiento Triage y no realizar el procedimiento como el de una consulta externa

Tener claros los criterios para la atención de las patologías en el ambiente de Transición del servicio de Urgencias

NO SE PUEDE OBIAR LA PRIORIZACIÓN DEL TRIAGE.

18. HISTORIAL DE CAMBIOS

Versión No.	Fecha de Aprobación	Responsable	Descripción del Cambio
001	22/05/2024	Coordinador Médico urgencias	Emisión Inicial del documento

002	29/05/2024	Coordinador Médico urgencias	Inclusión de Criterios para atención de paciente en ambiente transitorio Urgencias
-----	------------	------------------------------	--