

Actualización en triaje intrahospitalario

Comenzado el miércoles, 8 de abril de 2020, 08:59

Estado Finalizado

Finalizado en miércoles, 8 de abril de 2020, 09:07

Tiempo empleado 7 minutos 38 segundos

Puntos 30,00/30,00

Calificación 10,00 de 10,00 (100%)

Comentario - Apto

Pregunta 1

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

De las siguientes características, indica cual NO corresponde a la Escala Canadiense de Triage y gravedad para los servicios de urgencias (CTAS):

Seleccione una:

- a. Es un modelo pensado para ser aplicado por el personal de enfermería
- b. Está inspirado en el sistema START de triaje
- c. Se compone de 17 grupos de motivos de consulta
- d. Diferencia pacientes adultos y pediátricos

Retroalimentación

Hay muchas similitudes con la escala en la que se inspira, la NTS/ATS.

Se trata de un modelo pensado para ser aplicado por el personal de enfermería. Diferenciación inicial de pacientes adultos o pediátricos, con edades por encima o debajo de los 17 años y dentro de este grupo, desde 2013 se establece una guía especial para niños entre los 0 y los 2 años.

Son 17 grupos de motivos de consulta

Pregunta 2

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

El SET aporta varias modalidades adaptativas de triaje, en función del paciente y el tipo de servicio:

Seleccione una:

- a. Triage avanzado y derivación
- b. Fast tracking
- c. Triage multidisciplinar
- d. Todas son correctas

Retroalimentación

El SET, de nuevo blandiendo nuevos conceptos, aporta como alternativa a este estándar, cuatro modalidades adaptativas de triaje, o dinámicas multidisciplinarias en función del paciente y el tipo de servicio

Pregunta 3

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

Indique cual de las siguientes NO es una categoría sintomática perteneciente al SET:

Seleccione una:

- a. Caída
- b. Cefalea y/o cervicalgia
- c. Inestabilidad
- d. Convulsiones

Retroalimentación

1. El TRIAJE S.E.T y su aplicación de apoyo web_e-Pat © en su versión 3.0 ya establecían 32 categorías sintomáticas y 12 subcategorías, que siguen siendo válidas

9. Categoría sintomática de cefalea y/o cervicalgia

10. Categoría sintomática de convulsiones.

11. Categoría sintomática de inestabilidad.

Pregunta 4

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

De las siguientes alternativas, señale la que define el “triángulo de evaluación pediátrica” (TEP):

Seleccione una:

- a. Apariencia, respiración y circulación
- b. Llanto, circulación y actividad
- c. Respiración, llanto y fiebre
- d. Ninguna es correcta

Retroalimentación

1. Esta primera aproximación que se propone se denomina triángulo de evaluación pediátrica (TEP), basado en apariencia (aspecto general), respiración y circulación, a partir del cual se realiza un examen visual y uno auditivo en los primeros segundos de la llegada del paciente pediátrico al servicio de urgencias.

Pregunta 5

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

A la hora de poner en práctica el “triángulo de evaluación pediátrica” (TEP) tendremos en cuenta la siguiente metodología. Señale la respuesta incorrecta:

Seleccione una:

- a. Se debe realizar de forma rápida y sistemática
- b. La valoración se realiza en un tiempo comprendido entre 2 y 3 minutos
- c. Se recopilarán datos objetivos y subjetivos referentes a la gravedad del paciente
- d. Se clasificarán a los niños según su edad

Retroalimentación

La valoración del TEP pediátrico se debe realizar de forma rápida y sistemática, en un tiempo de sesenta segundos, con la intención de recopilar datos subjetivos y objetivos que determinen la gravedad del paciente. También es importante clasificar a cada niño según la edad, porque dependiendo de esta, cambian los signos y síntomas asociados a la enfermedad o lesión que puede presentar.

Pregunta 6

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

La valoración inicial pediátrica se compone de 3 fases secuenciadas. Indique en cuál de ellas se lleva a cabo el “triángulo de evaluación pediátrica” (TEP):

Seleccione una:

- a. En la evaluación primaria
- b. En la evaluación secundaria

- c. En la evaluación terciaria
- d. En la evaluación cero

Retroalimentación

Para niños de todas las edades (hasta los dieciséis años), la valoración inicial incluye tres pasos secuenciales, bien definidos (6):

1. Evaluación primaria: ver y oír (sin manos), que corresponde al TEP. Posteriormente se analiza el ABCDE, para evaluar las funciones cardiopulmonar y neurológica.
2. Evaluación secundaria: es la historia clínica dirigida, utilizando la nemo- tecnia SAMPLE (S: Signos y síntomas; A: Alergias; M: Medicamentos; P: Patológicos [historia médica pasada y actual]; L: ultimo alimento ingerido; E: Eventos relacionados con la enfermedad o accidente [que estaba realizando antes del accidente o enfermedad]).
3. Evaluación terciaria: son las pruebas de laboratorio, radiográficas y otras pruebas avanzadas que ayudan a establecer el estado fisiológico del niño y su diagnóstico.

Pregunta 7

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

De los siguientes grupos de motivos de consulta establecidos en la Escala Canadiense de Triage, indique el incorrecto:

Seleccione una:

- a. Embarazo
- b. Gastrointestinal
- c. Ortopedia
- d. Urgencias menores

Retroalimentación

Revisar cuadro de "escala canadiense de triaje y gravedad para los servicios de urgencias (ctas) Canadá"

Pregunta 8

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

A la hora de evaluar la respiración del niño, observaremos los siguientes aspectos, señale el correcto:

Seleccione una:

- a. Ruidos respiratorios
- b. trabajo respiratorio
- c. Postura
- d. Todas son correctas

Retroalimentación

La evaluación de la respiración se realiza mediante la inspección visual del trabajo respiratorio y escuchando ruidos respiratorios patológicos. Detectar cualquiera de ellos nos serviría para clasificarlo como anormal.

Pregunta 9

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

Los ruidos patológicos propios de un broncoespasmo son:

Seleccione una:

- a. Sibilancias
- b. Ronquera y disfonía
- c. Quejido
- d. Estridor

Retroalimentación

Sibilancias. Producidas al pasar el aire en una en obstrucción de la vía aérea baja, como un broncoespasmo.

Pregunta 10

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

¿Cuál de los siguientes signos es premonitorio de posible parada respiratoria?

Seleccione una:

- a. Taquipnea
- b. Aleteo nasal
- c. Tiraje intercostal
- d. Bradipnea

Retroalimentación

Bradipnea: su aparición, en un paciente con dificultad respiratoria, nos indica agotamiento y es un signo premonitorio de posible parada respiratoria.

Pregunta 11

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

A la hora de evaluar la respiración, tendremos en cuenta si el niño se encuentra inclinado hacia adelante con el cuello hiperextendido y el mentón hacia adelante; en ese caso nos encontramos ante una postura típica denominada:

Seleccione una:

- a. Olfateo
- b. Agotamiento
- c. Trípode
- d. Tiraje

Retroalimentación

Trípode. intento de usar músculos accesorios el tronco del niño. está inclinado hacia adelante, el cuello hiperextendido y el mentón hacia adelante: indica obstrucción de la vía aérea baja.

Pregunta 12

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

De los siguientes signos, indique cuál de ellos nos indicaría estadios iniciales de shock:

Seleccione una:

- a. Livedo reticular
- b. Palidez
- c. Cianosis
- d. Bradicardia

Retroalimentación

Los principales indicadores a valorar son:

- Palidez. Un signo muy precoz de mala perfusión, de estadios iniciales de Shock, aunque también puede serlo de anemia.
- Cianosis. Signo tardío en casos de shock. También puede verse en casos de fallo respiratorio, aunque en este caso iría acompañada de aumento del trabajo respiratorio. Es importante diferenciarla de la cianosis acra, que puede ser normal en lactantes pequeños.

- Livedo reticular (6). Causada por la vasoconstricción de los capilares cutáneos. De aspecto moteado. Junto con la cianosis, representan claramente signos tardíos de shock, y de la pérdida de los mecanismos de compensación circulatorios.

Pregunta 13

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

Si evaluamos a un niño con apariencia anormal, respiración anormal y circulación normal, lo clasificaremos como:

Seleccione una:

- a. Máxima prioridad
- b. Urgente
- c. Emergente
- d. Ninguna es correcta

Retroalimentación

- Alteración de 3 lados del triángulo: Máxima prioridad
- Alteración de 2 lados del triángulo: emergente
- Alteración de 1 lado del triángulo: urgente
- Ningún lado alterado: menos urgente.

Pregunta 14

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

En la Escala Canadiense de Triage, dentro del grupo "Heridas" podemos encontrar diversos motivos de consulta. Indique el correcto:

Seleccione una:

- a. Herida en miembros superiores
- b. Herida en miembros inferiores
- c. Quemadura
- d. Todas son correctas

Retroalimentación

Revisar cuadro Escala Canadiense de Triage.

Pregunta 15

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

El sistema de triaje Manchester (MTS) tuvo su origen en el Reino Unido y posteriormente fue adoptado por otros países, entre ellos España. Indique en qué año comenzó a utilizarse en España:

Seleccione una:

- a. 1994
- b. 2000
- c. 2003
- d. 2015

Retroalimentación

El MTS comenzó en España en el año 2003. Actualmente es el sistema de clasificación de un gran número de hospitales en diferentes comunidades autónomas como son Galicia, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana, Comunidad Autónoma de Madrid...

Pregunta 16

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

¿Cuál de las siguientes características NO corresponde al sistema de triaje Manchester?

Seleccione una:

- a. Económico
- b. Reproducible
- c. Útil
- d. Válido

Retroalimentación

Gracias a estos dos objetivos el MTS es un sistema de triaje válido, útil y reproducible.

Pregunta 17

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

A las categorías de prioridad clínica se les atribuyó un color y un nombre y se las definió con un "tiempo clave" para el primer contacto con el facultativo. Indique la respuesta correcta:

Seleccione una:

- a. Prioridad naranja es una urgencia muy grave que debe ser atendida o evaluada antes de 10 minutos.
- b. Prioridad verde es para procesos no urgentes. La atención puede demorarse hasta en 150 minutos.
- c. Prioridad azul es una urgencia grave que no supone riesgo vital y puede ser atendida hasta en 60 minutos.
- d. Prioridad roja es una urgencia que ser atendida antes de 5 minutos

Retroalimentación

Una vez consensuada la nomenclatura y las definiciones comunes, el Grupo de Triage acordó 5 categorías de prioridad clínica. A éstas se les atribuyó un color y un nombre y se las definió con un “tiempo clave” para el primer contacto con el facultativo.

Prioridad naranja es una urgencia muy grave que debe ser atendida o evaluada antes de 10 minutos.

Pregunta 18

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

El primer paso de la metodología desarrollada por el sistema de triaje Manchester consiste en identificar el motivo de consulta por el que el paciente acude a urgencias. Indique de cuántos motivos de consulta componen dicho sistema:

Seleccione una:

- a. 40
- b. 60
- c. 33
- d. 55

Retroalimentación

Con la información que nos proporcione el paciente o familiar de éste, intentaremos identificar el motivo de consulta. Valoraremos signos que presente o síntomas que refiera. El MTS consta de 55 diagramas de presentación. Con la información obtenida seleccionaremos uno de los 55 motivos de consulta o diagramas de presentación

Pregunta 19

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

Indique cuál de los siguientes NO corresponde a un motivo de consulta del sistema de triaje Manchester:

Seleccione una:

- a. Hemorragia activa
- b. Niño cojeando
- c. Diarrea y vómitos
- d. Problemas faciales

Retroalimentación

17 Diarrea y vómitos

39 Niño cojeando

47 Problemas faciales

Pregunta 20

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

De las siguientes características que definen a los discriminadores, señale la incorrecta:

Seleccione una:

- a. Los discriminadores pueden ser generales o específicos y encajan en el formato ABCDE.
- b. Los discriminadores específicos son aplicables a formas de presentación concretas o a pequeños grupos de manifestaciones.
- c. Los discriminadores generales se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación.
- d. Los discriminadores se presentan en forma de afirmación, a la cual se contestará con tres opciones posibles.

Retroalimentación

Los discriminadores pueden ser generales o específicos y encajan en el formato ABCDE.

Los generales se aplican a todos los pacientes, independientemente de su forma de presentación y por tanto aparecen constantemente en todos los diagramas; en cada caso los discriminadores generales llevarán al profesional de triaje a asignar la misma prioridad clínica.

Los discriminadores específicos son aplicables a formas de presentación concretas o a pequeños grupos de manifestaciones y se relacionan con aspectos clave de las condiciones particulares de los pacientes. Así, mientras dolor agudo es un discriminador general, dolor cardíaco o dolor pleurítico son discriminadores específicos.

Pregunta 21

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

De las características de la escala de triaje estadounidense conocida como Emergency Severity Index (ESI) señale la respuesta incorrecta:

Seleccione una:

- a. Es un sistema aplicado por personal de enfermería
- b. Acceden al nivel 1 pacientes en situación de emergencia vital
- c. No tiene en cuenta los signos vitales del paciente
- d. Considera una serie de medidas salvadoras inmediatas para los pacientes que lo precisen

Retroalimentación

El sistema ESI, es un sistema de aplicación por personal de enfermería, que está basado en discriminar en primera instancia si el paciente está en situación de emergencia vital o casi moribundo, lo que le daría acceso directo al nivel 1 del sistema, y a medidas salvadoras, o bien, presenta gravedad, pero no de riesgo vital, lo que le lleva a nivel 2 o superiores, preguntándose si el enfermo puede esperar, cuántos recursos necesitara para ser atendido y cuáles son sus signos vitales.

Pregunta 22

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

La Escala Canadiense de Triage plantea 5 niveles de prioridad, basados en un tiempo máximo para su atención. Indique la asociación correcta:

Seleccione una:

- a. Menos urgente – 90 minutos máximo
- b. Muy urgente – 10 minutos máximo
- c. Urgente – 30 minutos máximo
- d. No urgente – 180 minutos

Retroalimentación

Plantea 5 niveles de prioridad, basados en un tiempo máximo para su atención:

- Resucitación: inmediato
- Muy urgente: 15 minutos
- Urgente: 30 minutos máximo.
- Menos urgente: 60 minutos máximo.
- No urgente 120 minutos

Pregunta 23

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

Indique de los siguientes discriminadores cuál es de de tipo general:

Seleccione una:

- a. Hipertermia
- b. Taquipnea
- c. Embarazo
- d. Epixtasis

Retroalimentación

Los discriminadores generales son:

- Riesgo vital: vía aérea comprometida, respiración inadecuada, shock.
- Nivel de consciencia: nivel de consciencia alterado, historia de inconsciencia.
- Hemorragia: hemorragia exanguinante, hemorragia mayor incontrolable, hemorragia menor incontrolable.
- Temperatura: hipertermia (To mayor o igual a 41oc), fiebre alta (To mayor o igual a 38,5oC) y febrícula (To menor a 38,5oC).
- Dolor: dolor muy intenso, dolor intenso y dolor moderado.
- Tiempo de evolución: problema reciente y problema no reciente.

Pregunta 24

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

El diagrama que resulta para el motivo de consulta “politraumatismo” solo presenta tres niveles de prioridad. Señale cuál NO correspondería a un nivel de prioridad

Seleccione una:

- a. Amarillo
- b. Verde o azul
- c. Rojo
- d. Naranja

Retroalimentación

Este diagrama presenta discriminadores generales como: vía aérea comprometida, respiración inadecuada, shock, hemorragia mayor incontrolable, dolor muy intenso... y discriminadores específicos como nuevo déficit neurológico de menos de 24 horas, mecanismo lesional significativo...

Este diagrama solo presenta tres niveles de prioridad: rojo o atención inmediata, naranja o emergencia y amarillo o urgencia. Los pacientes que han sufrido un politraumatismo no podrán ser clasificados como verdes o azules.

Pregunta 25

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

La herramienta para valorar el dolor desarrollada por el sistema de triaje Manchester se denomina:

Seleccione una:

- a. Escala analógica del dolor
- b. Escalera del dolor en urgencias
- c. Regla del dolor
- d. Escala de color del dolor

Retroalimentación

La regla del dolor es un instrumento exclusivo del MTS y es la escala más adecuada para medir el dolor en los triajes de los servicios de Urgencias.

La regla del dolor es una guía de valoración del dolor útil para los servicios de urgencias.

Pregunta 26

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

En referencia a la importancia de auditar el proceso de triaje, señale la respuesta correcta:

Seleccione una:

- a. La metodología del MTS es difícilmente auditable.
- b. La precisión del triaje es el eje sobre el que gira la valoración de la calidad.
- c. El MTS tiene pendiente incorporar indicadores monitorizables para evaluar el modelo de triaje y su funcionamiento.
- d. La metodología del MTS permite realizar el retriaje sólo en algunas situaciones

Retroalimentación

La metodología del MTS es fácilmente auditable. La progresión diagrama – discriminador – prioridad es fácilmente reconocible para un auditor y fácilmente evaluable con precisión por un profesional con la formación adecuada.

La precisión del triaje es el eje sobre el que gira la valoración de la calidad. La auditoría evaluará la actividad individual del profesional que realiza el triaje y la calidad de la toma de decisiones con respecto al estándar del MTS y a la documentación registrada.

Pregunta 27

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

Según la escala de triaje estadounidense conocida como Emergency Severity Index (ESI) cuál de las siguientes NO sería una medida salvadora inmediata:

Seleccione una:

- a. Mascarilla de alto flujo
- b. Transfusión de sangre
- c. Pericardiocentesis
- d. Administración de atropina

Retroalimentación

Considera una serie de medidas salvadoras inmediatas para los pacientes que lo precisen como se ve en la parte superior del algoritmo.

Pregunta 28

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

El Modelo Sudafricano de Triage (SATS) establece cinco niveles de prioridad, indique la respuesta correcta:

Seleccione una:

- a. Rojo – Tiempo máximo 2 minutos
- b. Amarillo – Tiempo máximo 30 minutos
- c. Azul – Muerto
- d. Verde – Tiempo máximo 120 minutos

Retroalimentación

Modelo Sudafricano de Triage (SATS). Basado en la Escala de Peligro Temprano Modificada (Modified Early Warning Score - MEWS). Originario de Ciudad del Cabo (2004-2006) del Cabo Triage System (CTS).

Azul-Muerto

Pregunta 29

Correcta
Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

“La situación capaz de deteriorar la salud o poner en riesgo la vida de una persona, relacionada directamente con la necesidad de intervención sanitaria, en un corto periodo de tiempo, siendo este último condicionante” corresponde al concepto de:

Seleccione una:

- a. Emergencia
- b. Resucitación
- c. Gravedad
- d. Urgencia

Retroalimentación

Concepto de Urgencia

Situación capaz de deteriorar la salud o poner en riesgo la vida de una persona, relacionada directamente con la necesidad de intervención sanitaria, en un corto periodo de tiempo, siendo este ultimo condicionante.

Pregunta 30

Correcta

Puntúa 1,00 sobre 1,00

Enunciado de la pregunta

De los siguientes principios de Sistema Español de Triage, indique cuál de ellos es correcto:

Seleccione una:

- a. Carece de objetivos operativos reales e indicadores de calidad.
- b. Integra un modelo de mejora continua de la calidad.
- c. Es un modelo exclusivamente teórico.
- d. Es aplicable en situaciones de urgencia únicamente dentro del hospital.

Retroalimentación

Los principios del S.E.T, son:

- Ser integrador de lo más importante de los actuales modelos de 5 niveles, pero revisándolos y adaptándolos a nuestro contexto sanitario.
- Con objetivos operativos reales e indicadores de calidad.
- Modelo de triaje de enfermería NO excluyente, asumiendo la urgencia como una especialización para todas las categorías.
- Sistema de 5 niveles normalizado y con un programa de informático de apoyo. Este software, programa de ayuda al triaje (web_e-Pat ©) lo registra, permite controlarlo, evaluarlo y validarlo.
- Integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con indicadores específicos y posibilidad de evaluar el case-mix de motivos de consulta en urgencias.

- Se integra en un concepto global de historia clínica electrónica, a nivel de gestión clínica y administrativa.