

ПРОТОКОЛ ЗА УРГЕНТНА ТРИЈАЖА

(АЛАТКА ЗА ТРИЈАЖА КОЈА ТРЕБА ДА СЕ КОРИСТИ ВО УРГЕНТНИТЕ ЦЕНТРИ)

The Emergency Severity Index (ESI) - A triage tool for emergency department care

Изготвено врз основа на

Emergency Severity Index (ESI)

A Triage Tool for Emergency

Department care

Version 4

Implementation Handbook

2012 Edition

Agency for Healthcare Research and Quality

Поглавје 1. Вовед во ИУ-индекс на ургентност и тежина

Целта на тријажа на пациентите во ургентните центри (УЦ) е да се изврши соодветна селекција и да се даде приоритет на оние пациенти кои не се во состојба да чекаат. При тоа ,се прави кратка, фокусирана проценка и се одредува соодветно ниво, кое отприлика одговара на времето за кое пациентот безбедено може да почека за преглед и третман. Во 2008г., ургентните центри во САД ги посетиле вкупно 123,8 милиони жители.Од нив 18% биле проследени во тек на 15 минути, додека поголемиот број на пациенти биле оставени да чекаат.

Институтот за Медицина во 2006г., во САД објави извештај во кој се опишува лошата состојбата во повеќето ургентни центри, која на дневна база се влошува.При тоа потребно е да се нагласи дека колку пациентите подолго престојуваат во чекалните на УЦ, дотолку прецизноста на тријажното ниво станува покритична.Недоволно опсежната тријажа ги става пациентите во ризична состојба со зголемување на можност за влошување на состојбата ,додека прекумерната тријажа води до некритична употреба на ресурси и ја лимитира употребата на слободните легла за пациенти кои навистина имаат потреба од ургентен третман.Истовремено,употребата на унифициран систем на тријажа на ургентните пациенти овозможува валидни информации ,кои ќе дадат увид во работата на ургентните центри и ќе дадат одговор на многу важни прашања.

Во последната деценија во светот постои тендеција за стандардизација на скалите за тријажа на акутноста на пациентите во пет нивоа (пр.1 ниво-ресусцитација,2 ниво- итни случаи, 3-ургентни, 4- помалку ургентни, 5-неургентни).

ИУ системот како тријажна скала од пет нивоа е развиена од страна на двајца лекари во еден од ургентните центри во САД,Richard Wuerzi David Etel- 1999/2000г.

Главниот принцип на ургентниот тријажен систем бил замислен како инструмент преку кој ќе се олесни приоритизацијата на пациентите базирана на ургентноста на третманот потребен за нивната состојбата.ИУ системот претставува нов концептуален модел на ургентна тријажа, при која освен прашањето „кој од пациентите треба да биде прегледан прв,,, истовремено се земаат во предвид потребните ресурси за да се дојде до крајниот исход(прием на пациентот, испуштање или трансфер).

Основаната цел на ИУ системот е да се донесе вистинскиот пациент до вистинските ресурси во вистинско време и место.

Системот е имплементиран од страна на многу болници и универзитети во САД. Еден од бенефитите од неговата имплементација претставува брзата идентификација на пациентите кои имаат потреба од итна обработка.ИУ тријажата се состои од рапидно сортирање на пациентите во пет групи со клинички сигнификантни разлики во потребните ресурси, и следствено потребните

средства за манипулација. Употребата на овој систем за таа цел овозможува побрз проток на пациенти низ УЦ. На пример, пациентите од ниво 1 и 2 се подlegнуваат на рапидна евалуација и третман, додека пациентите со понизок степен на акутност може безбедно да почекаат. Секако имплементацијата овозможува полесна употреба на добиените информации во ургентните центри за секундарна употреба и секако би го олеснило надзорот на јавното здравство и истражувањата.

Поглавје 2. Преглед на Emergency Severity Index (ESI)

Индекс на ургентност и тежина (ИУ)

Индексот на ургентност и тежина (Emergency Severity Index -ИУ), во понатамошниот текст **ИУ** претставува едноставен за употреба **Алгоритам за тријажа**, од пет нивоа, кој ги категоризира ургентните пациенти преку:

- проценка на акутноста на состојбата на пациентот, и
- потребата од ресурси за пациентот.

ИУ е наменет за медицински сестри со искуство за тријажа или за оние кои биле дел од посебна, сеопфатна тријажна едукативна програма, во наши прилики ќе биде алатка во рацете на лекарите кои се справуваат со ургентните случаи.

Иницијално, тријажниот персонал (сестра или лекар) го одредува само нивото на акутност. Доколку пациентот не ги исполнува критериумите за високо ниво на акутност (ИУ ниво 1 или 2), потоа се проценуваат потребите за ресурси со цел да се детерминира нивото на тријажа (ИУ ниво 3,4 или 5).

Вклучувањето на проценка на потребата од ресурси во тријажата е уникатна карактеристика на ИУ системот, во споредба со други тријажни системи. Акутноста се детерминира преку стабилноста на виталните функции и потенцијалната опасност по живот, екстремитет или орган.

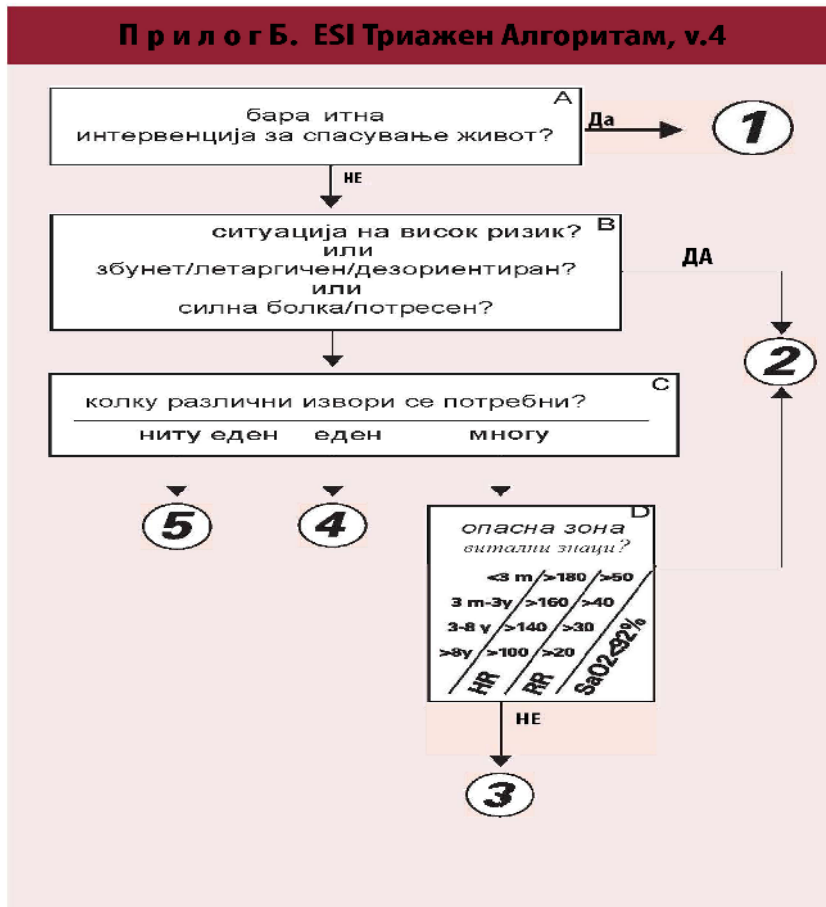
Потоа тријажната сестра ги проценува потребите од ресурси, врз основа на нејзиното претходно искуство со пациенти кои имале слични состојби или проблеми. Потребите од ресурси се дефинираат како број на ресурси кои пациентот ќе ги консумира со цел да добие одлука за диспозиција (отпуштање од болница, примање или трансфер во друга здравствена установа). Кога еднаш ќе се ориентира кон алгоритмот тријажната сестра (лекар) ќе биде способен да врши брза и точна тријажа на пациенти во едно од петте јасно дефинирани и взаемно исклучувачки нивоа на итност.

При ургентниот третман и нега на пациентите често се користат алгоритми. Најголем дел од ургентните медицински лица се веќе запознаени со алгоритмите користени при курсевите за Основно и Напредното срцево-белодробно оживување (Basic Life Support, Advanced Cardiac Life Support). ИУ алгоритмот ги следи истите принципи на постепен пристап во носењето на клинички одлуки.

Секој чекор од Алгоритмот се одликува со соодветни прашања кои треба да ги постави тријажерот, односно корисник на Алгоритмот (лекар или тријажна медицинска сестра) кои даваат соодветен вид на информации врз основа на кои се носи одлука и корисникот на Алгоритмот се насочува кон идниот чекор и крајно се одредува нивото на ургентност. Сликата 2-1 го прикажува Алгоритмот за тријажа и клучните точки на одлука. Алгоритмот се одликува со четири точки на одлука (A, B, C и D), на кој начин пациентот се тријажира во едно од петте нивоа на ургентност.

Слика 2-1

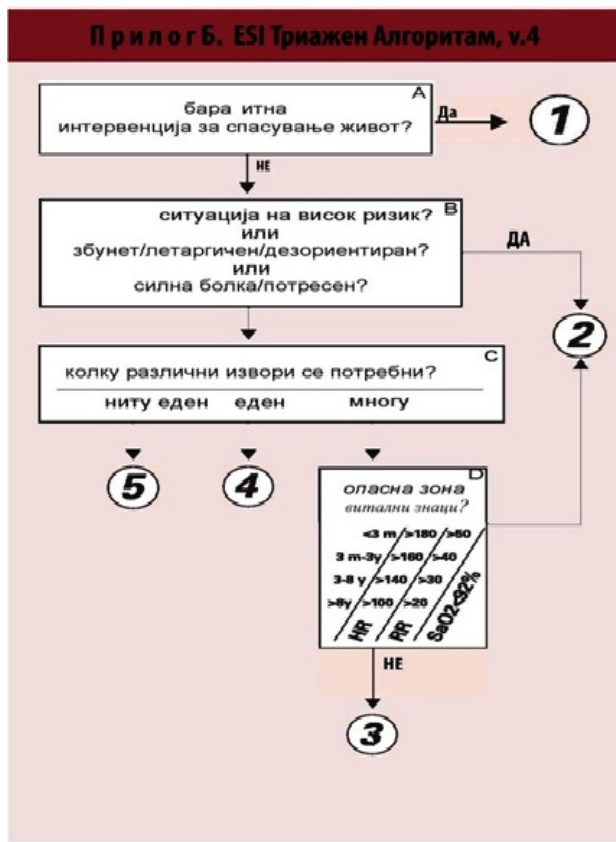
Прилог Б. ESI Триажен Алгоритам, v.4



Четирите точки на одлукаво ИУ алгоритмот се критични за точна и сигурна апликација на ИУ. Четирите точки на одлука се редуцирани на четири клучни прашања:

- А. Дали пациентот има потреба од моментална животоспасувачка интервенција?
- В. Дали пациентот може да чека?
- С. Колку ресурси ќе му бидат потребни на пациентот?
- Д. Какви се виталните знаци на пациентот?

Слика 2-1а ИУ Алгоритам за тријажа



А. Потреба од непосредна животоспасувачка интервенција: директна пат, атка интервенција или остани методи директна интервенција (IV, суплација на O₂, военторзија, ЕК) или лабораториска анализа (не е вклучена); и/или било која од следните клинички состојби: нитробит, полицит, тахипнеја во спина или брзо пулс, со тешко осигурателен дистрес, со O₂ ситуација: PRO>90, со O₂ на подметок: PRO>90, или несвесен, тежок ESI не е потребно

Како итеративен, тактички се осфинира пациентот кој е:
 (1) зоросен, но веројатно одговор не ги следи колачките (ажурира состојба) или
 (2) веројатно на болна дрзба (P или U на MVI скалата).

Б. Високоризик ситуација е пациент со било кое место со забавено поставено слободно крвото, или болна дистрес се одредува со клиничко набљудување на пациентот и/или пациентот сам ја пише и/или својата состојба > 4, на скала од 1-10

С. Ресурси: Се бројат различните видови на ресурси на индивидуалните тестови или Ртг снимки (Примери: крвна слика, еде стралити и нуклеарски статус, престојат/заеден ресурс, крвна слика плус Ртг снимка престојат/заеден ресурс).

Ресурси	Не престојат/заеден ресурси
<ul style="list-style-type: none"> Редовна ризи анализа ECG, Ртг снимка КТ МР ултразвук, ангиографија ИВ течности (хидрација) 	<ul style="list-style-type: none"> Медицината достапна и на клинички преглед (вклучува и пациентот) Тестови, потрајателни ресурси Физикални р-р или кетокс
<ul style="list-style-type: none"> ИВ, IV или не забавување или тешки медикаменти Следење/информациони податоци Едиситивни процедури=1 (дрински капилер -Pulser) Клинички процедури=2 (сидици на крвен напад) 	<ul style="list-style-type: none"> IV медикаменти Имунизација за статус Препрекици за градо/спување на Тх Телеметрија, пнево ЕК, мониторинг на пнево Едиситивни процедури на весли (градски, протерки) Готскици, дини

Д. Витални знаци во опасна зона
 Резултати за триажирове со ИУ ниво 2, доколку било кој од клинички или со витални знаци е надолуна.

Резултирање задете со ТРЕСКА
 1-2Е де-во возраст: тајнјантра, најмалку во ниво ИУ 2 доколку телесната температура >38.0 C
 1-5 месеци возраст: тајнјантра, најмалку во ниво ИУ 1 доколку телесната температура >38.0 C
 3 месеци до 3 години возраст: тајнјантра, најмалку во ниво ИУ 3 доколку телесната температура >39.0 C, или температура е некомплетна или неважачка ден/ноќен интервал на треска

ESI Triage Review of Triage, 2004 – Review (available materials for further clarification)

Одговорите на прашањата го насочуваат триажерот кон точното ниво на ургентност.

Точка на одлука А:
Дали пациентот има потреба од непосредна животоспасувачка интервенција?

Во точката на одлука А (Слика 2-2) триажната сестра се прашува “Дали овој пациент има потреба од непосредна животоспасувачка интервенција?”. Доколку одговорот е “да”, триажниот процес е компетиран а пациентот припаѓа на ИУ ниво 1. Доколку одговорот е “не”, корисникот преминува на наредниот чекор во Алгоритамот, точка на одлука В.

Слика 2-2



Следниве прашања се користат за детерминирање на потребата од непосредна животоспасувачка интервенција:

- Дали пациентот има прооден дишен пат?
- Дали пациентот дише?
- Дали пациентот има пулс?
- Далитријажерот е загрижен за срцевата фреквенција, ритамот и квалитетот на пулсот на пациентот?
- Дали пациентот бил интубиран пред да дојде во болница што е значајно во проценка на неговата способност да одржи прооден дишен пат, спонтано да дише или да ја задржи кислородната сатурација?
- Дали тријажерот е загрижен за способноста на пациентот да одржи соодветна ткивна кислородна сатурација?
- Дали пациентот има итна потреба од медикаменти или друга хемодинамска интервенција како што е надокнада на волумен или крв?
- Дали пациентот исполнува било кој од наведените критериуми: веќе интубиран, апноичен, без пулс, во тежок респираторен дистрес, SpO2 < 90 %, акутни промени на менталниот статус или не одговара?

Во Табелата 2-1 се наведени интервенциите кои се сметаат за животоспасувачки и оние кои не се сметаат за такви за целите на ИУ тријажата.

Табела 2-1. Итни животоспасувачки интервенции

	Животоспасувачки	Неживотоспасувачки
Дишен пат/дишење	<ul style="list-style-type: none"> * BVM вентилација * Интубација * Хируршки дишен пат * Итен CPAP * Итен BiPAP 	Кислородна администрација: <ul style="list-style-type: none"> * назална канила * маска
Електрична терапија	<ul style="list-style-type: none"> * Дефибрилација * Итна кардиоверзија * Надворешен пасинг 	Срцево мониторирање
Процедури	<ul style="list-style-type: none"> * Градна декомпрИУја со игла * Перикардиоцентеза * Отворена торакотомија * Интраосеален пристап 	Дијагностички тестови: <ul style="list-style-type: none"> * ЕКГ * Лабораториски анализи * Ултразвук * FAST (Фокусиран абдоминален скен за траума)
Хемодинамика	<ul style="list-style-type: none"> * Значајна IV ресусцитација на флуиди * Администрација на крв * Контрола на големо крварење 	<ul style="list-style-type: none"> * IV пристап * солуции за аплицирање на медикаменти (пр. физиолошки р-р)
Медикаменти	<ul style="list-style-type: none"> * Naloxone * D50 	<ul style="list-style-type: none"> * ASA * IV нитроглицерин

* Dopamine
* Atropine
* Adenozine

* Антибиотици
* Хепарин
* Медикаменти за болка
* Респираторни третмани со бета агонисти

Интервенциите кои не се сметаат за животоспасувачки вклучуваат некои дијагностички или терапевтски интервенции, но кои не би спасиле живот.

Животоспасувачките интервенции се користат да обезбедат прооден дишен пат, дишење, да ја поддржат циркулацијата или се однесуваат на поголема промена на нивото на свесност (LOC).

Пациент кој е во ИУ ниво-1 секогаш доаѓа во Ургентниот центар во нестабилна состојба. Бидејќи во случај на неукажување на непосредна нега пациентот може да умре, се започнува со тимски одговор (лекар покрај болничкиот кревет, тим на медицински сестри кои обезбедуваат критична нега). Пациентите од ова ниво се прегледуваат веднаш бидејќи временската линијана интервенциите може да влијае на морбидитетот и морталитетот.

Итното вклучување на лекарот во негата на пациентот е клучна разлика меѓу пациентите од ИУниво-1 и ИУниво-2. Пациентите од Ниво-1 се критично болни и бараат непосредна лекарска евалуација и интервенција.

1. Тријажната сестра внимателно го евалуира респираторниот статус на пациентот и кислородната сатурација (SpO₂). Пациент со тежок респираторен дистрес или SpO₂ < 90 % иако сеуште дише, има потреба од итна интервенција за одржување на прооден дишен пат и статус на оксигенација. Ова е пациент кој ќе има потреба од лекар во собата, кој ќе ординира медикаменти или за подготовка за други интервенции за обезбедување на прооден дишен пат и дишење.

2. Секој пациент со градна болка мора да биде евалуиран во согласност со ниво-1 критериумите за да се детерминира дали има потреба од непосредна животоспасувачка интервенција. Некои пациенти со градна болка се многу стабилни, и иако имаат потреба од дијагностички електрокардиограм (ECG) во првите 10 минути од приемот, овие пациенти не ги исполнуваат ИУниво-1 критериумите. Пациентите со бледило, дијафоретични, во акутен респираторен дистрес или хемодинамиски нестабилни ги исполнуваат ниво-1 критериумите и имаат потреба од непосредни животоспасувачки интервенции.

3. Кога се одредува дали пациентот има потреба од непосредна животоспасувачка интервенција, тријажната сестра мора да го оцени и нивото на свесност на пациентот. ИУ Алгоритмот ја користи AVPU скалата (alert-будност, verbal-вербален одговор, pain-одговор на болна дразба, unresponsive-отсуство на одговор, нереагирање) (Табела 2-2). Целта на овој дел од Алгоритмот е да се идентификува пациент кај кој дошло до новопоявена или нагла промена на нивото на свесност и има потреба од непосредна интервенција. Било кој пациент кој не реагира, вклучувајќи ги и интоксигираните пациенти кои не одговараат на болни дразби, ги исполнува ИУниво-1 критериумите и подлежи на непосредна евалуација.

Табела 2-2. Четири нивоа на AVPU скалата

AVPU ниво	Ниво на свесност
A	Alert (будност, внимателност). Пациентот е свесен, буден и одговаранагласови. Ориентиран е во простор, време и кон личности. Тријажната сестра може да добиесубјективниинфромации.
V	Verbal (вербално). Пациентот одговара на вербални дразби со отварање на очите кога некој му се обраќа. Но, не е целосно ориентиран во простор, време и кон личности.
P	Painful (болност). Пациентот не одговара на гласови, но одговара на болни дразби, како што е стискање на раката или стернално гребене. Потребна е болна дразба која ќе резултира со одговор.
U	Unresponsive (без одговор). Со пациентот не може да се воспостави ниту вербален контакт ниту реагира на болни дразби.

Пациентите од ИУ ниво-1, нема секогаш да бидат донесени со амбулантско возило во ургентниот центар. Пациентот или неговата фамилија може да не ја сфатат сериозноста на болеста и наместо да викнат Брза помош, може самите да го доведат болниот во болница. Лице предозориано со лекови или со акутна алкохолна интоксикација може да биде оставено на влезот на ургентниот центар. Млади и деца, бидејќи се “транспортбилни,” често во Ургентните центри пристигаат донесени со приватно возило. Искусна тријажна сестра треба да може веднаш да препознае критичен болен. Со кратка, “across-the-room” проценка (поглед во чекалната), тријажната сестра го препознава ваквиот пациент. После негово идентификување ваков пациент непосредно се носи во делот за третман и се отпочнува со ресусцитација.

Проценките велат дека 1-3% од сите пациенти во Ургентните центри припаѓаат на ИУ нивото 1. Најголем дел од ИУ ниво-1 пациентите се хоспитализираат во Единиците за интензивна нега, дел егзитуираат во ургентните центри, а дел се испишуваат по третманот во Ургентните центри доколку имаат реверзибилна промена на нивото на свесност или виталните функции, како при: хипогликемија, епилептични напади, алкохолна интоксикација или анафилакса.

Состојби кои припаѓаат на ИУ ниво 1:

- Срцев удар
- Респираторен арест
- Тежок респираторен дистрес
- SpO₂ < 90
- Критично повреден пациент (травма) кој не реагира
- Предозорианост со опојни средтсва со респираторна фреквенца од 6/минута
- Тежок респираторен дистрес со агонални респирации
- Тешка брадикардија или тахикардија со знаци на хипоперфузија
- Хипотензија со знаци на хипоперфузија
- Пациент со травма кој има потреба од итна кристалоидна и колоидна ресусцитација

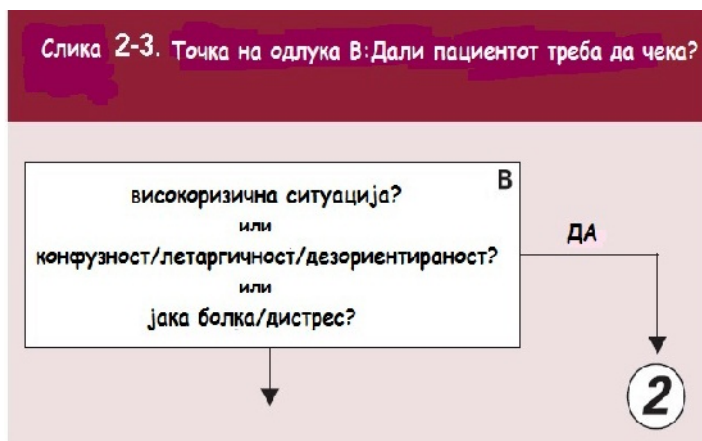
- Градна болка, бледило, потене, крвен притисок 70mmHg палпаторно
- Слабост и вртоглавица и срцева фреквенција < 30/минута
- Анафилактичен шок
- Млитаво бебе
- Пациент кој не реагира, а има силна миризба на алкохол
- Хипогликемија проследена со промена на менталниот статус
- Интубиран пациент со крварење во главата со нееднакви зеници
- Дете кое паднало од дрво и не одговара на болнидрозби

Точка на одлука В:

Дали пациентот треба да чека?

Откако тријажната сестра проценила дека пациентот не ги исполнува критериумите за ИУ ниво 1, преминува на точката на одлука В (Слика 2-3), кога таа треба да одлучи дали пациентот не треба да чека за преглед. Доколку пациентот не треба да чека, се тријажира како пациент од ИУ ниво 2. Доколку може да чека, тогаш тријажерот преминува на наредниот чекор во Алгоритамот.

Слика 2-3



Три широки прашања се користат за да се одреди дали пациентот ги исполнува ИУниво-2 критериумите:

1. Дали тоа е високо ризична ситуација?
2. Дали пациентот е конфузен, летаргичен или дезориентиран?
3. Дали пациентот е со јака болка или дистрес?

Дали се работи за високо ризична ситуација?

Врз основа на кратко интервју со пациентот, набљудување на пациентот и “шестото сетило” што доаѓа со искуство, тријажната сестра го идентификува високо ризичниот пациент. Возраста и минатата медицинска историја на пациентот помагаат при одредувањето на ризикот.

Високо ризичен пациент е оној чија состојба може лесно да се влоши или покажува симптоми сугестивни за состојба која бара третман во временска рамка. Ова е пациент кој има потенцијална опасност по живот, екстремитет или орган. Тоа е пациент кој не бара детален физикален преглед или цел сет на витални знаци во најголем дел од случаите. Пациентот може да опише клиничка ситуација која искусна тријажна сестра може да ја препознае како високо ризична ситуација. Пример: пациент кој тврди: *“Никогаш немам главоболки и подигнав потешко парче мебел и сега ја имам најлошата главоболка во животот”*. Тријажната сестра го означува овој пациент како ИУ ниво 2, бидејќи симптомите укажуваат можност за субарахноидална хеморагија.

Кога пациентот е ИУ ниво 2, тријажната сестра проценила дека нема да е безбедно за пациентот да остане во чекална било кој временски период, иако нема одредена временска рамка, ИУ ниво-2 пациентите се со висок приоритет, и генерално треба брзо да бидат згрижени.

За разлика од пациентите со ИУ ниво-1, кај пациентите од ниво – 2, ургентната сестра може да почне третман преку низа протоколи без присуство на лекар. Сестрата препознава дека пациентот има потреба од интервенција но е сигурна дека неговата состојба нема да се влоши, може да почне со интервенции како што се обезбедување интравенозен (IV) пристап, ординирање на оксигенотерапија, правење на ECG и приклучување на пациентот на монитор за срцев ритам, сето тоа пред да биде потребен лекар. Иако лекарот не мора да биде физички присутен, тој/таа треба да биде известен дека има пациент со ИУ ниво 2.

Состојби кои припаѓаат на ИУ ниво 2:

- Активна градна болка, суспектна за акутен коронарен синдром но без потреба од итна животоспасувачка интервенција, стабилен пациент
- Игла заглавена во здравствен работник
- Знаци на мозочен удар, но не задоволува ниво-1 критериуми
- Пациент на хемотерапија, следствено имунокомпримизиран со треска
- Суицидален или хомоцидален пациент

Дали пациентот е збунет, летаргичен или дезориентиран?

Ова е второто прашање кое треба да биде поставено на точката на одлука В. Основно е да се разграничи дали станува збор за акутна промена на нивото на свесност, бидејќи само тие пациенти ги задоволуваат ИУ 2 критериумите.

Состојби кои припаѓаат на ИУ ниво 2:

- Новопоявена конфузија кај постар пациент
- Тромесечно бебе за кое мајката кажува дека цело време спие

- Адолесцент најден во состојба на дезориентираност и конфузен

Секон од овие примери индицира дека мозокот може да е структурно или хемиски компромитиран.

Дали пациентот има јака болка или дистрес?

Третото прашање на кое тријажната сестра треба да одговори на точка на одлука В е дали пациентот е моментално со болки или дистрес. Доколку одговорот е "не", тријажната сестра може да премине на наредниот чекор во Алгоритмот. Доколку одговорот е "да", тријажната сестра треба да го процени нивото на болка или дистрес.

Болката е една од најчестите причини за посета на ургентните центри. Нивото на болка се одредува со клиничка обсервација и/или скала на самопријавување на болката со интензитет од 0 до 10. Кога пациентот пријавува интензитет на болката 7/10 или повисок, тоа задолжително не значи дека пациентот треба да се означи како ИУ ниво 2. Пр. пациент со лускиран зглоб доаѓа во Ургентен центар со ниво на болка 8/10. Оваа болка може да се реши со едноставни интервенции од медицинската сестра: количка, елевација на ногата и апликација на мраз. Овој пациент може да чека и не треба да биде означен како ИУ ниво 2 базирано само врз јачината на болката.

Кај некои пациенти, болката може да се оцени со клиничка обсервација:

- Експресија на лицето која покажува дистрес (гримаси), плачење
- Потење
- Став на телото
- Промена на виталните знаци – хипертензија, тахикардија и тахипнеја

Тријажната сестра го следи физикалниот одговор на акутна болка што помага во тријажата. На пример, пациент со абдоминална болка кој е препотен, тахикардичен и има покачен крвен притисок или пациент со јака болка во лумбалната регија кој повраќа, има бледа кожа и историја за ренална колика се добри примери на пациенти кои ги исполнуваат ИУ ниво-2 критериумите.

ИУ ниво-2 пациенти сочинуваат скоро 20 до 30 % од ургентните пациенти. По нивно идентификување преку тријажа од страна на тријажната сестра, овие пациенти треба да бидат приоритетно згрижени во соодветна временска линија. Регистрацијата може да биде довршена од член на фамилијата или покрај болничкиот кревет на пациентот. ИУ истражувањата покажуваат дека 50 до 60 % од ИУ ниво-2 пациентите се хоспитализираат.

Точка на одлука С:

Потреба од ресурси

Доколку одговорите на прашањата од првите две точки на одлукасе "не", тогаш тријажната сестра минува на точка на одлука С (*Слика 2-4*).

Слика 2-4

Слика 2-4. Предвидување на потребни ресурси

C		
Колкав број различни ресурси се потребни?		
нигу еден	еден	многу

Тријажната сестра треба да праша “Колку различни ресурси мислите дека пациентот ќе конзумира за да може лекарот (вие) да донесе одлука за диспозиција?”. Диспозицијата може да биде: да се прати пациентот дома, во единицата за обсервација, во болница или да се тратсферира во друга институција. Оваа точка на одлука повторна бара да тријажната сестра да го користи искуството од претходни слични ситуации. Медицинската сестра од Ургентниот оддел мора јасно да знае дека проценката на ресурси има врска со стандардите на негата и е независна од типот на болница (пр. образовна / необразовна), локацијата (урбана / рурална), или кој провајдер работи тој ден. Пациент кој доаѓа во било кој Ургентен оддел треба да ги користи истите општи ресурси во еден УО, достапни во било кој друг Ургентен оддел.

Врз основа на кратката субјективна и објективна проценка на пациентот, медицинската историја, користените медикаменти, возраста и полот, колку различни ресурси ќе се искористат со цел лекарот да го постигне нивото на диспозиција? Со други зборови, што типично се прави за пациент кој доаѓа во Ургентен оддел со одредена тегоба? Тријажната сестра треба да одговори на ова прашање базирано на нејзината проценка на пациентот и, не врз основа на индивидуалните моделина пракса, но базирано на рутинската пракса во одреден Ургентен оддел.

За да ги идентификува потребите од ресурси, тријажната сестра мора да биде запознаена со стандардите на неа во Ургентниот центар. Сестрата мора да е запознаена со концептот “разумно и обичајно”. Еден лесен начин да се размислува за овој концепт е да се постави прашањето “*Со оглед на главната поплака или повреда на овој пациент, кои ресурси би ги искористил ургентниот лекар?*”. Ресурси може да бидат болнички услуги, тестови, процедури, консултации или интервенции (се што не е земање медицинска историја, физикалниот преглед и многу едноставни ургентни интервенции како што е на пример апликација на фластер.

Табела 2-3. ИУ Ресурси

Ресурси	Не ресурси
Лабораториски (крв, урина)	Медицинска историја и клинички преглед (вклучувајќи и пелвичен)
ECG, Ртг, КТ, МРИ, ултразвук, ангиографија	Point-of-care тестирање (<i>тестови покрај болничкиот кревет</i>)
IV флуиди (хидратација)	Физиолошки р-р и сл.
IV, IM или медикаменти кои се аплицираат преку небулизатор	перорални медикаменти Имунизација за тетанус Препишување на рецепти за продолжување на

терапия	
Консултации со специјалист	Телефонски повик до матичниот лекар
Едноставна процедура=1 (Foley катетер)	Едноставна нега на рана (завој, проверка) Патерици, шини, други помагала од овој вид
Комплексна процедура=2 (седација на свест)	

Во табелата 2 – 3 се излистани услуги кои се сметаат и кои не се сметаат за ресурс за ИУ тријажа. ИУ ниво-3 пациенти се смета дека бараат 2 или повеќе ресурси; ИУ ниво-4 пациенти се смета дека бараат еден ресурс; и ИУ ниво-5 пациенти се смета дека немаат потреба од ресурси (Табела 2-4).

Табела 2-4. Предвидување на ресурси			
ИУ ниво	Презентација на пациент	Интервенции	Ресурси
5	Здраво 10-годишно дете со труење од отровен бршлен	Има потреба од преглед и рецепт	Ниеден
5	Здрав 52-годишен маж останал без медикаменти за крвен притисок вчера, КП 150/92	Има потреба од преглед и рецепт	Ниеден
4	Здрава 19-годишна личност со отечено грло и треска	Има потреба од преглед, култура на грло, рецепт	Лабораторија (култура на грло)*
4	Здрава 29-годишна жена со инфекција на уринарен тракт, негира вагинален исцедок	Има потреба од преглед, уринализа, уринокултура, можно урински hCG, рецепт	Лабораторија (урина, урински C&S, урински hCG)**
3	22-годишен маж со абдоминална болка во десен долен квадрант од рано наутро + вртоглавица, без апетит	Има потреба од преглед, лабораториски анал., IV флуид, абдоминален КТ, можно и хируршка консултација	2 или повеќе
3	45-годишна жена со прекумерна тежина со болка во долниот дел од левата нога и оток, болката почната пред 2 дена по возење во кола 12 часа	Има потреба од преглед, лабораториски анал., неинвазивни васкуларни студии на долни екстремитети	2 или повеќе

*Во некои региони не се прават рутински култури на грло; наместо тоа пациентот се третира базирано на историјата и физичкото испитување. Ако е таков случајот пациентот се препишува како ESI ниво 5.

**Сите три тестови се сметаат за еден ресурс (Лабораторија)

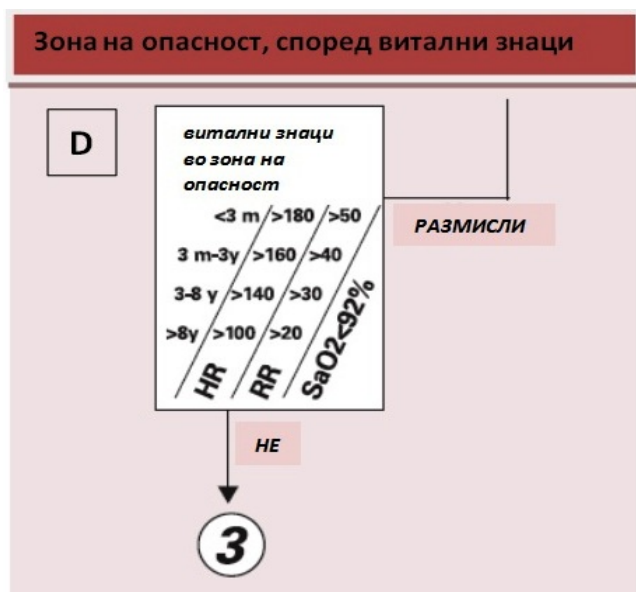
ИУ ниво – 3 пациентите сочинуваат 30 до 40 % од сите пациенти во ургентните центри. ИУниво-3 пациенти се јавуваат со сериозен проблем кој бара подлабока евалуација, но кои се стабилни за одреден период и бараат подолготраен престој во Ургентните центри. Пример се пациенти со абдоминална болка. Често бараат подлабока евалуација, но се стабилни во краток период и секако може да престојуваат подолго во Ургентните центри. ИУниво 4 и ИУниво 5 сочинуваат меѓу 20 и 35 % од волуменот на пациенти во ургентните центри, а во средини каде има недоволен пристап до примарна ЗЗ (здравствена заштита) оваа бројка е дури и поголема. Соодветно тренирани провајдери на средно ниво со соодветни вештини, може да ги згрижат овие пациенти во краток временски период.

Точка на одлука D:

Витални знаци на пациентот

Виталните знаци на пациентот се нужни за проценување на нивото на ургентност на пациентот. Сестрата ги мери и регистрира виталните знаци пред да се процени пациентот како ИУ ниво 3. Доколку виталните знаци се надвор од прифатените рамки, тријажната сестра треба да размисли за покачување на тријажното ниво на ИУ ниво 2. **Ова е точка на одлука D.**

Параметрите на виталните знаци се истакнати по возраст на Сликата 2-5.
Слика 2-5 Зона на опасност според виталните знаци



Витални знаци кои се користат: пулс, респираторна фреквенција, кислородна сатурација, и за сите деца под 3 години, телесна температура. Телесната температура се вклучува само кај деца под 3 години.

Дали времето до третман влијае на ИУ тријажните категории?

Проценка на тоа колку долго пациент може да чека пред да биде виден од лекар е важна компонента на најголем дел од тријажните системи. Австралиско-азискиот и Канадскиот тријажен систем бараат пациентите да бидат видени од лекар во одреден временски период, според тријажната категорија. ИУ системот за тријажа не дефинира специфични временски стандарди (временски интервали) во кои пациентите треба да бидат евалуирани од лекар. Сепак, пациенти кои исполнуваат критериуми за ИУ ниво 2 треба да бидат видени колку што е можно побрзо, а секоја Институција индивидуално одредува што значи “колку што е можно побрзо”.

Често, може да има конфузија меѓу институционалната политика и “текот на грижата за пациентот” и ИУ нивото на тријажа. Вакви состојби се чести кај пациентите кои доживеале траума. (Ова се разгледува во друг дел од овој документ).

Примери на влијание на институционалната политика врз тријажниот процес:

Пример 1: Пациент со стабилна градна болка. Доколку пациентот е хемодинамски стабилен но има градна болка, може да е акутен коронарен синдром и во тој случај ги задоволува ИУ ниво-2 критериумите. Тој/таа нема потреба од итни животоспасувачки интервенции но има висок ризик. Грижата за овој пациент е временски сензитивна, ECG треба да се направи во првите 10 минути од пристигањето во ургентниот центар. Често политика на ургентните центри е брза иницијација на ECG. Иако грижата за овие пациенти треба да е брза, ECG не е животоспасувачка интервенција туку дијагностичка процедура. Доколку тријажната сестра ги тријажира сите пациенти со градна болка како ИУ ниво 1, ќе биде тешко да се даде приоритет на вистинските ИУ ниво-1 пациенти кои имаат потреба од итна животоспасувачка интервенција. Доколку истиот пациент со градна болка е препотен, со крвен притисок 80mmHg на палпација, ги исполнува ESI ниво-1 критериумите.

Пример 2: Друг пример за временски сензитивна нега е пациент со знаци на акутен мозочен удар. На пример, пациентот кој пријавува слабост во левата рака ги исполнува ИУ ниво-2 критериумите и тимот треба веднаш да се активира. Времето до завршување на компјутеризирана томографија (КТ) е мерка за квалитет која мора да се исполни. Но, пациентот со знаци на мозочен удар кој не може да задржи прооден дишен пат ги исполнува ИУ ниво-1 критериумите. Тимот пак треба да се активира.

Трет пример: постар пациент кој паднал, можеби има скршен колк, доаѓа со приватно возило со семејството и има болки. Пациентот не ги исполнува ИУ ниво-2 критериумите но му е многу неудобно. Тријажната сестра ќе го категоризира како ИУ ниво 3 и ќе го стави во достапен кревет. Доколку пациент со исто сценарио дојде со амбулантско возило, тоа не треба да биде критериум за тријажната сестра овој пациент да го тријажира како ИУ ниво 1 или 2. Секогаш треба да се користат ИУ критериумите за да се одреди тријажното ниво без оглед на начинот на пристигање на пациентот во ургентниот центар.

Општо, грижата за пациентите од ИУ ниво-2 треба да се започне веднаш, и улогата на главната сестра или одговорното лице е да знае каде да се сместат овие пациенти при доаѓање во областа за третман. Сите ниво-2 пациенти се потенцијално многу болни и имаат потреба од брза иницијација на нега и евалуација. Тријажната сестра одредила дека за овие пациенти е небезбедно да чекаат. Пациентите во моментот може да се стабилни, но да имаат состојба која лесно и брзо може да се влоши. Отпочнувањето на дијагностичкиот третман може да е временски сензитивен процес (пр. стабилна градна болка бара ECG во првите 10 минути по пристигање), или пациентот има потенцијална опасност по живот или орган. ИУ ниво-2 пациентите се високоризични пациенти.

Во сегашната атмосфера на пациенти во Ургентните центри, не е реткотријажната сестра да биде во ситуација да нема доволен простор за сместување на пациентите од ИУ ниво-2, што може да резултира со нивно тријажирање во пониски нивоа на ургентност, што пак може да резултира со сериозни негативни исходи за пациентот. Кога се соочува со многу ИУ ниво-2 пациенти истовремено, тријажната сестра мора да го евалуира секој пациент според ИУ алгоритмот. Тогаш сестрата може да ги “тријажира” сите ниво-2 пациенти да детерминира кои пациенти се со највисок ризик од влошување, со цел да го олесни сместувањето на пациентите базирано на оваа евалуација.

ЗАКЛУЧОК

ИУе систем за тријажа на пет нивоа, едноставен за користење кој ги дели пациентите според акутноста на состојбата и потребите од ресурси. ИУ тријажниот Алгоритам е базиран на четири клучни точки на одлука. Искуските здравствени работници кои работат со ургентни пациенти ќе можат брзо и точно да ги тријажираат пациентите со овој систем.

Поглавје 3. ИУ 2 -ниво

ИУ ниво-2 критериумите се најчесто погрешно интерпретирани критериуми. Ова поглавје претставува продолжение на информациите содржани во 2 поглавје и во поширок смисол го објаснува процесот на донесување на одлуки, кој е потребен за да се одреди кои пациенти ги исполнуваат критериумите на ИУ-2 нивото. Целосно разбирање на овие критериуми е круцијално, со цел да се избегне, несоодветната тријажа на пациентите, било да е тоа недоволна или прекумерна тријажа.

Лекарите во ургентните центри, често се колебаат во однос на сместувањето на пациентот во 2-то ниво, кои ги исполнуваат критериумите, кога УЦ е преполн и е потребно долго чекање за преглед. Но, секако лекарот/тријажната сестра кој ја врши тријажата е важно да разбере дека, најважно е точното одредување на тријажното ниво во кое припаѓа пациентот. Пациентот кој е несоодветно тријажиран може да биде оставен да чека, пред да биде прегледан, следствено неговата состојбата да резултира со негативен исход. Ваквите случаи се најчест предмет на судски постапки.

Работата на лекарите со недоволно искуство во УЦ, може да доведе до прекумерна тријажа на пациентите. Иако, е доволно познато дека прекумерната тријажа е далеку побезбедна, истата води до посебен тип на проблеми. Доколку поголемиот број на пациенти се проценат на 2 ниво од ИУ критериумите, тогаш болничките кревети ќе бидат зафатени за пациентите од ниво 1 и вистинското 2 ниво, што води кон сомнеж во работата на лекарот/тријажната сестра, како и во валидноста на ИУ. Доколку алгоритмот не се употребува независно од бројот и типот на пациенти, кои циркулираат низ УЦ, тогаш ќе биде несоодветна примената на добиените информации потребни за планирање на работата. Во ова поглавје, се обрнува внимание на најчестите клинички презентации кај пациентите, кои ги исполнуваат критериумите на ИУ 2-ниво.

Откако лекарот ќе одреди дека пациентот се наоѓа во животна опасност, потребно е да одреди дали истиот може да почека. При донесување на оваа одлука, потребно е да се земат во предвид следниве прашања: *“Дали ќе го употребам послениот слободен болнички кревет за овој пациент?,”* или *“Дали ќе треба да импровизирам сместување на пациентот во болничкиот ходник, со оглед на критичноста и временската сензитивност на соодветна интервенција?,”* Пациентите од 1 ниво бараат итна ресусцитација. Додека за пациентите од ниво 2, е потребно брзо сместување. **ИУ системот не поставува временска рамка за евалуацијата која ја врши лекарот/тријажната сестра, за разлика од другите тријажни системи.** Крајниот заклучок би бил, дека пациентите од 2-ниво, бараат што побрза евалуација.

Следните три прашања треба да бидат одговорени и се клучни компоненти во критериумите на ИУ 2-нивото:

- Дали се работи за високо ризична состојба?

- Дали кај пациентот постои новонастаната состојба на конфузија, летаргија или дезориентираност?
- Дали пациентот е со силна болка или дистрес?

Продолжението на текстот содржи селектирани примери на високо ризични состојби, но секако не претставува исцрпен текст.

1.Што претставува високо-ризична состојба?

Способноста да се препознае високо ризична состојба е критичен елемент во процесот на тријажна одлука, без разлика на тоа кој тријажен систем се употребува. ИУ системот ја подвлекува важноста на препознавањето на овие состојби и ја употребува експертизата и искуството на лекарот/тријажната сестра при идентификација на пациенти кои се високо ризични.

Знаењето и искуството се неопходни, но не и доволни. Виталните знаци не помагаат секогаш во идентификација на овие пациенти. Почесто, пациенти се јавуваат во УЦ со одредени главни тегоби- знак или симптом, или имаат историја која сугерира на сериозен проблем или состојба, и доколку не се реагира брзо може да дојде до нагло влошување на состојбата. Ова се т.к.н. високоризични ситуации, и многу често интерпретацијата на виталните знаци на пациентот не е потребна за да се донесе одлука за високо ризична состојба. На пример, пациент кој дава податок дека е алергичен на одредена храна, а пристигнува од ресторан, со чувство на стегање во грлото, може да биде тријажиран во ИУ 2 ниво, уште пред одредување на виталните параметри. Кај овој пациент постои висок ризик од анафилактична реакција, и е потребна рапидна евалуација. Често, возраста на пациентот, медицинската историја и примената терапија, може да влијаат на перцепцијата на тежината на главните тегоби. На пример, изнемоштен, постар пациент со силна абдоминална болка е со повисок ризик за морбидитет и морталитет, отколку претходно здрав 20-годишен пациент. Постар пациент со ваква болка треба да биде тријажиран во 2-ниво, додека помлад пациент со слични симптоми и стабилни витални знаци во 3-ниво.

Многу често одлуката за одредување на високо ризичните состојби, може да бидат поткрепени од абнормални витални знаци. На пример, пациент со треска и продуктивна кашлица, може да биде со 32 респирации во минута и кислородна сатурација од 90%. Иккусниот лекар/тријажна сестра, ќе препознае дека пациентот има висок ризик за пневмонија и кислородна десатурација.

Многу често неискусните лекари/тријажни сестри, не донесуваат соодветни тријажни одлуки, бидејќи не се во состојба да ги инкорпорираат симптомите во рамките на одредени клинички портрети во нивната пракса.

Следат специфични примери на високо-ризични состојби.

Абдоминални или гастроинтестинални

Абдоминална болка е најчеста тегоба на која се жалат пациентите во УЦ. Како се идентификува високо-ризична абдоминална болка? Добро обработена историја, како и проценка на степенот на моменталната болка, бројот на респирации, срцевата фреквенција, како и демографските карактеристики на пациентот, се важни елементи при проценка на високо-ризична состојба.

Проценка на степенот на болка, е еден од многуте фактори кои треба да се земат во предвид. Тахикардија, респираторен дистрес, бледило, метеоризам, крвавење или хипотензијата, кои ја придружуваат силната болка, може да укажуваат на шокова состојба и го ставаат пациентот во високо ризична категорија. Постари пациенти со силна абдоминална болка, исто така претставуваат уште една потенцијална високо ризична состојба.

Неколку важни прашања може да помогнат при проценката на тоа дали состојбата на пациентот исполнува критериуми за висок ризик:

- Колку време пациентот има болка?
- Како пациентот ја опишува болката?
- Која причина го принудила пациентот токму денес да дојде во УЦ?
- Дали болката е пратена со гадење, повраќање или дијареа?
- Останати симптоми, како треска или губиток на апетит?
- Дали е присутна дехидратација?

Пациентот со силна раскинувачка стомачна болка, која се шири дорзално, е со висок ризик за аневризма на абдоминалната аорта (ААА). Овие пациенти ја опишуваат болката како силна, константна и со нагла појава и се со историја на хипертензија. Иако и други несомнено помалку живото-загрозувачки состојби, како акутен панкреатит, може да имитираат состојба на ААА, високиот ризик кој го носи ААА како диференцијална дијагноза, е тоа што води да ваквиот тип на силна болка биде класифициран во ИУ 2-ниво.

Многу често, пациентите со силна абдоминална болка на почетокот, се тријажирани во 3-то ниво, но по откривање на тахикардија или други ризик фактори, се рекласифицираат во состојби со висок ризик.

Повраќање на крвава содржина или ректорагија, треба сериозно да бидат евалуирани и разгледано во контекст на виталните знаци. Триесет годишен пациент со ректорагија, нормални витални знаци е итна состојба, но не наложува, ознака на ИУ 2-ниво. Но, постар пациент кој повикал ИМП, поради повраќање на крвава содржина, со срцева фреквенција од 117/мин., и 24 респирации во минута е со висок ризик и ги исполнува критериумите на ИУ 2-ниво.

Кардиоваскуларни

Градна болка е исто така честа главна тегоба кај пациентите во УЦ. Презентацијата на акутниот коронарен синдром (АКС), не е секогаш специфична и понекогаш е тешко да се одреди ризикот за АКС при тријажа. Од таму и доаѓа потребата од задолжителен ЕКГ кај пациенти со градна болка, но со оглед на нетипичната презентација на АКС, би требало да се практикува како една од првичните постапки на евалуација при контакт на пациентот со лекарот во УЦ.

Пациентите со градна болка кои се клинички нестабилни и бараат итна интервенција како интубација или хемодинамска подршка, треба да се тријажираат во ИУ 1-ниво. Но не сите пациенти со градна болка се вбројуваат во 1-то или 2-то ниво. На пример, 20 годишен здрав пациент со градна болка, нормална кислородна сатурација и покачена телесна температура, е со низок ризик за АКС и не соодветствува на ИУ 1 или 2-ниво. Но, 20 годишен пациент со градна болка, кој дава податок за злоупотреба на кокаин, треба да се земе како високо ризичен. Исто така, пациент со градна болка и продуктивна кашлица, без кардиоваскуларни ризик ф-ри, не ги пресретнува ИУ 2-ниво критериумите. Секој пациент треба да се процени индивидуално. Потребно е да се нагласи дека одредени ентитети како дисекција на торакална аорта може да се јават од детската возраст па се до постара возрасни, така што правилната проценка е од клучна улога.

Останати потенцијално ризични состојби од страна на кардиоваскуларниот систем вклучуваат, хипертензивна криза, акутна артериска оклузија, како и пациенти со треска после валвуларен репласман.

Грло и нос

Пациентите кои имаат хиперсаливација и /или стридор, можно е да имаат значајно стеснување на дишните патишта. Иако поретко, епиглотитис, туѓо тело и перитонзиларен абсцес се состојби кои сериозно може да го загрозат дишниот процес кај пациентот. Овие претставуваат високо ризични пациенти. Пациенти со било која од овие три состојби се во непосредна опасност од нарушување на дишењето и бараат итна интервенција и ги исполнуваат критериумите на ИУ ниво-1.

Кога во УЦ се јавуваат пациенти со епистакса, потребно е веднаш да се измери крвниот притисок, иако ова не се наоѓа во ИУ алгоритмот. Состојба на нерегулирана хипертензија, може да води до епистакса. Други високоризични состојби може да бидат причина за епистакса како: крвавење кај пациент кој е под ОАК од типот на Варфарин. Во тој случај се исполнети критериумите на ИУ 2-нивото.

Животна средина

Пациенти со инхалациони повреди поради изложеност на чад во затворен простор или експозиција на хемиски супстанции, би требало да се сметаат за пациенти со потенцијален ризик за нарушување на респираторната функција.

Доколку пациентот презентира знаци за сериозен респираторен дистрес и бара итна интервенција, ги исполнува критериумите на ИУ 1-нивото.

Пациентите со изгореници од трет степен треба да се сметаат како високо ризични и да бидат сместени во 2 ниво. Најверојатно кај истите ќе биде потребен трансфер во центар за третман на изгореници, за нивно дефинитивно згрижување.

Општа медицинска пракса

Неколку состојби во општата медицинска пракса припаѓаат во високо ризични состојби:

- Дијабетична кетоацидоза
- Хипер/хипогликемија
- Сепса
- Синкопа или пресинкопа
- Електролитен дисбаланс

Секогаш кога е можно кај пациентите дијабетичари екорисно да се изврши проверка на гликемијата, со оглед на тоа што тие се со висок ризик за развој на дијабетична кетоацидоза или хиперосмоларна состојба. Секогаш треба да се земе во предвид можноста и за хипогликемија, која исто така може да биде подеднакво ризична. Пациент во бесвесна состојба кој е со критично виска или ниска гликемија спаѓа во групата на ИУ ниво-1.

Најчеста форма на електролитен дисбаланс е токму хиперкалиемијата, која може да доведе до пореметувања во срцевиот ритам. Истата, секогаш треба да се земе во предвид кај пациенти кои се на редовен хемодијализен програм.

Синкопа е сериозна состојба која секогаш треба да се евалуира во склоп на демографските карактеристики и медицинската историја на пациентот.

Онколошките пациенти, особено оние кои се на редовна хемотерапија се сметаат за имunosупримирани и кај нив секогаш треба да биде земена во предвид опасноста од септична состојба. Се сметаат за високо ризични, поради што треба да бидат брзо проследени.

Урогенитален тракт

Пациентите со ХБИ на редовна хемодијализа, кои поради различни причини не се во состојба да ја завршат процедурата, често имаат електролитни нарушувања, и треба да се сметаат за високо ризични.

Тестикуларна торзија е состојба која може да доведе до перманентен губиток на функцијата. Мажите со тестикуларна торзија вообичаено се лесно препознатливи, со силна болка. Кај ваквите пациенти покрај брза контрола на болката, ќе биде потребна и брза хируршка интервенција.

Ментално здравје

Пациентите со психички проблеми би можеле да претставуваат сериозен проблем по сопственото здравје, како и за околината. Суицидалните, хомоцидалните, психотичните и насилните пациенти треба да бидат сметани како високо ризични.

Интоксикации, кои не се пратени со знаци за траума или се без ризик од аспирација не ги исполнуваат критериумите за високо ризични состојби. Потребно е внимателно да се бараат знаци за траума или евентуален податок за алкохолна злоупотреба кај овие пациенти. Во таков случај ги исполнуваат критериумите за ИУ ниво-2.

Невролошки

Пациентите со силна главоболка асоцирана со промени во менталниот статус, покачен крвен притисок, летаргија, треска или осип се сметаат за високо ризични. Состојби на ненадеен говорен дефицит или моторна слабост, се високо суспектни за развој на мозочен инсулт и припаѓаат во 2-ниво на ИУ тријажата. Времето од појава на симптомите до прв контакт со медицинско лице, се клучни за одбирање на видот на третманот, особено кога се размислува за фибринолитичка терапија.

Пациент кој се јавува на преглед во УЦ со симптоми на неиздржлива главоболка, без претходна медицинска историја на главоболки, се смета за високо ризичен за развој на субарахноидална хеморагија. Вообичаено пациентот е во состојба точно да го одреди времето на почеток на главоболката, и најчесто го врзува со одреден физички напор.

Конвулзивните напади се честа појава во УЦ. Вообичаено се донесени со ИМП и се постиктални, но секогаш треба да се тријажираат во ИУ ниво-2, со оглед на тоа што постои секогаш опасност од повторна појава ка конвулзии.

Гинеколошко-акушерски

Пациентките со абдоминална болка или вагинално крвање треба внимателно да бидат евалуирани, со одредување на виталните знаци, доколку не се забележува очигледна живото загрозувачка состојба. Кај жени кои се наоѓаат во репродуктивен период, секогаш треба да се инсистира на податоци за претходни бремености и последно менструално крвање. Постојат ситуации во кои пациентката не знае за сопствената бременост. Ова е состојба, на која треба да се помисли при евалуација на пациент од женски пол. Исто така, потребно е да се земат во предвид можноста од ектопична бременост и спонтан абортус. Сите гравидни пациентки со локализирана абдоминална болка, вагинално крвање, во период од 14-20 недела или повисоко, треба да се тријажираат во ниво 2 и бараат рапидна евалуација од страна на гинеколог (во зависност од типот на установата и начинот на организација).

Во период на доцна бременост, секогаш треба да се земе во предвид можноста од абрупција на плацента и placenta previa.

Постпарталните пациентки со силно вагинално крвање, се тријажираат во ИУ ниво-2 и потребно е да бидат итно прегледани од страна на лекар.

Секоја пациентка, било да е гравидна или постпартална, чија клиничка слика се презентира со значајна хемодинамска нестабилност и бара живото-спасувачки мерки, се тријажира во ИУ ниво 1.

Око

Следните состојбо може да резултираат со нарушување на видот:

- Хемиски повреди
- Оклузија на централната ретинална артерија
- Акутен глауком
- Аблација на ретина
- Сигнификантна траума

Хемиските повреди, особено кога не се знае потеклото на супстанцата (дали се работи за база или киселина), претставуваат особена опасност, поради можноста од перманентен губиток на видот. Овие повреди, особено кога се станува збор за алкалии, бараат итно испирање на окото, за да се спречи понатамошно оштетување на корнеата. Со оглед на временската сензитивност на повредата, истите се високо ризични и припаѓаат во ИУ ниво-2. Потребно е да се изврши итна иригација на повреденото око, без разлика на слободните легла.

Трауматските повреди на окото исто така бараат итен третман. Значајна траума, како и ненадеен парцијален или комплетен губиток на видот носат висок ризик за трајна повреда на окото, поради што се тријажираат во 2-ниво.

Ортопедија

Пациенти со знаци за компартман синдром се во опасност од губиток на екстремитет, поради што тие припаѓаат во ИУ ниво-2. Останати високо ризични повреди во ортопедијата се: било која повреда на екстремитет која вклучува нарушување на неуроваскуларната функција, парцијална или комплетна ампутација, како и удар на пешак со кола, огнотрелни и убодни повреди.

Пациенти суспектни за фрактура на карлица, фемур или колк, како и различни дислокации, секогаш треба внимателно да бидат евалуирани со следење на виталните параметри. Овие фрактури може да бидат асоцирани со сигнификантно крвање.

Хемодинамски нестабилните пациенти кои имаат потреба од живото-спасувачки мерки, како на пример оние со висока ампутација, припаѓаат во ИУ ниво-1.

Педијатрија

Тријажата на педијатриските пациенти знае да биде тешка, особено кога се работи за новородени и доенчиња. Секогаш треба да се инсистира на точна медицинска историја од страна на старателот, како и да се изврши проценка на нивото на активноста на детето. Нагласена вознемиреност или повлеченост на детето, може да биде сериозен знак.

Следните состојби во педијатријата се сметаат за високо-ризични:

- Конвулзии
- Септична состојба, тешка дехидратација
- Дијабетична кетоацидоза
- Суспектна злоупотреба на дете
- Изгореници
- Ингестија или интоксикација со лекови, вклучително и витамини
- Новороденче под 30 дена со покачена телесна температура од 38°C и повисока
- Криза кај српеста анемија

Респираторен систем

Пациентите со лесен до среден степен на респираторен дистрес, треба да се доевалуираат со одредување на бројот на респирации во минута, како и да се изврши пулсоксиметрија за да се изврши нивна категоризација.

Пациент во тежок респираторен дистрес, со потреба од живото-спасувачки мерки припаѓаат во ИУ ниво-1.

Високо ризични пациенти ги подразбираме оние кај кои моментално постои задоволувачка оксигенација и вентилација, но се во состојба на респираторен дистрес, и потенцијално можат да влошат. Потенцијална етиологија на респираторен дистрес вклучува: астма, пулмонална емболија, плеврална ефузија, пнеумоторакс, аспирација на туѓо тело, инхалација на чад, како и недостаток на воздух асоциран со градна болка.

Интоксикации

Повеќето состојби на интоксикација се високо ризични и треба да бидат евалуирани што е можно побрзо. Многу често не е познато потеклото на лековите како и количината која е ингестирана. Пациентот кој на прием е во апнеа или има потреба од живото-спасувачка мерка треба да биде категоризиран во ИУ ниво-1. Сите останати интоксикации припаѓаат во ИУ ниво-2.

Трансплантација

Трансплантиран пациент кои доаѓа на преглед во УЦ со проблем кој не е врзан за самата трансплантација, како на пример лацero-контузна рана на прст, не потпаѓа во ИУ ниво-2 под автоматизам.

Под високо ризични се подразбираат пациентите кои се пост трансплантирани, бидејќи истите се имунокомпромитирани. Кај овие пациенти постои ризик од отфрлање на графотот, сепса или други компликации.

Пациентите кои се наоѓаат на листата за трансплантација на одреден орган вообичаено се сметаат за високо ризични.

Траума

Евалуацијата на пациентите со трауматски повреди треба да ги содржи следниве елементи:

- Механизам на повреда
- Време на повреда
- Губиток на свест
- Повреда на глава која се манифестира со симптоми на покачен интракранијален притисок , од типот на главоболка и/или повраќање
- Возраста на пациентот
- Растојанието/висината на скокот/падот
- Брзината на движењето на возилото
- Локацијата на пенетрантната повреда
- Типот на оружје

Огнострелните повреди на главата, вратот, градите, абдоменот и гениталиите, вообичаено бараат тимска работа и итна интервенција. Доколку пациентот има потреба од итна интервенција припаѓа во ИУ ниво 1. Доколку пациентот не ги исполнува овие критериуми, но се наоѓа во високо ризична состојба тогаш се категоризира во ниво 2. Во склоп на некои УЦ се наоѓаат и траума центри, при што треба да се нагласи дека траума критериумите и ИУ тријажните критериуми, е потребно да се евалуираат одделно и на пациентите треба да им биде одредено засебно ниво според обата системи, кое може да се разликува. На пример, пациент кој според механизмот на траума припаѓа во 1 ниво, со стабилни витални знаци и без пропратни тегоби припаѓа во ИУ ниво 2, со висок ризик.

Повреди

Следните фактори сигнализираат високо ризични повреди: неконтролирано крвавење, артериско крвавење, парцијална или целосна амутација. Повеќето повреди не ги исполнуваат критериумите за ИУ ниво 2. Пациент со убодна рана бара внимателна обработка , вклучувајќи и неуроваскуларен статус. Секое неконтролирано крвавење кое бара итна интервенција го сместува пациентот во ИУ ниво 1.

2. Дали кај пациентот постои новонастаната состојба на конфузија, летаргија или дезориентираност?

Второ прашање на кое треба да се одговори при утврдување дали пациентот спаѓа во ниво 2 е “Дали кај пациентот постои новонастаната состојба на конфузија, летаргија или дезориентираност? „Променет ментален статус е една од честите поплаки во УЦ. Податокот за промена во свеста најчесто лекарот го добива од придружбата на пациентот. Она што треба да се нагласи е дека ова се однесува на новонастаната состојба на конфузија или акутна алтерација на свеста кај пациентот. Деменција или хронична конфузност не припаѓаат во ИУ ниво 2. На пример, дементен пациент со суспектна фрактура на колкот, не ги исполнува критериумите на 2 ниво, бидејќи деменцијата е хронична состојба.

Конфузноста, летаргијата или дезориентираност може да бидат одраз на сериозни медицински состојби од типот на цереброваскуларен инсулт, транзиторна исхемична атака, други структурни промени на мозокот, како и метаболни и електролитни нарушувања од типот на хипогликемија, хипонатриемија. Секако не треба да се заборават и интоксикациите како можна причина за алтерација на свеста кај пациентот. Примери за состојби кои ги исполнуваат критериумите на ИУ ниво 2 се: дијабетична кетоацидоза, акутна психотична епизода или новонастаната состојба на конфузност кај дете или возрасен.

Состојбите на променет ментален статус кај кои не е достапна медицинската историја на пациентот, треба да се третираат како новонастанати и како такви се тријажираат во ИУ ниво 2.

Секако, пациент кај кој постои новонастаната состојба на конфузија, летаргија или дезориентираност, каде се потребни живото-спасувачки мерки припаѓа на ИУ ниво 1.

3. Дали пациентот е со силна болка или дистрес?

Третото и последно прашање на кое треба да се одговори кога се тријажира пациентот во ИУ нивото 2 е секако „Дали пациентот е со силна болка или дистрес?„

Болка

Пациентите со болка која се рангира на ниво 7/10 или повисоко најчесто припаѓаат во ИУ ниво 2. Ова е еден од најчесто погрешно интерпретирани критериуми, бидејќи сите пациенти со болка 7/10 или повисоко не ги исполнуваат критериумите. Проценката се врши секако врз основа на јачината на болката и клиничката слика на пациентот. Секако дека секогаш кога е безбедно треба да се размисли за намалување на болката кај пациентот. На пример, пациент со силна болка, после пад на тежок предмет врз стопалото, не превзел никакви мерки за намалување на болката. Вистинската тријажна група за овој пациент би било ИУ ниво 4. Во овој случај ќе биде потребна само една единствена процедура за дијагностика – рентгенграфија (секако треба да се нагласи дека под процедура се подразбира она што е одредено според ИУ). Секако дека кај вакви пациенти е потребно да се делува побрзо за намалување на силната болка, но истиот може да почека и не е пациент кој би го сместиле во последното слободно легло.

Пациенти со ренална колика, карциноми и криза кај српеста анемија не можат да бидат третирани без претходна соодветна проценка, поради што се тријажираат во ИУ ниво 2 и треба да бидат сместени што е можно побрзо.

Како заклучок, степенот на болка секогаш е потребно да се евалуира во склоп на останатите главни тегоби, медицинската историја на пациентот, неговиот психолошки профил (пациенти кои имаат понизок праг на толеранција на болка) и каква интервенција може да се превземе при

прв контакт за да се намали болката, се со цел да се одреди вистинската категорија во која припаѓа пациентот.

Примери на состојби каде пациентот е со силна болка и истата оправдува рангирање во ИУ ниво 2 се:

- Пациент со степен на болка 10/10 кој се “превиткува од болка,,
- 80-годишен пациент со генерализирана стомачна болка 7/10 со силна наузеа
- 30 годишен пациент при акутна криза кај српеста анемија
- Онколошки пациент со силна болка
- Изгореници кои бараат ите третман на болката
- Пациентки, и почесто пациенти со акутна уринарна ретенција

Секако дека при преглед треба да се земе во предвид и проценката на пациентот за сопствената болка. Но при проценката за кетагоризација на пациентот потребно е да се изврши како субјективна, така и објективна проценка на степенот на болка и соодветно да се одреди дали пациентот е во можност да почека и дали таквиот пациент лекарот би го сместил во последното слободно легло.

Дистрес

На крај, при одредување на категоријата подтребно е да се изврши порценка дали пациентот се наоѓа во дистрес од органско или психолошко потекло. Пациент кој е со болка и истовремено во тежок респираторен дистрес ги исполнува критериумите на ИУ ниво 2.

Следниве состојби се примери за психолошки дистрес:

- Вознемирен пациент после сексуален напад
- Испади во однесувањето во тек на тријажа
- АгрИУвни пациенти
- Жртви на семејно насилство
- Акутна реакција на стрес
- Пациенти со суицидални намери

Секако брзата тријажа на овие овој тип на пациенти ќе овозможи да се избегне нивна дополнителна агитација.

Заклучок

Претходниот текст содржи информации за клучните компоненти и прашања кои треба да се одговорот при тријажа на пациентите во ИУ ниво-2. Внимателната проценка, со употреба на претходно назначените прашања е неопходна, со цел да се избегне пропуст при идентификација на високо ризиични состојби и секако да се избегне евентуален негативен исход.

ПОГЛАВЈЕ 4. ИУ Нивоа 3-5 и потреби за очекувани ресурси

Традиционално, целокупната тријажа е доминантен модел за тријажни акутни задачи во ургентните оддели во САД (Gilboy, 2010; Gilboy, Travers, &Wuerz, 1999). Рејтинг системите за тријажна акутност се базирани единствено врз основа на акутноста кај пациентот, одредена според проценката на медицинската сестра за виталните знаци, субјективни и објективни информации, мината медицинска историја, алергии и лекови. Кај овие системи, потребно е медицинската сестра да го одреди нивото на акутност правејќи проценка колку е болен пациентот и колку може тој да чека да биде прегледан од лекар.

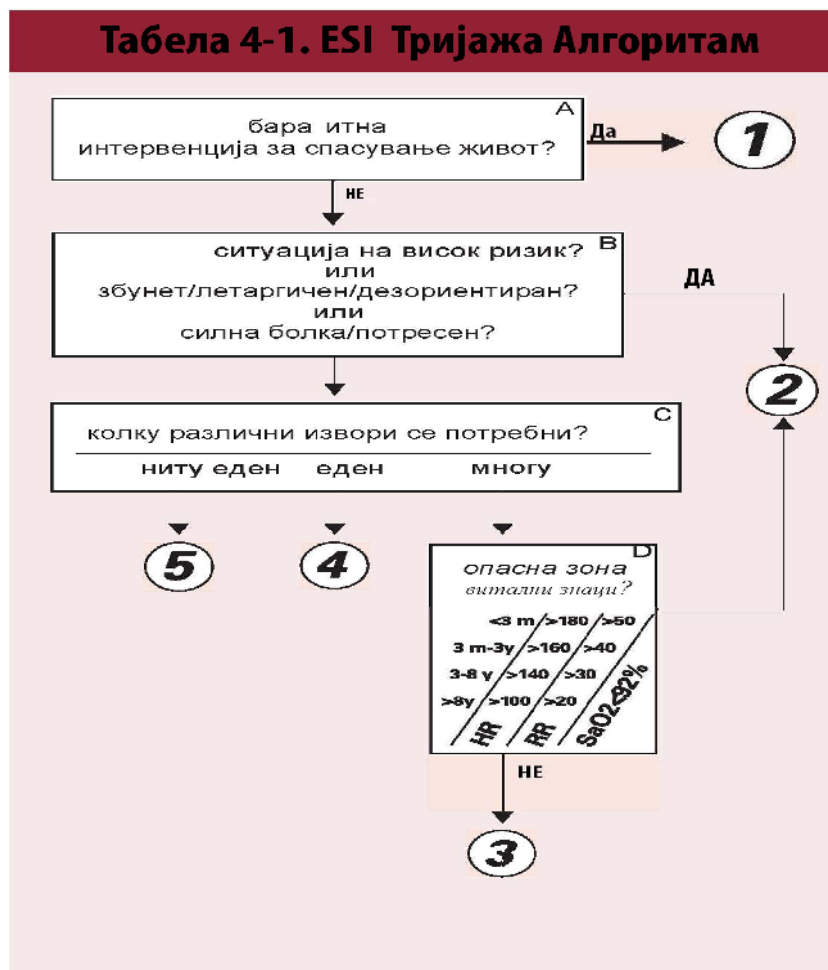
Тријажниот систем ИУ користи нов приод што вклучува не само проценка од медицинската сестра кој прво треба да биде прегледан, туку и, за помалку акутните пациенти (оние на ИУ ниво од 3-5), таа да предвиди кои ресурси би се користеле за диспозиција на пациентот.

Оваа Глава содржи информации за вклучувањето на предвидувања ресурси во ИУ и опис на содржината на ресурсите. Дадени се примери за пациенти оценети според ИУ ниво од 3-5 и за ресурсите што се предвидуваат дека ќе бидат потребни за секој пациент.

Естимацијата за потребните ресурси започнува само откако ќе се одреди дека пациентот не ги исполнува критериумите за ИУ ниво 1 или 2. Потоа, мед. сестра ги предвидува ресурсите потребни за пациентот за да се постигне диспозицијата. При креирање на тријажниот систем ИУ, Wuerzi Eitel вклучија коритеност на ресурсите за да се обезбедат дополнителни податоци и да се овозможи попрецизна тријажна одлука. Тие сметаа дека искусна тријажна медицинска сестра од ургентно одделение (УО) би можела да ја предвиди природата и бројот на тестови, терапевтски интервенции и консултации потребни за пациентот во текот на неговиот престој на УО. Студиите за имплементацијата и валидацијата на ИУ потврдија дека тријажните сестри можат да ги предвидат потребните ресурси за пациентите на УО (Eitel, Travers, Rosenau, Gilboy, &Wuerz, 2003; Tanabe, Gimbel, Yarnold, & Adams, 2004). Се спроведе студија во седум УО во разновидни региони во земјата, урбани и рурални средини, академски и општи болници. Сестрите можеа да предвидат колку ИУ-дефинирани ресурси се потребни за пациентите на УО во 70% од времето. Ова значи, искусните тријажни сестри може разумно да предвидат колку ресурси се потребни за пациентите за диспозиција на УО; што е поважно, може да разликуваат помеѓу низок наспрема висок интензитет на употреба на ресурсите, според потребата на пациентите. Ова разликување според потребните ресурси овозможува многу поефективно водење на пациентите при прием во УО во алтернативни оперативни патеки во рамките на УО, што значи, паралелна обработка на пациентите. Истражувањата исто така покажале дека ИУ тријажните нивоа се во корелација со важни исходи кај пациентите, вклучувајќи ги стапките на прием и морталитет (Eitel et al., 2003).

Повторно, многу е важно да се забележи дека *предвидување на ресурсите се прави само за помалку акутни пациенти*. На точките на одлучување А и Б на ИУ алгоритмот (сл. 4-1), сестрата

одлучува кои пациенти ги исполнуваат критериумите за ИУ ниво 1 и 2 според акутноста на пациентот.



Меѓутоа, на точката на одлучување В, сестрата ги одредува нивоата на ИУ од 3-5 проценувајќи ја и акутноста и предвидените потреби за ресурси. Така, тријажната сестра ги разгледува ресурсите само кога одговорот на точките на одлучување А и В се негативни.

За да се идентификуваат ресурсните потреби за пациент на УО, тријажната сестра мора да има познавање на општите стандарди на УО за грижа, а посебно со оние за навремена и вообичаена грижа при итни случаи. Лесен начин да се размисли за овој концепт е да се постави прашањето, „Со главната поплака на пациентот, кои ресурси најверојатно би ги искористил лекарот?“ Друг начин да се размисли за ова, „Што е потребно да се постигне диспозиција?“ Диспозицијата може да биде прием, отпуст или трансфер.

Тријажната сестра ги користи информациите од кратката субјективна и објективна тријажна проценка – како и медицинската историја, лекови, возраст и пол – за да одреди колку различни ресурси ќе бидат потребни за лекарот на УО да постигне диспозиција. На пример, здрав пациент тинејџер со едноставна посекотина на ногата ќе има потреба од само еден ресурс: шиене. Од друга страна, повозрасен пациент со повеќе хронични медицински проблеми и без вртоглавици, со посекотина на главата од пад, ќе има потреба од повеќе ресурси: шиене, тестови за крв, урина, ЕКГ, КТ на главата или консултација со специјалисти. Прецизна употреба на ИУ тријажа е зависна од способноста на сестрата прецизно да ги предвиди ресурсите и како такви, тоа најдобро го прави искусна сестра од ургентен оддел.

Во Табелата 4-1 се прикажани насоки за категоризација на ресурси во ИУ тријажен систем. ИУ нивоата 3, 4 и 5 се разликуваат од одредувањето на сестрата колку ресурси се потребни за диспозиција на пациентот. Врз основа на предвидувањата на тријажната сестра, пациентите за кои се очекува дека нема потреба од ресурси, се класифицираат во ниво 5 од ИУ, оние за кои е потребен еден ресурс спаѓаат во ниво 4, додека оние кои имаат потреба од два или повеќе ресурси, се одредуваат во ниво 3. Пациентите кои имаат потреба од два или повеќе ресурси имаат повисоки стапки на болнички прием и морталитет и подолг престој во УО (Eitel et al., 2003; Tanabe, Gimbel, Yarnold, Kyriacou, & Adams, 2004).

Иако списокот на ресурси од Табела 4-1 не е исцрпен, тој обезбедува општи насоки за видовите на дијагностички тестови, процедури и терапевтски третмани кои го сочинуваат ресурсот во системот ИУ.

Табела 4-1. Извори за ИУ Тријажниот систем

Извори	Без Извори
Лаборатории (Крв, урина)	Историја&просторно (вклучувајќи карлица)
ECG, рентгени СТ-MRI ултразвук Ангиографија	Тестирање на места со непосредна нега
IV течности (хидрирање)	Солен раствор или хепарински приклучок
IV, IM или небулизирани лекови	Орална терапија Тетанус имунизација Надополна сорепти
Специјалистички консултации	Телефонски позив надоктор
Едноставна процедура = 1 (санација на посекотина, уринарен катетер)	Едноставна грижа зарана (преврски, проверки)
Комплексна процедура = 2 (свесна седација)	Патерици, шини, краци

Сестрите на ургентен кои користат ИУ се предупредуваат да не станат премногу внесени во дефинициите на индивидуалните ресурси. Важно е да се запомни дека ИУ бара од тријажната сестра само да ги процени ресурсите кои ќе му бидат потребни на пациентот во УО. Најчестите ресурси се наведени во Табела 4-1; меѓутоа целокупен список на секој можен ресурс на УО ниту е

практичен ниту неопходен. Всушност, она што е навистина неопходно за прецизно рангирање во ИУ е да се предвиди дали на пациентот нема да му бидат потребни ресурси, еден, два или повеќе ресурси. Откако тријажната сестра ќе одреди два можни ресурса, нема потреба да се продолжи со проценка на ресурсите. Не е потребно да се брои над два ресурса.

Суштината на компонентата на ИУ ресурс е да се одделат посложените (за кои се потребни повеќе ресурси) пациенти од оние со поедноставни проблеми. Интервенциите кои се сметаат како ресурси за целите на ИУ тријажа се оние кои покажуваат ниво на проценка или процедура што е повеќе од испитување или кратка интервенција од тим на УО и/или што вклучува персонал надвор од УО. Ресурсите за кои е потребно повеќе време од тимот на УО (како давање интравенозни лекови или внесување на туба во градите) и оние за кои е потребен тим или ресурси надвор од УП (како рентген од тим на радиологија или хируршки совети) го зголемуваат престојот на пациентот на УО и укажуваат дека комплексноста на пациентот, а со тоа и тријажното ниво е поголемо.

Постојат општи прашања за тоа што се смета како ИУ ресурс. Кесто поставувано прашање е за бројот на тестови на крв или урина и рентген што сочинува еден ресурс. Во ИУ тријажниот метод, тријажната сестра треба да го изброи бројот на различни видови на потребни ресурси за да се одреди диспозицијата на пациентот, а не бројот на посебни тестови:

- Целосна крвна слика (ЦКС) и електролити сочинуваат еден ресурс (лаб. тест)
- ЦКС и рентген на гради се два ресурса (лаб. тест, рентген)
- ЦКС и уриноанализа се лабораториски тестови и заедно се сметаат како еден ресурс
- Рентген на гради и на бубрези, уретри и бешика се еден ресурс (рентген)
- Цервикална кичма и компјутерска томографија (КТ) на главата се два ресурса (рентген и КТ скен)

Важно е за сестрите од ургентниот оддел да сфатат дека секоја интервенција што ја прават не се брои како ресурс. На пример, за подучување да се оди со патерица, апликација на слинг и завој, или апликација на имобилизатор на колено е потребно време, но не се смета за ресурс. Ако, на пример, се брои лонгета, пациентите со истегнат глужд ќе се тријажираат како ниво 3 на ИУ (рентген и апликација на лонгета). Сигурно дека е потребно време за апликација на сплент, но важно е да се запомни дека единствената цел на предвидување ресурси за ИУ е да се групираат пациентите во различни групи и да се помогне пациентот да се смести на правото место во УО. Друг пример е пациент со посекотина кој може има потреба од шиенење и тетанус. Ако се „брои“ тетанусот (ИМ лек), секој пациент со посекотина кој има потреба од шиенење и тетанус би ги исполнувал критериумите за ниво 3 од ИУ. Во многу УО, пациентите од ниво 3 не се соодветни за брза трака или ургентна нега. *Запомнете, тријажното ниво не е мерка на вкупен интензитет на работна оптовареност на сестрите; тоа е мерка на презентациона акутност.*

Друго често прашање за ИУ ресурси се однесува на фактот дека иригација на очи се смета исто за ресурс. Пациентите со хемиска промивка ги исполнуваат критериумите за ниво 2 од ИУ поради природата на висок ризик на промивката, така што иригацијата на очите не е клучен фактор при

ИУ рангирање. Меѓутоа, ако проблемот со очите се должи на честици прав во окото, пациентот не мора да биде високо-ризичен. Кај ваков вид пациент, иригација на очите би се сметала како ресурс, а пациентот би се рангирал на ниво 4 од ИУ. Очниот преглед не се смета како ресурс бидејќи тоа е дел од физичкиот преглед.

Друго често прашање од клиничките работници е врзано со точките наведени што „не се ресурси“ во Табела 4-1. Целта на списокот е да се помогне на тријажните сестри со брзо и прецизно сортирање пациенти во пет клинички различни нивоа (Wuerz, Milne, Eitel, Travers & Gilboy, 2000). Работите кои не се ресурси вклучуваат физички прегледи, тестови кога треба да се згрижи пациентот и интервенциите коишто не водат кон подолг престој во УО или покажуваат повисоко ниво на сложеност. Бидејќи стандардната грижа е за сите пациенти на УП да се направи основна историја и физички преглед, прегледот не претставува ресурс на ИУ класификација. За пациент жена со стомачни болки, дел од основниот физички преглед ќе биде преглед на карлицата. За пациент со проблем на окото ќе треба да се направи преглед со слит лампа како дел од основниот физички преглед. Јаката страна на ИУ е нејзината едноставност; вистинската цел за одредување ресурси е да се разграничат посложените пациенти за кои се потребни два или повеќе ресурси (ниво 3 или повисоко ниво) од оние за кои се потребни помалку од два ресурса (ниво 4 или 5). Сестрите на ургентен оддел не треба да ја усложнуваат ИУ премногу концентрирајќи се на дефинициите за ресурсите. Обично, за пациентот или не е потребен ресурс, или еден ресурс, два или повеќе ресурси.

Иако консумпцијата на ресурсите може да варира според местото, оној кој обезбедува грижа, па дури и индивидуалниот пациент, од тријажните сестри се бара да направат предвидување на ресурси според ИУ мислејќи според најчестите проблеми кои се јавуваат. Идеално, пациент кој доаѓа во ургентен оддел треба да потроши исти општи ресурси. На пример, лекар кој прегледува хемодинамичен стабилен 82 човек од старски дом кој има вграден катетер и главно се жали на треска и кашлица, најверојатно ќе побара да се направат тестови на крвта и урината и рентген на гради. Тријажната сестра може прецизно да предвиди дали за пациентот се потребни два или повеќе ресурси и затоа го класифицира пациентот во ниво 3 на ИУ.

Може да се јават мали варијации при операции во различни ургентни оддели, но тоа ретко ќе влијае врз тријажното рангирање. На пример, некои оддели прават тест за бременост во УО (според ИУ, тестирање кога треба да се укаже нега, не претставува ресурс), а други ги праќаат во лабораторија (ресурс, според ИУ). Меѓутоа, на пациентите ретко им се прави тест за бременост како единствен ресурс, така што овие за пациенти имаат два или повеќе ресурси, покрај тестот за бременост. Една варијација од праксата во УО што може да резултира со различни ИУ нивоа за различни места е оценка на пациентите со изолирана поплака за болно грло. Во некои болници вообичаено е да се прави култура на грлото (еден ресурс, ИУ ниво 4), додека во други, не е (нема ресурс, ИУ ниво 5). Практични насоки базирани врз докази се повеќе се користат за да се одреди потребата од рентген на зглобот за пациенти со повреда на глуждот. Еден пример е примената на Правилата за глужд на Отава. Ова се одобрени правила што се користат да се одреди потребата од рентген за глужд кај пациенти со повреда на глуждот. Институционалното усвојување на овие

правила во пракса варира. Институциите кои ги користат овие правила во тријажа може да имаат помалку рентгени во споредба со институциите кои не ги користат овие правила рутински.

При проење ресурси, тријажната сестра не треба да размислува кој лекар, сестра или асистент на лекарот ќе работи. Има разлики во праксата меѓу лекарите, но тријажната сестра мора да се фокусира на она што е потребно и вообичаено.

Температурата е важен параметар за проценка при одредување на бројот на ресурси кај многу мали деца. Оваа тема е покриена во Глава 5.

Од клиничка гледна точка, пациентите со ниво 4 и 5 од ИУ се стабилни и може да чекаат неколку часови за да ги прегледа лекар. Меѓутоа, од гледна точка на клиентот, овие пациенти се подобро услужени на брза трака или на ургентен оддел. Практичари од средно ниво со соодветни разни вештини и супервизија би можеле да се погрижат за пациентите од ниво 4 и 5. Со ИУ, пациентите од ниво 5 понекогаш може да „бидат обработени“ за брз преглед и диспозиција од лекарот, дури и одделот да го има капацитетот. Често, тријажните политики јасно наведуваат дека пациентите од ниво 4 и 5 на ИУ може да се тријажираат со ургентна нега или во делот на брза трака.

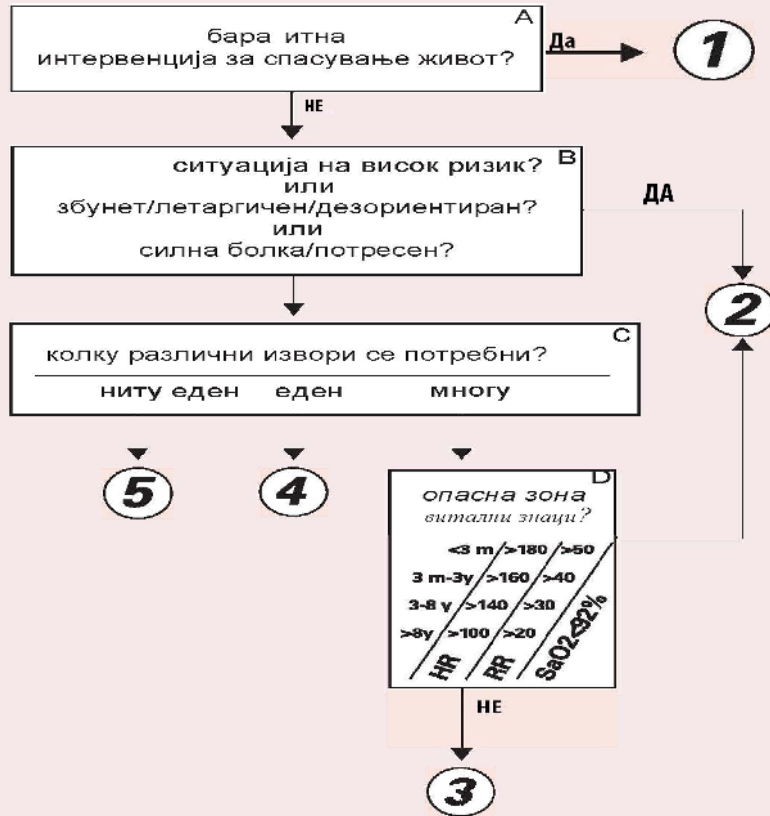
Накратко, ИУ обезбедува иновативен период за тријажа во УО со вклучување на предвидувања за бројот на ресурси потребни за диспозиција на пациентот. Се размислува за вклучување на ресурсите на тријажно ниво за пациенти од ИУ нивоа 3, 4 и 5, додека одлуките за ИУ нивоата 1 и 2 се носат исклучиво според акутноста кај пациентот. Примери за пациенти на ИУ нивоа 3, 4 и 5 се прикажани во Табела 4-2. Практичното искуство покажа дека естимацијата на ресурси е многу корисна при сортирање на голем број пациенти со неакутни состојби. Во Глава 4, дадени се Чести прашања за ресурсите, во Прилог А.

Табела 4-2. Примерина извориза ESI нивоа 3-5

Сценарио	Предвидени Извори (ESI извори <i>italic</i>)	ESI Тријажна Категорија
Десна квадрантна болка подолу: 22 годишен маж, десна подолна квадрантна абдоменална болка одрано утрива, исто така гадење и безапетит	ESI извори = 2 или повеќе Испитување Лабораториски студии IV течност Абдоменално СТ (можно) Хирушка консултација	3
Лева болка во нога подолу: 45 годишна дебелина со болка во леванага подолу и отоцикоизапочнал пред 2 дена, после возење автомобил 12 часа.	ESI извори = 2 или повеќе Испитување Лабораториски студии Долен екстремитет не- инвазивна васкуларна студија (можно) Антикоагулантска терапија	3
Повредана зглоб: Здрава 19 годишна девојка која ја гошинала зглобот додека игра фудбал.	ESI извори = 1 Испитување	4

Edema at lateral malleolus, болки при носење тежина	<i>Рентген снимка на зглоб Ладни блоги Инструкција за одење соштак</i>	
Симптоми инфекција на уринарентракт: Здрава 29 годишна жена са симптомима инфекција на уринарентракт, изгледа добро, афебрилно, одбива вагинален секрет	<i>ES извори = 1 Испитување Урина & уринокултура (можно) уринарна CG Рецепти</i>	4
Оспи: Здраво 10 годишном чесоосипна екстремитете	<i>ES извори = нема Испитување Рецепти</i>	5
Надодолна рецепт: Здрав 52 годишен на кој вчера мусе истрошил лековите за крвен притисок. ВР 150/84. Нема акутни плаки	<i>ES извори = нема Испитување Рецепти</i>	5

Прилог Б. ESI Триажен Алгоритам, v.4



Поглавје 5: Улога на виталните знаци во тријажа на пациентите според индексот на ургентност и тежина (ИУ)

Вовед

Во овој дел се фокусираме на точката D на носење на одлука – виталните знаци на пациентот. Ако сме стигнале до оваа точка според алгоритмот на индексот на ургентност, тоа значи дека тријажната медицинска сестра веќе детерминирала дека пациентот не ги исполнува критериумите за ниво-1 или ниво-2 на ИУ, односно дека има потреба од два или повеќе ресурси (дополнителни податоци), што значи дека влегува во ниво-3. Точно на ова ниво тријажната сестра според алгоритмот треба да има информација за фреквенцијата на срцевата работа на пациентот, фреквенцијата на респирации, кислородна сатурација и за деца под 3 години- телесна температура. Доколку вредностите на виталните знаци влегуваат во опасна зона (како што е илустрирано на точката D на носење на одлука, слика 5-1), тријажната сестра мора сериозно да размисли за префрлање на пациентот од ниво-3 на ниво-2 на ИУ. Одлуката на искусната тријажна сестра дали пациентот треба да се префрли во ниво-2 од ИУ се базира на медицинската историја на пациентот, актуелната терапија како и субјективна и објективна процена во која влегува и општиот изглед и состојба на пациентот. Оваа одлука се базира на клиничката проценка на тријажната сестра и познавање на нормалните вредности на параметрите на виталните знаци за секоја возраст, како и влијанието на лековите, минатите заболувања и нивото на болка.

Дали виталните знаци се неопходни во тријажата?

Виталните знаци се интегрална компонента на иницијалниот преглед и проценка од страна на медицинската сестра и најчесто се користат како алатка за носење на одлука. Вообичаено се користеле за проценка, колку долго може да се одложи третманот на пациентот, односно, доколку виталните знаци се во граници на нормала, пациентот може подолго да чека за третман. Пациентите кои се во ниво-1 и ниво -2 веднаш се внесуваат во опкружување каде има можност да се следат виталните знаци. Виталните знаци се многу важни, но не се секогаш неопходни за детерминирање на иницијалното ниво при тријажата. Објективната проценка на пациентот, вклучително и доминантната причина за хоспитализација вообичаено се доволни да се категоризира пациентот како високо-загрозен пациент- пациент на кој му треба итна лекарска помош (ИУ ниво-1 и ниво-2) или ниско-загрозен пациент (ИУ ниво-3, 4 или 5).

Сепак се препорачува при тријажа да се направи проценка на сите витални знаци, вклучително и телесна температура, срцева и респираторна фреквенција и крвен притисок.

Употреба на виталните знаци во тријажа според ИУ

Со употреба на тријажа според индекс на ургентност единствено ниво каде е неопходна проценка на виталните знаци е ниво-3. Во сите други нивоа: 1, 2, 4 и 5 проценката на витални знаци е опционална. Генерално, кога се тријажира стабилен пациент, не е погрешно да се проверат виталните знаци, во тек на генералниот преглед, што лесно може да биде направено од искусна медицинска сестра.

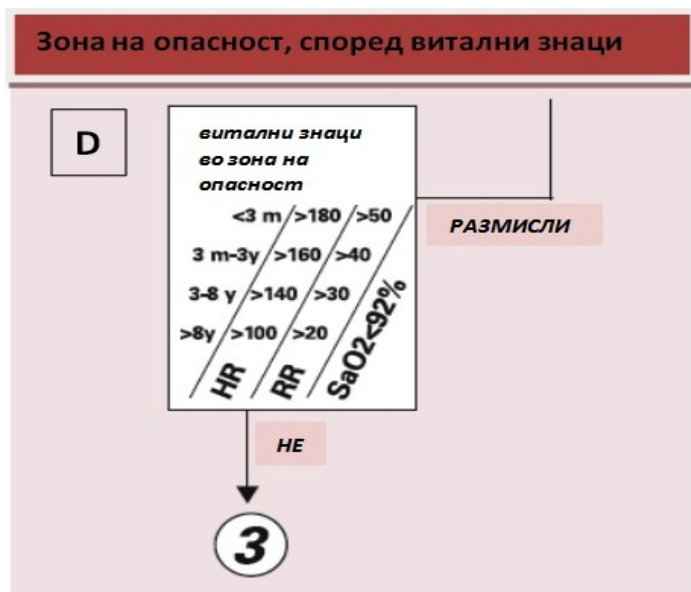
Кога се користи тријажниот систем според ИУ виталните знаци не се неопходни во тријажниот дел кај пациентите кои веднаш се категоризираат во ниво-1 или ниво-2. Доколку пациентот е нестабилен или се презентира со клиничка слика која бара итен третман треба веднаш да се транспортира во дел каде може и да добие третман. Кај овие пациенти одговорност е на тимот за ресусцитација континуирано да ги мониторира виталните знаци. Тука се вклучени и пациенти кои имаат клиничка слика која укажува на неопходност од непосредна кардиоваскуларна или респираторна интервенција. Тоа се најчесто пациенти кои се пребледени, препотени или цијанотични. Тријажната медицинска сестра секогаш треба да има опција да ги обезбеди виталните знаци во делот за тријажа доколку нема болнички кревет на располагање, или доколку смета дека виталните знаци ќе помогнат во одлука за нивото на акутност.

Некои пациенти иницијално може да не бидат категоризирани во ниво -1 на акутност, додека не се земат виталните знаци. На пример, буден, постар пациент кој се жали на вртоглавица, може да биде утврдено дека има живото-загрозувачка состојба, доколку срцевата фреквенција е 32 или 180, што секако ќе се утврди од кога ќе се измерат виталните знаци. Во ваков случај пациентот треба да биде категоризиран во ниво-1 независно колку личи дека е “добар”.

Како што е покажано на алгоритмот за ИУ во Поглавје 2, доколку пациентот не е категоризиран во ниво-1 и ниво-2, тријажната медицинска сестра доаѓа до точката на одлука C. Во тој момент медицинската сестра детерминира колку дополнителни ресурси се потребни за категоризирање на пациентот. Доколку е потребен еден или ниту еден дополнителен ресурс, пациентот може да биде класифициран во ниво-4 или ниво-5, според индексот на ургентност и не е потребно следење на виталните знаци. Но, доколку се потребни два или повеќе дополнителни ресурси, тријажната сестра доаѓа до местото на одлука D, каде треба да се одредат виталните знаци. Виталните знаци може да имаат и поважна улога при евалуација на некои пациенти при тријажа, особено кај пациентите класифицирани во ниво 3. Податоците од виталните знаци може да дадат дополнителни податоци за сериозноста на состојбата или заболувањето.

Доколку било кој од виталните знаци ја надминува вредноста на зоната на опасност, се препорачува пациентот веднаш да се прекласифицира од ниво-3 во ниво-2, според ИУ.

Витални знаци кои се експлицитно вклучени во тријажата според ИУ се: срцева фреквенција, фреквенција на респирации и кислородна сатурација (за пациенти со потенцијален респираторен стрес). Мерењето на телесна температура, е особено корисно кај деца под 3 години. Важно е да се напомене дека мерењето на крвниот притисок не е вклучено во слгоритмот според ИУ. Ова не значи дека тријажната медицинска сестра не треба да измери крвен притисок или не треба да измери температура на дете поголемо од 3 години или возрасен пациент, но значи дека ова не е неопходно за селектирање на нивото на акутност според ИУ.



Примери на клинички случаи

Во текстот што следи дадени се примери на клинички случаи како виталните знаци се користат во тријажата според ИУ:

Пример 1: “Мојот доктор ми кажа дека сум околу 6 недели бремена и сега мислам дека имам спонтан абортус” – дава податок 28 годишна жена, која личи дека е здрава. “Утрово забележав капки крв, а сега имам грчеви во стомакот“. Не дава податок за алергии, не дава податок за заболувања во минатото, не зема лекови освен пренатални витамини. Витални знаци: температура 36,6 С, срцева фреквенција од 112, респираторна фреквенција 22, крвен притисок 90/60 mm Hg. Ова е пациент кјо треба да се префрли од ниво-3 на ниво-2 според ИУ, заради вредностите на виталните знаци. Има зголемена срцева фреквенција, респираторна фреквенција и намален крвен притисок. Овие фактори може да индицираат простоење на внатрешно крварење.

Пример 2:“ Моето бебе има дијареа од вчера. Целото семејство го има истиот цревен вирус“ дава податок мајка на 15 месечно бебе. Исто така кажува дека бебето има намален апетит, малку

покачена температура, и бројни течни столица. Бебето седи мирно во прегратката на мајката. Не дава податок за заболувања во минатото, не дава податок за алергии, не зема лекови. Витални знаци: температура 37,7 C, срцева фреквенција од 178, респираторна фреквенција 48, крвен притисок 76/50 mm Hg. Пред одредување на виталните знаци ова бебе би се класифицирало во ниво-3 според ИУ, но по проценка на виталните знаци, треба истот да биде класифицирано во ниво-2 според ИУ. За бебе на оваа возраст и срцевта и респираторна фреквенција се на загрижувачко ниво.

Пример 3:“ Имам потреба да разговарам со доктор заради мојата кашлица. Синоќа не заспав воопшто, затоа што цела ноќ ме мачеше кашлица. Толку многу сум уморна“ дава податок жена на 57 години. Исто така кажува дека имала температура од 38,3 C минатата ноќ и искашлувала жолтеникав искашлок. Од мината заболувања дава податок за хистеректомија пред 3 години, не зема лекови во редовна терпија, но е алергична на Пеницилин. Витални знаци: температура 38,5 C, срцева фреквенција од 100, респираторна фреквенција 36, Sp O₂ 90%. На почеток на тријажната проценка, личи дека оваа пациентка можеби има пнеумонија. Потребни се два или повеќе ресурси, но нејзината кислородна сатурација и покачената респираторна фреквенција се загрижувачки. По проценка на виталните знаци, тријажната сестра треба да ја класифицира оваа пациентка во ниво-2 според ИУ.

Пример 4: 34 годишна гојна жена се жали на генерализирана болка во стомакот (според скалата на болка 6/10) два дена наназад. Таа дава податок дека повратила два пати, а последна столица имала пред 3 дена. Дава податок за предходна хирушка интервенција на грбот, не зема лекови во редовна терапија и е алергична на кикирики. Витални знаци: температура 36,5 C, срцева фреквенција од 104, респираторна фреквенција 16, крвен притисок 132/80 mm Hg, Sp O₂ 99%. За оваа пациентка потребни се два или повеќе ресурси: лабораторија, интравенска апликација на течност, можеби интравенска апликација на лекови против наузеја, и СТ скен. Тријажната сестра во ваков случај треба да направи проценка на виталните знаци, особено срцевата фреквенција. Срцевата фреквенција кај оваа пациентка е сосем малку покачена во однос на прифатливите вредности и тоа може да се должи на болката или на физичкиот напор. Во ваков случај пациентката се класифицира во ниво -3 според ИУ.

Пример 5: Девет-годишно девојче со насолзени очи се јавува за преглед придружувано од својата мајка. Таа се лизнала на замрзнат тротоар и си ја повредило десната подлактица. Се гледа дека подлактицата деформирана, но е нормално пребоена нема промена во сензитивноста и може нормално да ја движи. Мајката дава податок дека девојчето нема алергии, не зема лекови и не боледува од ништо. Витални знаци: срцева фреквенција од 124, респираторна фреквенција 32, крвен притисок 100/68 mm Hg, Sp O₂ 99%. Ова дете има болка од падот и е вознемирено. Ќе има потреба од најмалку два ресурси: рентгенска снимка и консултација со ортопед и можеби седација заради болката. Девојчето има покачена срцева и респираторна фреквенција, но тријажната сестра може слободно да го класифицира ова девојче во ниво-3. Отстапувањата на нејзините витални знаци се должат на болка и дистрес.

Пример 6: 72 годишна пациентка се јавува за преглед во ургентна амбуланта со назална канила за кислород поставена заради непредната хронична опструктивна белодробна болест (ХОББ). Пациентката ја информира тријажната сестра дека има инфицирана рана од угриз на мачка на левата рака. Раката е црвена, осетлива на допир и отечена. Не дава податок за други заболувања, освен белодробната болест за која и користи лекови (албутерол), а исто така зема и Аспирин во редовна терапија. Не дава податок за алергии.

Витални знаци: температура 37.6 С, срцева фреквенција од 88, респираторна фреквенција 22, крвен притисок 138/80 mm Hg, Sp O₂ 91%. Негира потоење на респираторен дистрес. За оваа пациентка се неопходни два или повеќе дополнителни ресурси: лабораторија и интравенски антибиотици. Таа ги исполнува критериумите за ниво-3 од ИУ. Тријажната сестра забележува дека кислородната сатурација и респираторната фреквенција се вон границите на прифатливи параметри за возрасен, но сепак се работи за пациентка која има напредната ХОББ. Со оглед на тоа овие витални знаци се се загрижувачки и пациентката треба да остане во ниво-3. Доколку истата пациентка се жалеше и на респираторни тегоби, ќе беше класифицирана во ниво-2 заради нејзината ниска кислородна сатурација.

Пример 7: 25 годишен пациент се јавува во ургентна амбуланта и се жали на гадењем треска, температура и болки во грлото неколку дена назазад, асоцирани со намален внес на течност. Негира постоење на било какви заболувања во минатото и не зема никакви лекови. Витални знаци: температура 39.0 С, срцева фреквенција од 124, респираторна фреквенција 20, крвен притисок 125/80 mm Hg, Sp O₂ 99%. За овој пациент ќе бидат потребни уште два или повеќе ресурси: интравенски течности и лекови. Неговата срцева фреквенција е во зона на опасност, но веројатно се должи на покачената телесна температура. Овој пациент треба да остане во ниво-3. Тријажната сестра може да ординира антипиреток, доколку тоа влегува во нејзините надлежности.

Пример 8: 19-годишно девојче пристигнува во ургентна амбуланта доведено со возило на Брза Помош, жалејќи се на напад на анксиозност. Таа била во суд и почнала одеднаш да цувствува малаксалост и вртоглавица заради што била повикана Брза Помош. Во моментот на преглед пациентката хипервентилира, плаче и не може да зборува. Дава податок за гадење и повраќање во последните денови. Негира постоење на други болести од интерес. Витални знаци: температура 37.0 С, срцева фреквенција од 108, респираторна фреквенција 40, крвен притисок 130/80 mm Hg, Sp O₂ 100%. За оваа пациентка ќе бидат потребни уште два или повеќе ресурси: интравенски течности и лекови. Секако дека нејзините вредности за срцева и респираторна фреквенција ги надминуваат нормалните вредности, сепак пациентката треба да остане на ниво-3. Тријажната сестра не треба да обезбеди за оваа пациентка кревет со мониторинг, зошто истата е клинички стабилна и може да почeka. Тријажната сестра треба да и асистира на пациентката да го успори дишењето.

Поглавје 6: Употреба на Emergency Severity Index за педијатриска тријажа

Ова поглавје се однесува на употребата на ESI (Emergency Severity Index) алгоритмот за тријажа на пациентите помлади од 18 години. Во него се опфатени проблеми идентификувани во тек на истражување спроведено од Pediatric ESI Research Consortium и од преглед на литература што разработува педијатриска тријажа, и двете одобрени и финансирани од HRSA (Health Services and Resources Administration). Ова поглавје може да биде од голема помош за брза и прецизна проценка при тријажа на деца во Ургентен Центар. Истото е наменето да послужи како водич и упатство за употребата на ESI за педијатриска тријажа во сите болнички служби. Не е предвидено да служи како замена за курс за педијатриска тријажа или педијатриска итна служба, ниту за локалните политики во врска со тријажата.

Вовед

Во Ургентниот Центар, земајќи ги в предвид постојаната гужва, инфективните болести, природните катастрофи и несреќи, многу е важно да постои сигурен тријажен систем кој ќе овозможи брза и точна евалуација на пациентите. Ова е особено важно за најранливите категории на пациенти во кои спаѓаат и децата. На национално ниво во Ургентните Центри има околу 30 милиони посети годишно на пациенти помлади од 18 години, или тоа е $\frac{1}{4}$ од вкупниот број на посети годишно.

Психолошкиот и физиолошкиот одговор на стресогени фактори кај децата е различен од истиот кај возрасната популација на пациенти. Исто така тие се поподложни на широк дијапазон на повреди и различни заболувања, од вирусни инфекции до дехидратации, па дури и болести кои се последица на радијација. Имајќи ја в предвид ограниченоста во комуникацијата со лекарите, кај децата брзата и прецизна дијагноза може да биде многу потешка во споредба со истата кај возрасните пациенти.

Тријажните алатки, како на пример ESI алгоритмот, се така осмислени и дизајнирани да дадат приоритет на третманот на пациентите во Ургентните Центри. Најстарата верзија на ESI беше наменета за употреба само кај пациенти постари од 14 години. Во 2000 година

некои специфични критериуми на витални знаци беа додадени во ESI верзија 2. Ваквата верзија беше наменета за тријажа на пациенти од било која возраст. Додека ESI вроди со резултати кај општата популација, некои скорашни студии покажаа дека постои место за подобрување на овој тријажен систем конкретно за педијатриските пациенти. Во друга студија која ја опфаќа ESI верзија 3, истражувачите направија ретроспективна табела за работата на тријажните сестри и одлуките што се донесувани врз основа на истата, и откриено е дека постои разлика во начинот на работа и одлуките за третман што биле донесувани. Информациите во ова поглавје се базирани врз резултатите на мултицентрична студија за педијатриската тријажа и истовремен сеопфатен преглед на педијатриската литература. Pediatric ESI Research Consortium спроведе голема, мултицентрична студија за ESI во педијатриска тријажа, а притоа се увиде дека иако генерално ESI верзијата 4 е сигурна и точна, сепак грешките во тријажата кај педијатриските случаи се повеќе застапени од истите кај возрасната популација на пациенти. Студијата ја евалуираше сигурноста и валидноста на ESI за педијатриските пациенти, притоа вклучувајќи 155 медицински сестри и 498 пациенти во евалуација на сигурноста, и 1.173 пациенти во евалуација на валидноста, во 7 болници во 3 држави, во кои беа опфатени урбани, рурални, приградски, академски и општи болници и две педијатриски Ургентни Центри. Се виде дека медицинските сестри се попрецизни во одредување на ESI скорови при траума случаи отколку при интернистички медицински случаи. Исто така е утврдено дека одредени категории на педијатриски пациенти се посспецифични и потешки за тријажа, вклучувајќи ги доенчињата, психијатриските пациенти, и оние со треска, осип или респираторни проблеми.

Pediatric ESI Research Consortium направи и преглед на педијатриска литература која опфати 15 книги за ургентна педијатриска служба и книги за курсеви по ургентна медицина, а целта на ваквата ревизија беше да се одреди најдобрата практика и најдобрите медицински докази базирани врз тријажата кај деца во Ургентните Центри. Истражувањето ги откри и силните и слабите страни во постоечката литература. Силните страни вклучуваа употреба на презентација на случај во едукацијата, и постоење на многубројни курсеви кои се однесуваа на евалуација на ургентни состојби кај педијатриски пациенти. Слабите страни мораа да подлежат на подобрување, а се однесуваа на: недостатокот на информации базирани на докази за нормалните параметри за виталните знаци кај педијатриските пациенти / потребата за стандардизиран интердисциплинарен пристап кон земањето анамнеза и евалуацијата на пациентите / потребата за поголем број на специфични педијатриски тријажни презентации на случај за подобра едукација.

Тријажа - што е разликата на тријажата кај педијатриски пациенти?

Целта на медицинската тријажна сестра е брзо и точно да му пристапи на болното дете и со правилен тријажен пристап и во право време да го спроведе детето во соодветен Ургентен Центар за дефинитивна евалуација на неговата здравствена состојба и решавање на истата. Тријажата не се однесува стриктно на педијатриските пациенти. ESI верзијата 4 побарува тријажната сестра да го следи истиот алгоритам за сите пациенти, педијатриски и адултни. Иако алгоритмот е ист независно од возраста, сепак во донесување на одлука кај педијатриските пациенти, треба да се земе в предвид и возраста од која пак зависи разликата во развојот, анатомијата и физиологијата на детето.

Тријажната сестра треба да поседува способност да препознае што се смета за нормално за децата на различна возраст, и да препознае состојби кои се загрижувачки (на пример 6-месечно дете кое не е заинтересирано за неговата околина или 2 недели старо дете кое тешко се храни). Тријажната сестра мора да се чувствува слободно и конфорно во интеракција со децата од сите возрасти и мора да е добро упатена во анатомските и психолошките карактеристики и проблемите кои може да го доведат здравјето на детето во ризик, а исто така треба да биде запознаена со специфични состојби кои се јавуваат во одредена возраст, за истите да не бидат превидени. Голема е важноста на адекватна едукација во областа на педијатријата пред да се започне работа со тријажа кај децата. Следниве потточни се основни работи кои тријажната сестра треба да ги има на ум кога пристапува на болно дете:

1. Употребете стандардизиран приод при тријажната постапка кај педијатриски пациенти. Обрнете внимание на бојата на кожата, дишењето, и општиот изглед на детето. Имајте в предвид дека децата и новороденчињата не може соодветно да се прегледаат кога се облечени и покриени.
2. Новороденчињата мора да се обсервираат, да се направи аускултација и да се допрат со рака за да може да се добие вистинската информација за нивната состојба. Родителите секогаш се критички настроени при прегледот на нивните деца. Допир со топли раце и зборување со мек глас помага при прегледот.
3. Доенчињата над 9 месечна возраст и предшколските деца често имаат страв од непознати лица. Треба кон нив да се пристапи на начин кој ќе им влее сигурност, притоа зборувањето да е тивко, наведнувањето да е во висина на очите на детето, и да се дозволи присуство на еден од родителите/ старателите, на тој начин и прегледот и проценката на здравствената состојба на детето би била полесна. Дозволување на детето да седи во скут кај родителот и дозволување родителот да

помогне во одредени работи како соблекување на детето, сето тоа помага во намалување на нервозата и несигурноста кај детето.

4. Постарите деца на школска возраст вообичаено можат сами да раскажат за својата здравствена состојба и на истите може да им се верува. Некои деца во предшколска возраст ги поседуваат потребните вербални способности за сами да го кажат својот проблем, но многу од нив и не се способни за истото или се премногу срамежливи или уплашени. Во вакви случаи информацијата за болеста треба да се потврди со хетероanamнеза од родителот/ старателот.
5. При преглед на деца во училишна возраст, најпрво зборувајте со нив, а притоа вклучете го во разговорот и родителот. Пред да се направи одреден маневар или било која постапка предходно истата треба да се објасни. Не се преговара со детето.
6. Немојте да згрешите и да ги сметате адолесцентите за психички зрели како возрасните. Физикалниот преглед може да биде ист таков како кај адултен пациент, но притоа да не се заборава дека адолесцентите можат да бидат исто толку исплашени како и помалите деца, а често и реагираат многу бурно на болка.
7. Знаците за тешко заболување може многу лесно да бидат превидени кај новородени и доенчиња. На пример, потхранетост, иритабилност, хипотермија, сите тие се знаци за загриженост кои треба да ве алармираат па дури и кај на изглед нормално новороденче.
8. Срцевиот аутпут кај бебињата и малите деца зависи од срцевиот ритам – брадикардија може да биде исто толку опасна состојба, па дури и поопасна од тахикардија.
9. Новороденчињата, доенчињата и предшколските деца имаат релативно поголема површина на телото од повозрасните. Ова ги става во зголемен ризик од прегрејување и губење на течности, како и губење на топлина. Ова е особено значајно кај новороденчињата кои немаат потполно развиена способност за терморегулација. Затоа овие пациенти не треба да се соблечени подолго време од она потребното и треба да се покријат со прекривка оние делови од телото што веќе се прегледани.
10. Хипотензија е доцен знак за појава на шок кај децата. Хипотензивно дете е со ESI степен 1 и побарува итна живото-спасувачка постапка.

11. Тежината треба да биде следена кај сите педијатриски пациенти. Точна тежина во килограми е многу важна информација за третман кај децата. Методите за одредување на тежината како на пример споредба со висината, се употребуваат кај критичен пациент. Тежината не смее да биде претпоставка дадена од сестрата, родителот или старателот.
12. Физикалниот преглед треба да вклучи и употреба на техничка опрема која би помогнала во попрецизна евалуација на состојбата на детето. Додека се следат виталните знаци, треба да се нотира и бојата на кожата, температурата и тургорот на кожата. За време на аускултација со стетоскоп треба да се нотираат бројот на респирации, типот и квалитетот на дишење, како и движењата на градниот кош и абдоменот.
13. Употребете соодветна големина на помошна техничка опрема за мерење на виталните знаци кај децата.

Стандардизиран пристап кон педијатриската тријажа

Од голема помош е да се размислува за пристапот кон педијатриските пациенти на еден стандардизиран начин. Општиот пристап кон педијатриски пациент го предлага следново:

Чекор 1. - Општ изглед / дишење / циркулација – брза проценка

Чекор 2. - Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure/ Environmental control (ABCDE)

Чекор 3. - Релевантна историја на болест

Чекор 4. - Витални знаци

Чекор 5. - Треска

Чекор 6. – Болка

Сите овие чекори се опишани подолу:

Чекор 1. Општ изглед, дишење, циркулација – Брза проценка

Повеќето тријажни сестри го употребуваат ABCD (Airway, Breathing, Circulation, Disability) приодот како помош при проценка на болно од здраво дете. Во секоја од стандардизираните национални курсеви по педијатриска итна служба, на ABCD приодот му предходи PAT (Pediatric Assessment Triangle). PAT ги употребува визуелните и аудитивните способности и се употребува при првиот контакт со пациентот. PAT е алатка која се употребува за проценка, но не и за дијагностика на пациентот, и е од помош на медицинската сестра за донесување брзи одлуки при живото-загрозувачки состојби, притоа земајќи ги в предвид општиот изглед на пациентот, дишењето и циркулацијата. Изгледот на детето може да се процени дури и од другиот крај на собата и вклучува боја на кожа, интерактивност, поглед, израз на лице, говор, плач. Дишењето се проценува по дишните звуци, поставеноста на детето во креветот, употреба на дишната мускулатура. Циркулацијата се проценува по појава на бледило на кожата, прошарана кожа или постоење на цијаноза. Со комбинирање на овие три параметри на PAT медицинската сестра може многу лесно да добие увид во стабилноста на здравствената состојба на детето и лесно да донесе одлука за потребата за одржување во живот. Некои пациенти мора веднаш да бидат однесени во просторија за итен третман и да им се пружи потребната медицинска помош. За стабилните пациенти, после проценката со PAT се продолжува со следниот чекор на проценка на здравствената состојба, односно со ABCDE.

Чекор 2. Дишен пат, дишење, циркулација, инвалидитет, изложеност/контрола на животна средина

После изведувањето на итната проценка со PAT, следува примарна проценка со ABCDE, а истата мора да биде направена по одреден редослед. Вклучува проценка на проодноста на дишните патишта, фреквенцијата на респирации и нивниот квалитет, срцевата фреквенција, температурата на кожата и времето на капиларен рефил, висина на крвен притисок (онаму каде е тоа потребно, како на пример кај дете со срцева или бубрежна болест), како и проценка на инвалидитет и невролошки статус. Невролошкиот статус на детето може да се процени по општиот изглед на детето, состојбата на свест и реакцијата на зениците на светлост. Изложеноста подразбира соблекување на пациентот за проценка на постоечки телесни повреди или болест, како и итно справување со состојби како на пример треска. Секој сериозен наод добиен при ABCDE проценката на здравствената состојба побарува одложување на следните чекори во проценката.

Чекор 3. Историја на болест / анамнеза

За време на спроведувањето на првите два чекори во тријажата кај децата треба да се земе и соодветна историја на болеста, односно анамнеза. Истата може да биде земена и од друга примарна медицинска сестра доколку тријажната сестра утврди дека во моментот има потреба од некаква живото-спасувачка интервенција или доколку пациентот е во високо ризична здравствена состојба. Кој метод на земање анамнеза се употребува и не е толку важно, важно е да се практикува еден постојан метод за да не се изостават некои важни информации.

Примери за земање историја:

1. Главни тегоби/ имунизации/
алергии/ лекарства/ минати
заболувања/ настани кои му
предходат на болеста/ исхрана
2. Знаци, симптоми/ алергии/
лекарства/ минати заболувања/
последно внесување на течност
или храна/ случки кои довеле до
повредата, болеста

Чекор 4. Витални знаци

Постои недостаток на ригорозни студии за поддршка на различните параметри на виталните знаци кои се вклучени во големите книги за итна педијатриска служба и курсевите како PALS (Pediatric Advanced Life Support), APLS (Advanced Pediatric Life Support), PEPP (Pediatric Education for Prehospital Professionals), ENCP (Emergency Nursing Pediatric Course). Големите курсеви и книги даваат концензус за нормалните параметри на виталните знаци во различни возрастни категории. ESI верзијата 4 вклучува параметри превземени од литературата (Wuerz et al., 2000). Овие се препораките за ESI одлука што се засноваат врз мерењето на крвниот притисок и кислородната сатурација :

- Мерењето на крвниот притисок не е критичен фактор за проценка на акутна состојба, и треба да се остави на проценката на тријажната сестра дали истиот ќе биде измерен или не.
- Кислородната сатурација треба да биде измерена кај доенчињата и децата со респираторни проблеми или симптоми на респираторен дистрес.
- Вредностите од пулс-оксиметријата може да бидат различни на различна надморска височина, па затоа Ургентните Центри во такви околности можеби треба да развијат некој локален протокол за овие вредности.
- Многу е важно техничката опрема која се користи во физикалниот преглед кај децата да е со соодветна големина. Истражувањата покажаа дека медицинските сестри често користат опрема наменета за возрастни при физикалниот преглед кај децата, а тоа може да доведе во грешки во мерењето на виталните знаци.

Чекор 5. Треска

За разлика од адултните пациенти, при донесувањето одлука за третман на фебрилно дете треба да се земат в предвид и клиничката слика како и возраста на детето. Ваквиот начин на работа е базиран врз објавени препораки и насоки од лекари од итна медицинска служба. Откако ваквите насоки беа објавени, хептовалентната вакцина за пнеумокок стана рутинска при имунизација на новородените. Имајќи го ова на ум, многу лекари го менуваат своето мислење и начин на работа и одбегнуваат рутински да прават хематолошки статус кај секое фебрилно дете, особено доколку истото редовно и навремено ги примило сите вакцини. Велиме дека критериумите за третман на треска и

фебрилни состојби продолжуваат и понатаму да се развиваат. Насоките се јасни за фебрилни деца (100.4 F или 38 C или повисоко) кои не се постари од 28 дена. Овие пациенти мора да бидат оценети со ESI степен 2, поради тоа што многу лесно може да развијат сериозни инфекции. Според ESI насоките, се препорачува медицинските сестри да го класифицираат во ESI ниво 2 секое дете со треска на возраст од 1-3 месеци. Треба да се земе в предвид и изложеноста на некои познати сигнификантни ризик фактори како контакт со лице со лесно пренослива болест (на пример пациент со дијагностицирана инфлуенца, или менингококен менингит и сл), како и редовната имунизација на детето. Анамнеза за редовна имунизација треба да се земе во времето на тријажната постапка. Од помош би било доколку за време на тријажната постапка при рака имаме “ Распоред за препораки за имунизација кај деца од 0-6 години ”. Фебрилно дете над 2 годишна возраст кое било нередовно вакцинирано и кое ја нема завршено препорачаната имунизација треба да се смета за пациент со висок ризик во споредба со дете со истите клинички симптоми, но со комплетно завршена имунизација. Тријажните сестри треба да ги класифицираат ваквите пациенти барем во ESI степен 3 доколку не се знае причината за фебрилната состојба.

Чекор 6. Болка

Во делот Б од ESI верзијата 4 силна болка се дефинира и определува врз основа на опсервација на пациентот или со земање анамнеза и при тоа пациентот ја опишува болката како поголема или еднаква на 7, на скала од 0-10. Проценка на болката кај децата треба да се направи според валидна и потврдена педијатриска скала на болка. Педијатриските пациенти кои го исполнуваат критериумот за болка поголем или еднаков на 7, при тријажа треба да се класифицираат во ESI степен 2. Но тријажната сестра не треба по секоја цена ваквиот пациент да го сместува во ESI степен 2, туку треба да се земе в предвид и објективната клиничка слика пред да се донесе конечна одлука за класификација. На пример, дете кое ја опишува болката со 8, на скала од 0-10, но истовремено е будно, свесно, насмеано, не треба да се класифицира во ESI степен 2. Истото се однесува за дете со некоја минорна повреда, а притоа многу плаче и гласно вика. Постојат неколку потврдени педијатриски скали на болка. На пример, FLACC (Face, Legs, Activity, Consolability) за новороденчиња и деца кои сеуште не зборуваат, или FACES, за деца кои не можат да го разберат градирањето на болката на скала од 0-10. Секоја институција треба да одлучи која скала за градирање на болката ќе ја користи. Од голема важност е што ваквите скали можат да ги користат тријажните сестри, и притоа истите да

ги користат правилно и конзистентно и да направат точна проценка на состојбата на детето.

Проценка на осип/ раш

Направените анализи потврдија дека понекогаш тријажната сестра има проблем да разликува високо ризичен осип (како на пример менингококцемија) од осип со низок ризик (како на пример контактен дерматитис). За време на тријажната постапка кај пациент со раш, медицинската сестра треба да земе комплетна и детална историја на болеста и да ги забележи виталните знаци. Останатите асоцирани симптоми треба да бидат забележани и да биде земен впредвид и општиот изглед на детето. Пациентот доколку е потребно треба да биде соблечен за да се визуелизира рашот. Везикуларен осип кај новородено и петехијален осип како и пурпура кај деца во сите возрасти треба да алармираат за сериозна состојба и таквите деца да се класифицираат во ESI степен 2. Ако детето има петехијален раш и променет ментален статус, тоа дете треба да биде ESI степен 1 бидејќи тие се во зголемен ризик за менингококцемија и може да се наоѓаат во шокова состојба. Таквите деца побаруваат дополнување со течности и антибиотици.

Тријажа за доенчиња

Дете до 1 годишна возраст се вика доенче. Токму децата на оваа возраст се најтешки за проценка при тријажната постапка, особено поради недостатокот на вербални способности и често постоење на суптилни знаци и симптоми кај тешка болест. Сето тоа ја прави потешка проценката на состојбата на доенчето од страна на тријажната сестра. Хетероанамнезата од родителите или старателите, било да се работи за некој симптом како треска или на пример промена на однесување кај детето, иритабилност, треба да се сфати сериозно и да се има в предвид при вршење на проценката. Често токму хетероанамнезата е единствен параметар врз кој може да се потпре тријажната сестра при вршење на проценката. Кај секое доенче кое не спаѓа во ESI степен 1 или 2, мора да се проценат виталните знаци, притоа употребувајќи апаратура со соодветна големина за возраста. Абнормалностите во виталните параметри може да бидат единствен објективен знак за постоење на сериозна болест. Доенчињата мора да се соблечат за да може да се процени циркулацијата, како и дишењето, но притоа да не се заборава фактот дека тие

можат многу брзо да ја намалат телесната температура во ладна соба, затоа треба брзо да се прегледаат и повторно да се повијат. Насоките за третман на фебрилни доенчиња се изложени погоре во текстот. Специфични практики за оценка на фебрилна состојба кај постари доенчиња може да варираат во зависност од институцијата. Сепак, општо е прифатен ставот за новороденчиња (помали од 28 дена) со ректална температура од 38 степени целзиусови и повисока, дека се под зголемен ризик за сериозна бактериска инфекција и треба соодветно да бидат проценети и класифицирани барем во ESI степен 2. За фебрилни деца под 3 годишна возраст, ACEP (American College for Emergency Physicians) препорачува мерење на телесната температура ректално. Доенчињата со ректална температура од 38 С и повисока побаруваат комплетни лабораториски испитувања за сепса, односно крвна слика, урина и култура од цереброспинална течност, како и парентерална администарција на антибиотици.

Одредување на ESI степени за педијатриски пациенти

ESI степен 1

Пациентите со ESI степен 1 имаат највисока акутност од сите пациенти што се јавуваат во Ургентниот Центар. Заради тоа што пациентите со ESI степен 1 се клинички нестабилни, не се потребни одлуки за испитувања во тек на престојот во Ургентниот Центар. На овие пациенти им се потребни лекар и медицинска сестра, за да изведат живото-спасувачки интервенции. Тие не можат да чекаат, дури ни кратко време, до почеток на третманот. Испитувањата покажаа дека рангирањето со ESI степен 1 е малку користено од сестри кои тријажираат критично болни деца, освен за оние деца кои се интубирани или со кардијален арест. Како одговор на заклучоците од една студија за сите возрасти, ESI беше модифицирана во верзија 4, во која секој пациент којшто има потреба од моментална, животоспасувачка интервенција, го класифицира во ESI степен 1. Претходно, овие пациенти беа класифицирани како болни во „степен 2s“. Наведени се примери на ESI степен 1 состојби. Ова не е исклучива листа.

- Респираторен арест
- Кардиопулмонален арест
- Сериозна траума на глава со хиповентилација
- Активни конвулзии
- Неконтактибилност

- Петехијален осип кај пациент со алтериран ментален статус (без разлика на виталните параметри)
- Респираторно откажување
 - Хиповентилација
 - Цијаноза
 - Намален тонус на мускулите
 - Намален ментален статус
- Брадикардија (доцен симптом, поради загриженост од претстојечки кардиопулмонален арест)
- Шок/сепса, со знаци за хипоперфузија
 - Тахикардија
 - Тахипнеја
 - Промени во пулсот: изгубен или слабо опиплив
 - Промени во капиларното полнење >3-4 секунди
 - Промени во изгледот на кожата: ладна, бледа, набрана
 - Проширен пулсен притисок
 - Хипотензија (често како доцен симптом кај препубертетни пациенти)
- Анафилактичка реакција (се развива за неколку минути до часови)
 - Респираторна компромитација (диспнеја, визинг, стридор, хипоксемија)
 - Намален систолен крвен притисок
 - Хипоперфузија (пр. синкопа, инконтиненција, хипотонија)
 - Кожни и/или мукозни промени (потечени усни, јазик или увула)
 - Перзистентни гастроинтестинални симптоми

ESI Степен 2

Како и кај ESI степен 1 степен на акутност, проценката на ESI степен 2 на акутност, се базира врз клиничката состојба на пациентот, и не е неопходно да се употребуваат додатни испитувања во донесувањето на одлука. ESI степен 2 одлуките се базираат врз основа на анамнезата и резултатите од проценката на првите симптоми кои сугерираат ситуација со висок или потенцијално висок ризик. Прикажани се случаи на пациенти со проблеми кои побаруваат ESI степен 2 класификација. Ова не е исклучива листа.

- Синкопа
- Имунокомпримиран пациент со треска
- Пациенти со хемофилија, со можни акутни крварења
 - Болки или отоци во зглобовите

- Анамнестички податок за пад или повреда
- Витални знаци и/или ментален статус надвор од нормала
- Фебрилно новороденче не постаро од 28 дена со ректална температура над 38.0°C
- Хипотермни дончиња помали од 90 дена со ректална температура под 36.5°C
- Суицидалност
- Да се исклучи менингитис (главоболка/вкочанет врат/треска/летаргичност/иритабилност)
- Конвулзии—продолжителен постиктален период (променет степен на свест)
- Умерен до сериозен круп
- Опструкција на долни дишни патишта (умерена до сериозна)
 - Бронхиолитис
 - Реактивна болест на дишните патишта (астма)
 - Респираторен дистрес
 - Тахипнеа
 - Тахикардија
 - Зголемен напор (назално брвтање, ретракција на помошна дишна мускулатура)
 - Абнормални звуци (гровкање)
 - Променет ментален статус

Употреба на ресурси при користење на ESI кај педијатриски пациенти

Како и при користење на ESI за возрасни пациенти, нивното користење вклучува прогноза на ресурсите за деца како начин на диференцијација на трите пониски степени на акутност, ESI степени 3, 4 и 5. Понекогаш е предизвик да се прогнозира потребата од ресурси кај педијатриските пациенти. На тријажната сестра може да и биде посебно тешко да ги диференцира педијатриските пациенти на кои им се потребни два ресурси (ESI степен 3), наспроти оние на кои им е потребен еден ресурс (ESI степен 4), или никаков ресурс (ESI степен 5). Една од причините за ова е што некои состојби побаруваат различен број на ресурси кај деца, за разлика од возрасните. Испитувањата покажаа дека ESI степен 5 е помалку користен кај педијатриски пациенти. Овие прашања ќе бидат разгледани во оваа секција.

Педијатриските пациенти понекогаш наложуваат да бидат класифицирани во различен ESI степен од возрасните, а за сличен проблем. На пример, возрасните со лацерација која треба да се сугурира, типично се класифицираат како ESI степен 4. Меѓутоа, кај некои

педијатриски пациенти може да биде потребна седација за сатура на лацерацијата, особено ако се работи за предшколска возраст или ако се посебно агитирани и некооперативни. Седацијата вклучува поставување на и.в. линија, администрација на и.в. лекови, и ажурно следење, затоа сите пациенти со седација се класифицирани најмалку како ESI степен 3, базирано на нивните потреби од повеќе од еден ресурс. Следува листа на примери на деца кои се кандидати за седација.

- Третман на фрактура или дислокација во ургентното одделение
- Комплицирани лацерации, како:
 - Комплексни фацијални/интраорални лацерации
 - Лацерации преку вермилион
 - Лацерации кај кои е потребно затворање во повеќе слоеви
 - Екстремно нечисти или контаминирани рани
- СТ/MRI процедури или процедури водени под визуелна контрола (пр.аспирација на зглоб под контрола со ултразвук, или флуороскопија)
- Лумбални пункции (освен кај доенчиња)
- Инсерции на торакални дренажи.

Важно е да се запомни дека ESI не е мерка за обемот на работа на тријажната сестра. Ресурсите се користат во ESI како индикатори за акутност. Дете со мала абразија (ESI степен 5) на кое што ќе му се исчисти раната и ќе добие антитетанична профилакса е помалку акутно од пациент со дисторзија на скочен зглоб (ESI степен 4) којшто би добил рендгенграфија, облоги со мраз, и совет да оди со штаки; и овој пациент е помалку акутен од дете со комплицирана лацерација (ESI степен 3) кое ќе добие сатура и седација. Иако и антитетаничната превенција, облогите со мраз и советите за одење со штаки трошат време на тријажните сестри, тие не се сметаат за ESI ресурси. Задачата на проценката на ESI ресурсите е да ги сортира пациентите во 5 логични категории на акутност, а не да го процени количеството на работа на персоналот со пациентите. Ургентните Центри се охрабруваат да користат адекватен обем на грижа за пациентите за да можат адекватно ја проценат нивната итност. Следно се прикажани случаи на пациенти на кои не им се потребни ресурси и кои се класифицирани како ESI степен 5.

- Дополнување на терапија
- Болка во уво кај здраво училишно дете контузии и абразии
- УРИ симптоми со нормални витални параметри
- 2 годишно дете со ринореа, несериозна кашлица и телесна температура

38°C (100.4°F), активно е и пие за време на тријажата

- Отровен бршлен на екстремитетите

Специфични популации на педијатриски пациенти

Траума

Пациентите со траума можат да бидат комплицирани за тријажа, посебно ако претрпеле некои внатрешни повреди, без притоа да имаат видливи надворешни знаци за повреда. Педијатриските пациенти со траума можат да бидат тешки за проценка, поради компензаторните механизми кои продуцираат стабилни витални параметри. Медицинската сестра мора да биде проактивна при пружање нега на педијатриски пациент со траума, за да превенира детериорација и нагла декомпензација.

Децата кои претрпеле трауматски повреди, мора да бидат проценети и да бидат класифицирани во соодветен степен на тријажа базиран на механизмот на повреда и знаците и симптомите при прием, наспроти базирање на ESI според праксата на индивидуалната тријажна сестра, или начинот на пристигнување во Ургентниот Центар.

На пример, на децата не треба да се класифицираат во одреден ESI степен според начинот на пристигнување во Ургентниот центар со или без Возило на брза помош, или дали има соодветна поддршка за рбет и за врат. Секој пациент со механизам на повреда кој сугерира висок ризик, треба да биде класифицирано во ESI степен 2, освен ако состојбата побарува итен живото-спасувачки третман, тогаш треба да се класифицира во ESI степен 1. Виталните знаци и одредувањето на ресурси не се потребни при класификација во ESI 1 и 2. Следат примери за педијатриски траума пациенти и нивна ESI класификација.

Презентација на пациенти	Ресурси	ESI	Заклучок
Со брза помош е донесено 7 годишно машко дете удено од автомобил. Детето е сомнолентно, бледо на инспекција, диши спонтано	Животоспасувачка интервенција, нема потреба од повеќе ресурси	ESI степен 1	Живото-загрозувачка повреда

Девојче на 14 годишна возраст донесено со брза помош, откако скокнала во базен и удрила со главата. Таа е будна, свесна и ги мрда сите екстремитети. Моментално е имобилизирана на тврда даска, со имобилизација за цервикалниот рбет. Витални параметри: ТА118/72, Пулс 76, број на респирации во минута 14.	Повреда со висок ризик, нема потреба од повеќе ресурси.	ESI степен 2	Повреда од висок ризик заради механизмот на настанување.
14-годишно машко дете донесено со Брза Помош, удрено додека играло фудбал. Има очигледен деформитет на левата потколеница. Има пулс на стапалото. Прстите му се топли и суви. Може да ги мрда прстите. Без анамнеза за повреда на главата или вратот. VS: 118/78,	Повеќе од еден ресурс.	ESI степен 3	Фрактурата ќе биде неопходно да се стабилизира. Потребно РТГ, лабораторија, Антибиотици и аналгетика интравенски
12-годишно девојче донесено во ургентниот оддел од мајка и. Тврди дека го исекла палецот миејќи садови. Има 2 см површинска лацерација на десниот палец на раката. Витални параметри:ТА 110/70, Пулс 72, Респирации во мин. 14, Т 98.0°F.	Еден ресурс.	ESI степен 4	Ќе биде потребна сатура.

Психијатрија

Психијатриските итни случаи кај децата претставуваат особен предизвик за тријажната сестра, која ќе мора да донесе комплексни клинички одлуки земајќи го в предвид фактот дека пациентот може да претставува опасност за себе и за другите околу него. Високо ризичниот пациент може да има различни симптоми, насилно однесување, параноја, халуцинации, делузии, суицидални идеи, акутна психоза, вознемиреност и агитираност, и истиот треба да се класифицира во ESI степен 2. Mental Health Triage Scale може да се употребува при проценка на психијатриски пациент во детска возраст. Секое дете кое делува конфузно, дезориентирано, со халуцинации и дилузии треба да се класифицира во ESI степен 2. Ваквиот алтериран ментален статус е последица на промената на менталниот статус на пациентот или на некои медицински или невролошки компликации.

Тријажната сестра треба да е на внимателна и да забележи било какви промени во однесувањето кои би сугерирале дека се работи за пациент со висок ризик кому му е неопходна грижа веднаш. Самиот дистрес на пациентот не треба да се ограничи само на физичките симптоми туку и на психолошкиот момент. Затоа треба да се биде свесен за

околностите на настанот. Треба да се установат причините за експонираното однесување, да се забележи типот, честотата и фокусот (дали е однесувањето насочено спрема некого или нешто) на однесувањето.

Во некои случаи, корисно е да се испрашаат постарите деца или адолесцентите од придружбата, насамо. Тие повеќе би биле во можност да дадат информации за ризични однесувања, евентуална злоупотреба, или евентуална употреба на дрога или алкохол без присуство на родителите.

Ресурсите ќе одредат дали пациентот ќе припадне во категоријата ESI степен 3, степен 4, или степен 5. Ресурсите ќе бидат малку поинакви за педијатрискиот ментален пациент од ресурсите за педијатрискиот медицински пациент и многу веројатно ќе вклучуваат консултации со психијатар или социјален работник. На селдната табела се дадени примери на педијатриски психијатриски пациенти.

Презентација на пациенти	Ресурси	ESI	Заклучок
17-годишно момче со анамнеза за суицидалност. Пронајден од родителите во бесвесна состојба, а покрај него неколку шишиња алкохол и неидентификувани кутии со апчиња.	Животоспасувачка интервенција. Нема потреба од повеќе ресурси.	ESI степен 1	Живото-загрозувачка состојба, неконтактибилен.
16-годишно машко донесено од родителите кои тврдат дека бил надвор од контрола, вриштејќи вулгарности и заканувајќи се дека ќе ја убие фамилијата. Сороботува во тријажа и одговара на прашањата тивко.	Ситуација од висок ризик. Нема потреба од повеќе ресурси.	ESI степен 2	Високоризична ситуација. Опасен по себе и околината.

15-годишна девојка доаѓа во УЦ со момче и вели дека мисли дека е бремена. Кога и кажала на мајка и, таа ја исфрлила од дома и и рекла да не се враќа повеќе/ нема каде да оди и сега можеби чека бебе. Витални параметри ТА 126/85, пулс 100, рр 16, Т 98.7°F.	Повеќе од еден ресурс	ESI степен 3	Веројатно ќе бидат потребни консултации од повеќе од еден специјалист.
10-годишно девојче донесено од мајка и која тврди дека примила повик од нејзината учителка, која вели дека девојчето пречело на часот со ненадејни извици. Мајката вели дека никогаш не била сведок на вакво однесување, но дека девојчето често станува бесно кога нешто нема да биде по нејзино. Во моментот, девојчето се смее и игра со нејзината сестричка. VS: 98/72, HR 82, RR 22, Т 98.2°F.	Еден ресурс.	ESI степен 4	Потребна консултација од еден специјалист
13-годишно дете влетува во УЦ со мајка му во петок навечер. Мајката вели дека не забележале дека немаат повеќе лекаства за синот кој има ADHD, и не сака да пропуштат терапија. Пациентот е кооперативен и пријатен. VS: BP 108/72, HR 78, RR 14, Т 98.6°F.	Без ресурси	ESI степен 5	Ќе биде пополнет еден рецепт за лекаства

Деца со коморбидитетни состојби

Истражувањата открија дека децата со коморбидитетни состојби, биле тријажирани и со повисок и со понизок степен. Пациентите со хронични болести (пр. spina bifida, конвулзии, метаболни синдроми, кратко црево) може да побаруваат поекстензивна евалуација и обработка од здрави деца со истите симптоми. Но исто така, децата не смее автоматски да се тријажираат со повисок степен заради коморбидна состојба. Добрата анамнеза и хетероанамнеза од старателот на детето може многу да помогнат во одредувањето. На пример дете со дијагностицирани конвулзии кое што е донесено со напади во моментот, треба да се тријажира повисоко од истото дете кое се јавува за редовна терапија. Фебрилно 10-годишно дете со VP шант ќе побарува поекстензивна евалуација од инаку здраво дете, ако се јави со изолирана треска, без токсемија. Како и да е, дете со дисторзија на скочен зглоб, нема да побарува повисок степен на акутност само заради тоа што има аманеза на конгенитално срцево заболување.

Студии на педијатриски случаи

Како додаток на педијатриското поглавје на ESI учебникот, достапни се неколку серии на педијатриски студии на случаи да ја поддржат педијатриски-специфичната ESI едукација, во локално развиените ESI едукативни програми. Една серија беше земена како дел од Health Resources and Services (HRSA)-funded ESI study и е достапна на HRSA вебсајтот. Во оваа серија се вклучени нови случаи и други адаптирани од ESI учебникот (Gilboy и сор., 2005). Како додаток на оваа педијатриска серија на случаи на HRSA вебсајтот, многу студии на педијатриски случаи се вклучени во поглавјето 9 (случаи за вежби) и поглавјето 10 (случаи за компетентност) на овој учебник. Исто така, постојат додатни случаи на располагање во Gilboy, Tanabe и Travers (2005).

Заклучок

Проценката на педијатриски пациент може да биде комплицирана задача, како за неискусна, така и за искусна тријажна медицинска сестра. Помнењето на некои главни развојни разлики помеѓу педијатриските и возрасните пациенти, може значително да придонесе да се намали стресот кај повреденото дете и неговиот старател. Употребата на ESI алгоритмот, конзистентно кај пациенти од сите возрасти, имајќи ги на ум клучните анатомски и физиолошки разлики кај педијатриската популација, може да го поедностави процесот за тријажната медицинска сестра.

За да може најефикасно да врши тријажа на педијатриски пациенти, сестрата за тријажа мора да биде искусна во грижата за најмалите пациенти. Ова поглавје ги потцрта главните фактори, кои треба да се знаат при тријажирање педијатриски пациенти, вклучувајќи ја и вредноста на користењето стандардизирани пристапи за проценка, како PAT, чувајќи ги на ум, посебните популации, при одредување кои пациенти се со висок ризик, и важноста на комуникацијата со старателот во придружба.