
Ana Šijački¹, Marko Ercegovac, M. Đikić

RANA HOSPITALNA TRIJAŽA PACIJENATA SA URGENTNIM STANJIMA

Uvod

Reč trijaža (od francuskog glagola *trier*, razvrstavati) predstavlja proces razvrstavanja pacijenata u različite prioritetne grupe u zavisnosti od stepena težine njihovog oboljenja ili povrede. Za sprovođenje trijaže formirane su skale nastale na bazi istraživanja. Trijaža pacijenata odmah po ulasku u urgentni centar omogućava ranu identifikaciju najugroženijih. Trijažiranje po odabranoj trijažnoj skali za svakog pacijenta i situaciju omogućava:

- Započinjanje adekvatne terapije u optimalnom vremenu, što je naročito važno za pacijente kojima je život ugrožen;
- Pravilno kategorisanje svih pacijenata;
- Protok pacijenata i smanjenje gužve u urgentnom centru;
- Smanjenje ukupnog vremena provedenog u urgentnom centru;
- Smanjenje dužine čekanja.

Trijažna sestra koja primenjuje trijažnu skalu na bazi nje zaključuje: „Ovaj pacijent može da čeka na pregled i terapiju minuta. (1)

Urgentni centar (trauma odeljenje, urgentno odeljenje) je onaj centar koji zbrinjava hitne slučajeve; broj pacijenata se iz godine i godinu povećava i urgentni centri postaju sve više domovi zdravlja. Po definiciji, hitan pacijent je onaj koji zbog svog stanja zahteva pomoć u datom momentu, a ne u zakazanom terminu.

Trijažni proces podrazumeva sledeće trijažne grupe i sledstveno vreme zbrinjavanja:

Crvena: momentalno

Narandžasta: unutar 10 minuta

Žuta: unutar 60 minuta

Zelena: unutar 240 minuta (4 sata)

Plava: pacijent se upućuje određenom specijalisti (unutar 2 sata)

¹ Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.

Svaki urgentni centar (odeljenje) treba da ima razrađenu proceduru koja mora da se prati u svakom pojedinačnom slučaju.

Procedura bilo kog trijažnog modela mora da sadrži sledeća tri elementa: trijažnu opremu, način sprovođenja trijažnih koraka i uklapanje trijažne procedure u kretanje pacijenta.

Uspeh trijaže zasniva se na:

- Trijažiranju svih pacijenata što pre po dolasku u urgentni centar;
- Prisustvu za to određenog trijažnog osoblja u svakom momentu;

Određen trijažni proces treba da obavlja samo iskusno medicinsko osoblje i lekari specijalisti urgentne medicine.

Za sprovođenje trijaže potrebno je obezbediti adekvatan prostor. Ovaj prostor mora biti jasno obeležen, siguran (blizu obezbeđenja) i dovoljno prostran za boravak pacijenata i trijažnog osoblja.

U trijažnoj ambulanti moraju da se nalaze formulari za trijažnu dokumentaciju i oprema za registrovanje vitalnih funkcija.

U urgentnim centrima/odeljenjima širom sveta upotrebljavaju se različiti trijažni sistemi da bi se odredila težina stanja pacijenta i dijagnostičko-terapijski prioriteti.

Petostepeni trijažni sistemi koji se najčešće upotrebljavaju su: Australijska trijažna skala (ATS), Kanadska skala za trijažu i validaciju (CTAS), Mančesterski trijažni sistem (MTS), Indeks težine hitnih stanja (ESI), Južnoafrička trijažna skala itd. (2)

Upotreba trijažnih sistema

Odrasli i deca iznad 13 godina (ili viša od 150 cm) trijažiraju se po skorom za odrasle. Deca se trijažiraju po pedijatrijskom skorom. Starija deca (3–12 godina ili visine 96–150 cm) trijažiraju se skorom za odrasle, a mlađa od 3 godine (niža od 96 cm) pedijatrijskim skorom za mlađu decu.

Procedura:

- Merenje i evidentiranje vitalnih funkcija;
- Računanje ukupnog trijažnog skora i dokumentovanje u odgovarajućem formularu (postoje posebni formulari za odrasle i decu);
- Uraditi posebna ispitivanja, ako je potrebno, jer ona mogu svrstati pacijenta u viši prioritetni nivo;
- Jasno dokumentovati dodeljenu kategoriju.

Sama registracija vitalnih parametara nije dovoljna za određivanja stepena ugroženosti pacijenta u urgentnim centrima/odeljenjima. Zbog toga se u svetu upotreblja-

vaju različiti sistemi pomoću kojih je moguće identifikovati prioritete u zbrinjavanju. Petostepeni sistemi su vrlo pogodni za optimalnu upotrebu resursa urgentnih centara za dobrobit pacijenata, upravljanje hospitalizacijom, optimalizaciju dužine zbrinjavanja, transfer na određena odeljenja (odeljenja intenzivne terapije), smanjenje i praćenje mortaliteta itd. (3)

- **CRVENO:** Pacijent se odmah odvodi u reanimacionu ambulantu i zbrinjavanje počinje bez odlaganja.
- **NARANDŽASTO:** Pacijent se odvodi u ambulantu za urgentne pacijente i zbrinjavanje počinje unutar 10 minuta.
- **ŽUTO:** Pacijenti se po trijaži planiraju za hitno zbrinjavanje unutar jednog sata.
- **ZELENO:** U Urgentnom centru se upućuju na čekanje ili im se savetuje da potraže rutinsku planiranu (zakazanu) medicinsku pomoć. (Rešavanje ili čekanje do četiri sata)
- **PLAVO:** Upućuju se određenom specijalisti za rutinsku medicinsku obradu (Moguće uraditi u toku dva sata). (4, 7)

Svi pacijenti moraju proći trijažnu proceduru!

Posttrijažna nega

Posle prve trijaže svi pacijenti koji čekaju moraju biti povremeno viđeni i po potrebi retrijažirani.

Kvalitet trijaže

Standardi trijaže se moraju postaviti za sve urgentne centre/službe i moraju se porediti sprovođenje procedure i rezultati trijaže u nadležnim službama. Poređenje se mora odnositi na: trijažni obrazac, njegovo sprovođenje i distribuciju pacijenata po kategorijama; prijem na odeljenja intenzivnog lečenja (za urgentne centre) ili na odgovarajuća odeljenja (za urgentna odeljenja i odseke) i provera vremena čekanja na zbrinjavanje po kategorijama. (4, 5)

Odgovornost

Svaki direktor ili načelnik urgentnog centra ili odeljenja mora da imenuje tim odgovoran za implementaciju i funkcionisanje trijažnog procesa. Ovaj tim se mora sastojati najmanje od jednog lekara i dve sestre.

Direktor (načelnik) odgovoran je za implementaciju trijažnog programa i obučavanje osoblja. (6)

Vodeći skorovi za petostepene trijažne sisteme su MEMS (Medical Early Warning System – Medicinski sistem ranog upozoravanja) i TEWS (The Triage Early Warning System – Trijažni sistem ranog upozoravanja – fiziološki skor izveden iz MEMS). (7)

Parametri MEMS-a

1. Broj respiracija
2. Puls – broj otkucaja
3. Sistolni krvni pritisak
4. Temperatura
5. Stanje svesti – AVPU = **a**lert, **v**erbal, **p**ain, (**u**nconsciousness) svestan, reaguje na glas, reaguje na bol, nesvestan).

Dodatni parametri za TEWS:

1. Mobilnost.
2. Postojanje trauma.

Parametar	Nalaz	Poeni
Respiracije (br./min)	<9	2
	9–14	0
	15–20	1
	21–29	2
	≥ 30	3
Puls (otkucaja/min)	<41	2
	41–50	1
	51–100	0
	101–110	1
	111–129	2
	≥ 130	3
Sistolni pritisak (mm Hg)	<71	3
	71–80	2
	81–100	1
	101–199	0
	≥ 200	2

Temperatura	<35°C	2
	35–38.4°C	0
	≥ 38.5°C	2
Stanje svesti	Svestan	0
	Reaguje na glas	1
	Reaguje na bol	2
	Ne reaguje	3
Mobilnost	Hoda samostalno	0
	Hoda uz pomoć	1
	Nepokretan, zahteva kolica	2
Trauma	ne	0
	da	1

- Trauma podrazumeva tešku traumu
- Pacijent sa sniženim stepenom svesti vodi se kao nepokretan.

Tumačenje

- Minimalni skor 0.
- Maksimalni skor 17.
- Viši skor je pokazatelj težeg stanja pacijenta.

Literatura

1. Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. *J Emerg Nurs.* 2005; 31: 39–50.
2. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM, Eitel DR. MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 05-0046-2 ed. Rockville: AHRQ Publication No; 2005. Emergency Severity Index, Version 4. Implementation Handbook.
3. Twomey M, Wallis LA, Myers JE. Limitations in validating emergency department triage scales. *Emerg Med J.* 2007; 24: 477–479.
4. Christ M, Grossman F, Winter D, Platz E. Modern Triage in the Emergency Department. *Dtsch Arztebl Int.* 2010 Dec; 107(50): 892–898.
5. Wallis LA, Gottschalk SB, et al (Cape Triage Group). The Cape Triage Score – a triage system for South Africa. *SAMJ.* 2006; 96: 53–56.
6. Bruijns SR, Wallis LA, Burch VC. Effect of introduction of nurse triage on waiting times in a South African emergency department. *Emerg Med J* 2008; 25: 395–397.
7. Twomey M, Wallis LA, Thompson ML, Myers JE. The South African Triage Scale (adult version) provides valid acuity ratings when used by doctors and enrolled nursing assistants. *African J Emerg Med* 2012; 2: 3–12.