

**Медицински триаж в
спешността и нуждата от
приложението му в нашите
условия**

Д-р Десислава Кателиева
Председател на НАРСМП/БЕМСА,
a member of EUSEM



**”La mia specialità sarebbe stata il Pronto Soccorso:
tutti i mali degli uomini, i mali di tutti gli uomini, come
dire, tutte le specialità“ Daniel Pennac - La lunga notte
del dottor Galvan**

**„Моята специалност спешна помощ: лекува всички
болести на хората и болестите на всички хора,
следователно включва всички специалности“
Daniel Pennac**

Същност на медицински триаж

- Терминът идва от френския глагол *Trier*, което означава да се раздели, пресее или избере.
- Триажът цели да се определят редът и приоритетът на спешната диагностика и лечение, видът на екипа за оказване на спешна помощ, редът и приоритетът на спешния транспорт или редът на преглед в спешно приемно отделение на лечебното заведение.
- Обичайно *undertriage* /подценяване на тежестта на състоянието/ има при 5% или по-малко от пациентите, *overtriage* /надценяване тежестта на състоянието на пациента/се достига до 50%, в опит да се избегне *undertriage*.



Emergency Medical Services Systems in the European Union

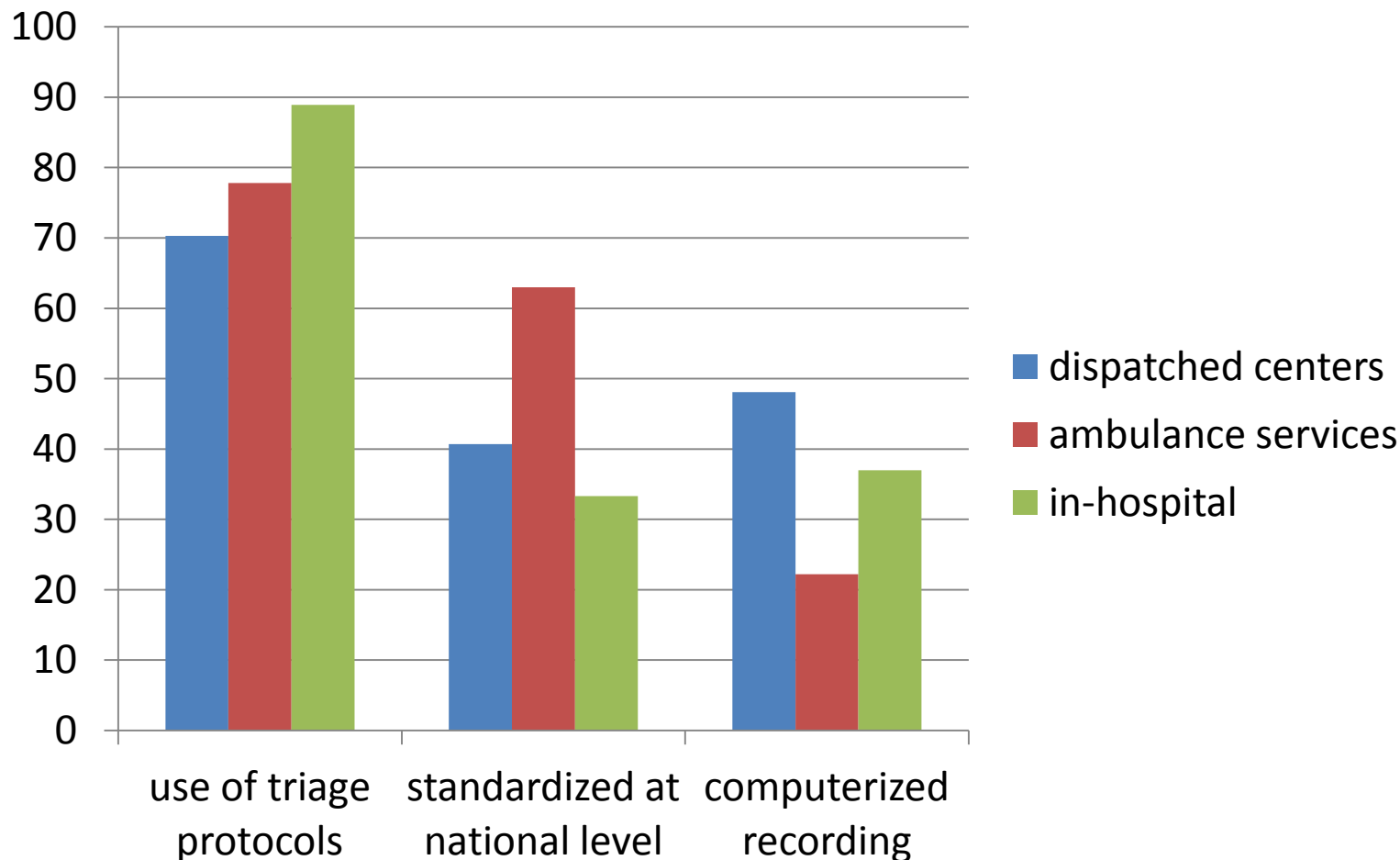
Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization 2008

Triage can be defined as “the sorting of patients into priority groups according to their needs and the resources available”.

This standard procedure ensures the efficient use of available resources e.g. personnel, supplies, equipment, means of transportation and medical facilities; and thus affects the extent and quality of care delivered by the EMS system. Almost all EU Member States (24 out of 27) use triage protocols in their hospitals, while in 21 countries, the ambulance service also uses triage.

However, only 19 countries assert that triage protocols are used by DCs. This seems counter-intuitive, especially when we consider that most countries have reported that they use a multi-tier ambulance system, indicating that DCs should be able to dispatch more than one type of ambulance. If so, this highlights the need to prioritize patients more effectively. Detailed and specific guidelines and protocols can improve the quality of the DC response; medical actions should not be based solely on the personal judgement of the dispatcher.

Приложение на медицинския триаж в диспечерните центрове, доболничната и болничната спешност на 27 държави членки на ЕС според проучване на СЗО 2008г.



Видове медицински триаж

Според приложението си медицинският триаж бива:

А/ при извънредни ситуации – бедствия, аварии, военновременен триаж;

Б / при ежедневна спешна медицинска помощ, като:

- при доболничната помощ триажът се осъществява от операторите на спешните телефони по установени протоколи за преценка степента на спешност, избор на вида екип и преценка за безопасността на спешните медици;

- при болничната спешност триажирането се осъществява от медицински специалисти, които използват протоколи за оценка състоянието на пациента по анамнестични данни и физикални показатели. Пациентът при престоя си в СПО подлежи на динамично наблюдение и при необходимост се преоценява кодът на спешността му.

Australasian***Manchester(United Kingdom)***

Level	Physician/ Staff Response Level Time (min)	Level	Physician/ Staff Response Level Time (min)
resuscitation	0	immediate (Red)	0
emergency	≤10	Very Urgent (Orange)	≤10
semiurgent	≤30	Urgent (Yellow)	≤60
urgent	≤60	Standart(Green)	≤120
nonurgent	≤120	Nonurgent(Blue)	≤240

Canadian***Emergency Severity Index***

Level	Physician/ Staff Response Level Time (min)	Level	Physician/ Staff Response Level Time (min)
resuscitation	0	instable	0
Emergent	≤15	Threatened	Minutes
Urgent	≤30	Stable	≤60
less-Urgent	≤60	Stable	Could be delayed
Non urgent	≤120	Stable	Could be delayed

Триажни протоколи в доболничната спешност

- 1. Тriaжът се извършва от оператори на спешен телефон, медицински специалисти и много рядко от лекар, по утвърдени протоколи от МЗ.
- 2. Пациентите с дихателна и/или прояви на циркулаторна недостатъчност, и/или нарушения в съзнанието попадат в код червено живото застрашаващи състояния и получават незабавно помощ и в повечето държави към тях се насочва лекарски реанимационен екип, или парамедици с най-висока степен на компетентност.
- 3. Пациентите в съзнание, със стабилни жизнени показатели, но с оплаквания, които предполагат дестабилизация /кървене от ГИТ, гръдна болка, коремна болка, тежка хипертонична криза/ попадат в код жълто и получават помощ до 10-15 минути, с екипи от медицински специалисти или парамедици, които работят по алгоритъм, с телемедицина или под видео наблюдение.
- 4. Пациентите в стабилно състояние могат да изчакат екип от 60 минути до 240 минути при липса на свободен екип, защото животът им не е застрашен и се касае за неспешно състояние.

Медицинският триаж в болничната спешност

NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

01/08/2014

RESUSCITARE
ÚJRAÉLESZTÉS
RESUSCITATION

URGENTE IMEDIATE
AKÚT SÜRGÖSSÉGEK
IMMEDIATE CARE

URGENTE MINORE
SÜRGÖSSÉGEK
URGENT CARE

PEDIATRIE
GYEREK SÜRGÖSSÉGEK
PEDIATRIC EMERGENCIES

OBSERVATOR CRITICI
KRITIKUS MEGFIGYELŐ
CRITICAL CARE STATIONARY

RADIOLOGIE
RÖNTGEN
RADIOLOGY

Clasificación del Seguro Social de México acuden a Urgencias con escala confiable de 5 Niveles

Categoría TRIAJE o NIVEL	Color	Signos o Síntomas	Diagnóstico central	Tiempo máximo de espera
1 Resucitación	Rojos	Insuficiencia respiratoria severa	Neumotórax traumático	El paciente requiere tratamiento inmediato
2 Emergencia	Naranjas	Exposición química en ojos	Quemadura en ojos por ácido o alcalino	El paciente debe ser tratado dentro de los primeros 10 minutos
3 Urgencia	Amarillos	Traumatismo de tobillo	Fractura de tobillo	El paciente debe ser atendido dentro de los primeros 30 minutos
4 Semi-urgencia	Verdes	Herida en cabeza con alerta y sin vómito	Traumatismo craneoencefálico	Valorar si el paciente debe ser atendido en el servicio o referido dentro de los primeros 60 minutos a su UMF
5 No urgencia	Azules	Diarrea con hidratación normal	Gastroenteritis	Valorar si el paciente debe ser atendido dentro de los primeros 120 minutos en su UMF

Kat	Einstufung	Konsequenz
I	akute, vitale Bedrohung	sofortige Behandlung
II	schwer verletzt/erkrankt	dringende Behandlung
III	leicht verletzt/erkrankt	spätere Behandlung
IV	ohne Überlebenschance	abwartende Behandlung
V	Tod	keine Behandlung
	noch nicht gesichtet	

Canadian Triage and Acuity Scale				
Stufe	Name	Zeit bis Arztkontakt	Fractile Response	Kontroll-einschätzung
Stufe 1	Wiederbelebung	Umgehend	98%	Kontinuierliche Versorgung
Stufe 2	Notfall	≤ 15 Min	95%	Nach jeweils 15 Minuten
Stufe 3	Dringend	≤ 30 Min	90%	Nach jeweils 30 Minuten
Stufe 4	Weniger (Semi) dringend	≤ 1 Std	85%	Nach jeweils 60 Minuten
Stufe 5	Nicht dringend	≤ 2 Std	80%	Nach jeweils 120 Minuten

Clasificación de emergencias (traje de Manchester)			
Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos			
Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RESUCITACIÓN	ROJO	Atención de forma inmediata
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Fuente: Elaboración propia

**Предметът на спешната медицина според Европейския
курукулум по спешна медицина, подписан от 19 държави
членки на EUSEM 2010 г.**

Emergency Medicine is a specialty based on the knowledge and skills required for the prevention, diagnosis and management of urgent and emergency aspects of illness and injury affecting patients of all age groups with a full spectrum of undifferentiated physical and behavioural disorders. It is a specialty in which time is critical.

The practice of Emergency Medicine encompasses the pre-hospital and in-hospital triage, resuscitation, initial assessment and management of undifferentiated urgent and emergency cases until discharge or transfer to the care of another physician or health care professional. It also includes involvement in the development of pre-hospital and in-hospital emergency medical systems.

Предмет на спешната медицина според българския медицински стандарт, приет 2010г.

- 1. Дефиниция, основни цели и задачи на специалността „Спешна медицина”.
- 1.1. С термина „Спешна медицина” (СМ) се определя основна медицинска специалност, която обхваща дейности по почти всички клинични медицински специалности, в частта им извънболнична и болнична „спешност” и която чрез различни диагностични и лечебни дейности обслужва широк контингент пациенти, нуждаещи се от спешна медицинска помощ.
- 1.2. Медицинската специалност „Спешна медицина” може да бъде практикувана в лечебни заведения за извънболнична и в такива за болнична медицинска помощ.
- 1.3. По своята същност специалността „Спешна медицина” е интердисциплинарна специалност, което налага в този стандарт да бъдат дефинирани два основни параметъра, които определят нейния домейн, цел и задачи, а именно: „спешно състояние” и „спешен пациент”.
- 1.3.1. В съвременната медицинска наука и практика като „спешно” се определя всяко нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, което ако не бъде диагностицирано и лекувано води до смърт, или тежки, необратими морфологични и функционални увреждания на жизнено важни органи и системи.
- 1.3.2. Изключително важната социална цена и същност на „Спешна медицина” налага да бъдат дадени две определения на понятието „спешен пациент”:
- 1.3.2.1. Обществено определение – спешен е всеки пациент, който счита себе си за такъв и е уведомил за това „Спешна медицинска помощ” (СМП), който със специализиран, случаен или собствен транспорт, или „на крака” е влязъл през входа на спешното приемно отделение (СПО).
- 1.3.2.2. Медицинско определение – Спешен е всеки пациент, при който е налице нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, при което, ако незабавно не бъдат предприети медицински дейности, може да доведе до смърт или до необратими морфологични и функционални увреждания на жизнено важни органи и системи.
- 1.3.2.3. **Съвкупното прилагане на двата принципа за определяне на понятието спешен пациент предполага, че всяко лице, отговарящо на общественото определение за „спешен пациент” следва да се счита за такъв до момента, в който по обективен начин се докаже, че не са изпълнени медицинските критерии за наличие на „спешно състояние”.**

Настоящият медицински стандарт по спешна медицина и отсъствието на единни триажни протоколи у нас води до субективизъм както от страна на операторите на тел. 112 и на спешния медицински телефон, така и от страна на пациента или близките му

Последствията за пациента са:

1. Не се диференцира истински спешният пациент от всички пациенти, преценили се като спешни и потърсили медицинска спешност. Пациентът в животозастрашаващо състояние получава все по-често закъсняла медицинска помощ.
2. Субективната преценка и умишленото или неумишлено агравирание на оплакванията от пациента или близките му води до злоупотреби със спешните извънболнични или болнични екипи. Натоваарват се спешните екипи с несвойствени дейности, които в по-голямата си част са обект на неотложната помощ. Напр. за 2012г. е отчетено, че 2 496 265 души - 34% от населението на страната, са се прегледали през 28 ЦСМП и 34 СПО в страната. Според същия Годишен доклад на МЗ за здравето на гражданите, по-вече от 50% от прегледаните не са се нуждаели от спешна медицинска помощ.
3. Спешната помощ осигурява на неосигурения пациент безотказна и безплатна медицинска помощ.

Последствията за спешните медици и системата на здравеопазването са, че спешната помощ се превърна в безплатна 24-часова медицинска помощ, удобен буфер за всички недостатъци на здравната ни реформа, като голям брой неосигурени пациенти, недофинансиране на системата от НЗОК, кадрови дефицит и др.:

1. Намаляващият брой лекарски екипи, растящият брой на долекарски екипи, навлизането на парамедици налага триажиране на спешните оплаквания за да бъде насочен към спешния пациент лекарски реанимационен екип, обучен и оборудван за животоспасяващи действия.
2. Не се извършва правилна преценка на рисковете за сигурността на екипа и пациента, не се преценява правилно необходимостта от насочване на други служби за спешно реагиране.
3. Диспропорцията между растящ брой на посещаващи спешните звена и растящия кадрови дефицит поражда влошаване на качеството и бързината на оказваната помощ и рефлектира върху персонала със зачестили случаи на саморазправа и растяща психическа и физическа агресия.
4. Намалява посещаемостта на неотложните кабинети, защото пациентът предпочита безплатната спешна помощ и неотложната помощ съществува само в областните центрове.
5. Все по-често при липса на направления за изследване и консулт със специалисти извънболничната помощ товари спешните портали, чиито разходи засилват финансовия дефицит на болниците.

ИЗХОД СПОРЕД СПЕШНИТЕ МЕДИЦИ: Въвеждане на утвърдения по европейски стандарт триаж, който е обективна оценка, базирана на съставени от експерти протоколи и критерии за спешността на оплакванията и състоянието на пациента. Ние считаме, че въвеждането на триажа в доболничната и болничната спешност ще намери баланса между лавината пациенти, потърсили спешна помощ и ограничения ни кадрови ресурс и ще гарантира на спешния пациент приоритет в оказването на животоспасяваща помощ от реанимационен лекарски екип.

Триажирането се прави:

- за да се гарантира на спешния пациент приоритетно обслужване във времето от екип с най-висока степен на компетентност и оборудване;
- за да се защити юридически медикът при преценката на спешното състояние и при обслужването с приоритет от реанимационен лекарски екип.

Триажирането не се прави

- за да се прехвърли неспешния пациент към ОПЛ или към специалиста в ДКЦ без медицински преглед;
- за да се накара пациентът да си плати неспешния преглед.



**Благодаря за
вниманието!**