

SELECCIÓN DEL PACIENTE DE URGENCIAS/ TRIAGE

Artur Font* Vet. Dipl. ECVIM (Medicina Interna), Itala Sunyer** Vet.,

*Hospital Ars Veterinaria. Cardedeu 3. Barcelona 08023

**Survet Diagonal, Avda Diagonal, 317. Barcelona 08009

SELECCIÓN DEL PACIENTE DE URGENCIAS (Triage)

El triage se define como la priorización de los pacientes críticos, ya sean enfermos o traumatizados, dentro de los que requieren un tratamiento inmediato. Si se debe abordar más de un paciente, se priorizará en relación a la gravedad de la enfermedad.

Se consigue así maximizar el número de supervivientes. Todos los estadios de la evaluación de urgencia son importantes para tener éxito con los pacientes críticos: triage telefónico, triage en la sala de espera, reconocimiento primario y tratamiento, reconocimiento secundario y plan de emergencia. Nos centraremos en este seminario del "triage" en sala de espera, fundamentalmente.

Debemos saber que los pacientes críticos tienen muy pocas reservas fisiológicas que permitan equivocaciones u omisiones. La clave del éxito es la anticipación y la prevención de los problemas antes que ocurran.

Selección de los pacientes en la sala de espera

Durante esta selección, se obtiene una breve historia de la naturaleza del motivo de la visita. A los animales que están en transportines o envueltos en mantas los sacaremos y examinaremos en la mesa de exploración.

Se examinan los 3 sistemas orgánicos vitales:

- Respiratorio
- Cardiovascular
- Sistema nervioso central

La disfunción en cualquiera de estos sistemas puede ser mortal e indica que debemos actuar lo antes posible. 1-RESPIRATORIO: sonidos respiratorios incrementados, incremento de la frecuencia cardíaca, codos abducidos, cuello y cabeza extendidos, respiración con boca abierta y respiración paradójica 2-CARDIOVASCULAR: color de membranas mucosas, tiempo de rellenado capilar, calidad y ritmo del pulso. Los signos de compromiso cardiovascular son mucosas pálidas, grises o hiperémicas, TRC demasiado rápido o demasiado prolongado, pulsos débiles o bombeantes, pulso demasiado rápido o lento y pulso irregular o asincrónico. 3-NERVIOSO: estado mental y capacidad para deambular. Signos de tratamiento urgente son cambios graves en el estado mental (estupor, coma, hiperexcitabilidad, delirio y ataques). los cambios extremos en el estado mental del paciente (estupor, coma, convulsiones) requieren una evaluación rápida de la causa subyacente y un tratamiento inmediato para



evitar que ocurran cambios irreversibles. Los problemas locomotores de una sola extremidad suelen estar asociados a problemas menos graves que si afectan a varias extremidades.

Los problemas que afectan a otros sistemas no suelen ser mortales por sí mismos, pero sí sus efectos en los órganos vitales.

Problemas que no afectan de forma inmediata a los órganos vitales, pero sin embargo requieren atención inmediata son:

- ingesta reciente de toxinas o exposición tóxica
- ataques recientes
- trauma
- hemorragia excesiva
- órganos prolapsados
- mordeduras de serpientes
- hipertermia
- heridas abiertas
- fracturas
- quemaduras
- distocia
- muerte

CLASIFICACIÓN PRÁCTICA DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS

CLASE I: Animales catastróficos y muriendo, que deben ser atendidos en segundos.

Eje: parada cardiopulmonar, fallo respiratorio, pérdida de la conciencia, ataques, trauma severo, dilatación-torsión gástrica, heridas torácicas penetrantes.

CLASE II: Animales críticos y muy urgentes, deben ser atendidos en minutos a 1 hora.

Eje: shock, heridas múltiples pero con ventilación adecuada, toxicidad, membranas mucosas pálidas, heridas penetrantes en abdomen, hemorragia, distocia.

CLASE III: Animales urgentes que deben ser atendidos en unas pocas horas. Eje: fracturas abiertas, heridas sin signos de shock o mentalidad alterada, diarrea profusa con depresión y deshidratación, vómitos activos, obstrucción uretral.

CLASE IV: Enfermos menos graves que requieren atención en 24 horas. Eje: cojera, anorexia.

Aunque no necesariamente clasificados como emergencias, los animales que están vomitando tienen diarrea o sangran (no con peligro para la vida), deberían



sacarse de la sala de espera.

Al mismo tiempo, si un propietario está excesivamente preocupado, incluso si el animal parece fisiológicamente estable, se debe retirar de la sala de espera para observación.

Los animales clasificados como tipo I y tipo II requieren primero un tratamiento para estabilización, antes incluso que cualquier otra cuestión diagnóstica. Una vez se ha hecho un listado de problemas, se debe instaurar una terapia definitiva e individualizada.

RECONOCIMIENTO PRIMARIO/EVALUACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Amplifica la información obtenida durante la selección. El objetivo es determinar la estabilidad del paciente e identificar y tratar cualquier condición potencialmente mortal. Incluye evaluar y dar soporte a las vías aéreas, sistema respiratorio, cardiovascular (perfusión tisular, hemorragias) y sistema nervioso central (nivel de consciencia). Evaluando estos parámetros podremos clasificar al paciente como estable o inestable. *Cualquier paciente que no pueda ser clasificado con claridad, se incluirá dentro de la categoría de inestable.* Este reconocimiento debería hacerse cada 2-5 minutos con nuestros pacientes críticos.

Aquí se evalúan los mismos parámetros físicos que hemos utilizado en la selección SISTEMA RESPIRATORIO: determinación de la continuidad de las vías aéreas, color de membranas mucosas y frecuencia, ritmo y esfuerzo respiratorios. Se ausculta la tráquea y todas las áreas del tórax. Aquí también se pueden llevar a cabo sistemas más objetivos (pulsoximetría, gases sanguíneos y CO₂). Los pacientes disneicos son extremadamente frágiles. A veces los gatos pueden morir incluso por el estrés que significa hacer una breve evaluación. Antes de llevar a cabo una prueba diagnóstica con un paciente disneico, es mejor evaluar ventajas e inconvenientes en cada caso; a veces es más sensato y necesario instaurar un tratamiento antes de obtener un diagnóstico. Por ejemplo, la mayoría de los gatos van a agradecer que los tengamos durante un tiempo en una jaula de oxígeno con oxígeno al 100% antes de terminar la evaluación del resto de los sistemas orgánicos.

Debemos evaluar:

- frecuencia y ritmo respiratorios
- esfuerzo respiratorio
- auscultación Un paciente normal debe tener una frecuencia respiratoria de

15-30 por minuto y debe haber poco movimiento torácico. Durante la inspiración normal, la contracción del diafragma desplaza en sentido caudal a las vísceras abdominales y la pared abdominal aumenta de forma pasiva³.

En la espiración, en cambio, el diafragma entra en el tórax para ayudar a incrementar la presión positiva dentro del tórax y evacuar así el aire. Cuando los pacientes contraen los músculos abdominales para inspirar o, dicho de otra manera, cuando los movimientos diafragmáticos son inversos a lo esperado para



una respiración normal, hablamos de respiración paradójica, signo de gravedad. La extensión del cuello y la respiración con la boca abierta pueden ocurrir tanto en perros como en gatos, aunque las manifestaciones posturales de la disnea varían un poco entre especies:

Los perros prefieren estar de pie con los codos abducidos mientras que los gatos prefieren el decúbito esternal.

El cambio constante de la posición corporal en un gato implica un grado mucho peor de disnea que en un perro.

El decúbito lateral es un signo grave en un perro, pero en un gato es un signo de muerte inminente. El patrón respiratorio puede ayudar a localizar la lesión en el tracto respiratorio (grandes vías, pequeñas vías, parénquima pulmonar o cavidad pleural):

- Una obstrucción dinámica de grandes vías extratorácicas cursa con prolongación de la inspiración acompañada de estertor o estridor, seguida de una espiración pasiva y más breve.
- La patología de las pequeñas vías, como el asma felino, suele presentarse de forma clásica como una fase espiratoria prolongada con un aumento del esfuerzo abdominal a la auscultación.
- Los pacientes que manifiestan dificultad inspiratoria "silenciosa" suelen tener problemas en el espacio pleural.
- La mayoría del resto de las causas de disnea se asocian a patrones respiratorios mixtos.

La auscultación nos ayudará a confirmar lo observado en el patrón respiratorio. La mejor forma de auscultar a un paciente es dividiendo mentalmente el tórax en una rejilla de tres en raya y auscultar cada cuadro.

La patología del espacio pleural provoca una atenuación de los sonidos pulmonares mientras que la patología de las pequeñas vías o del parénquima suele incrementarlos.

La capacidad de establecer un diagnóstico viable en función de la anamnesis y la historia clínica sin hacer pruebas adicionales puede representar la diferencia entre la vida y la muerte en algunos pacientes disneicos.

SISTEMA CARDIOVASCULAR: examen de las membranas mucosas, color, tiempo de rellenado capilar, auscultación del corazón y palpación de los pulsos para ritmo, frecuencia y calidad (el método más objetivo de examinar este sistema es mediante la medida de la presión arterial, presión venosa central, concentraciones de lactato, cateterización de la arteria pulmonar y medición del aporte y consumo de oxígeno).



Reconoceremos una perfusión tisular pobre al encontrar las mucosas pálidas o grises, el TRC incrementado y/o anomalías en la frecuencia o ritmo cardíaco y en los perfiles de pulso (altura y anchura) y el vigor.

Se deben palpar los pulsos femoral y metatarsiano y estimar la altura (presión) y la anchura (duración). El análisis de ambos parámetros permite estimar el volumen de pulso y hacer una imagen mental del perfil del pulso³. Conviene tener en cuenta que un paciente estable hemodinámicamente, pero bajo estrés o sufriendo dolor, nos dará un perfil de pulso más alto y estrecho. El incremento del ritmo cardíaco, la reducción del volumen sanguíneo y el aumento de la contractilidad cardíaca darán un pulso más estrecho y elevado de lo normal. En el estado compensatorio de la hipovolemia, habrá una taquicardia de 140-160 ppm en perros. En la hipovolemia compensada deben seguir siendo palpables los pulsos metatarsianos.

Las mucosas deben ser rosadas o incluso más rosadas de lo normal, con un tiempo de relleno capilar inferior a 1".

En la mayoría de los perros con hipovolemia severa, tendremos frecuencias de 180-220 ppm.

Si encontramos frecuencias superiores nos deben hacer pensar de algún tipo de arritmia primaria, más que una taquicardia sinusal.

Las condiciones clínicas que van a dar parámetros hemodinámicos alterados son:

- hipovolemia
- anemia
- síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
- alteración de la función cardíaca

Cuando la hipovolemia es severa, los sonidos cardíacos estarán atenuados, las mucosas pueden ir de blancas a grises y el TRC estará muy prolongado; los pulsos femorales en estos casos son "filantes" y los pulsos metatarsianos no son palpables. Con la aplicación de estos métodos de evaluación de los pacientes, podemos evaluar con gran fiabilidad la respuesta a la fluidoterapia. Si tenemos éxito, los parámetros volverán a la normalidad y, si por el contrario no lo hacen o vuelven a deteriorarse, detectaremos inmediatamente cualquier problema que surja o la no respuesta a la terapia de reposición que hayamos escogido para ese paciente.

SISTEMA NERVIOSO: Aquí decidiremos si las alteraciones en la locomoción y del estado mental se corresponden con lo esperado según las alteraciones encontradas en el examen de los otros sistemas orgánicos vitales. Si encontramos una disfunción superior a la esperada deberemos sospechar que hay una patología del SNC, lo cual nos dirige a realizar un examen neurológico más exhaustivo. **PALPACIÓN ABDOMINAL Y Tª CORPORAL:** Tras evaluar los sistemas orgánicos principales, se debe llevar a cabo la palpación abdominal. Aquí detectaremos anomalías como dolor a la palpación, vejiga urinaria aumentada de tamaño y dura o una onda de líquido en la percusión. Por último, se toma la Tª rectal. Una Tª superior a 42°C puede ser un peligro para la vida del paciente. La



estandarización de la aproximación a la evaluación de los sistemas orgánicos principales en el paciente de urgencias permite al clínico identificar, analizar y estabilizar de forma rápida y oportuna aquellas anomalías potencialmente mortales para el animal.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Karol A. Mathews. Triage: a logical, priority approach to Critical Care. Veterinary Emergency and Critical Care Manual. Lifelearn Limited, Suffolk 1996;1-3.
- 2-Kenneth J. Drobatz. Triage and Initial assessment. Manual of canine and feline emergency and critical care. Lesley King and Richard Hammond. British Small Animal Veterinary Association. 1999;1-5.
- 3-Dez Hughes. Evaluación del paciente crítico. XX Congreso Anual de AMVAC. Medicina y Cirugía de Atención Inmediata Madrid, 2003;107-110.
- 4-Itala Sunyer, Artur Font. Selección del paciente de urgencias/Evaluación del paciente crítico. XXXIX Congreso Nacional Avepa Madrid 2004:89-93.

