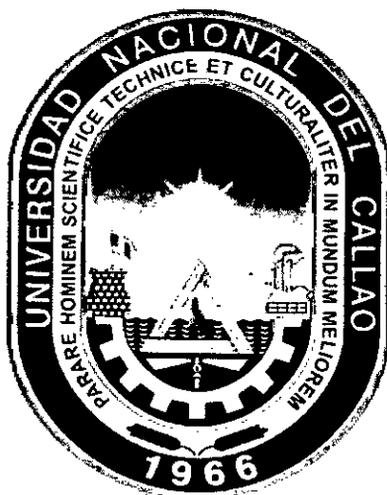


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA CLASIFICACION DE  
PACIENTES SEGÚN NIVEL DE PRIORIDAD EN EL TRIAJE DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA  
VEGA ABANCAY APURIMAC 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN  
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**CYNTIA PRADA DÁVALOS**

  
**DRA. ZOHILA DÍAZ TAVERA**  
CEP. 18988 RNE. 1517

**CALLAO - 2018**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ      PRESIDENTE
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE      SECRETARIO
- MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ      VOCAL

**ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA**

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 357

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	18
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	19
3.3 Procesos Realizados del Informe	20
<b>IV. RESULTADOS</b>	22
<b>V. CONCLUSIONES</b>	25
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	26
<b>VII. REFERENCIALES</b>	27
<b>ANEXOS</b>	29

## INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencia forman parte fundamental de la atención, donde la valoración del paciente es parte fundamental, ya que el triaje es un proceso de evaluación donde se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, es una actividad que debe ser realizada por personal asistencial, a cargo de un profesional de salud capacitado.

La creciente demanda ha puesto en marcha la necesidad de implementar métodos para clasificar y ordenar a los pacientes que llegan a solicitar una atención, con mayor rapidez y precisión, es por ello que la aplicación de las prioridades en el triaje es fundamental, debido a que contribuye en disminuir la congestión en la sala de emergencias, por casos que pueden ser atendidos según las prioridades establecidas.

El informe contiene 4 capítulos. Uno de los cuales describe la experiencia como enfermera en la clasificación de pacientes según niveles de prioridad en el triaje, se muestran los resultados de las actividades realizadas durante el periodo descrito y finalmente se presenta las conclusiones de la intervención y las recomendaciones para mejorar cada día en la clasificación de los pacientes según prioridad.

El presente trabajo tiene como finalidad Describir la intervención de enfermería en la clasificación de pacientes según niveles de prioridad en el triaje, ayudando a la disminución del flujo de atención en el servicio de emergencia, como también mejorará la sobrecarga asistencial y el colapso.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la Situación Problemática

A nivel mundial en los últimos años, los servicios de emergencias experimentan un incremento en la demanda de atención de pacientes, teniendo como consecuencias la saturación de los servicios y largos tiempos de espera; ocasionando de esta manera malestar en el paciente como en el personal de salud que brinda dicha atención. Es así que un estudio señala que en el 2007, fueron atendidos en los hospitales españoles 26.265.096 urgencias (79.4% en hospitales públicos), el número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23,2 %, entre 2001 y 2007. Por ello, el uso de las emergencias Hospitalarias es cada vez mayor, lo que conduce a su masificación y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo. (1)

En Perú, como en muchos países los servicios de emergencias de los hospitales públicos vienen experimentando un incremento en la demanda de atención de los pacientes, es así que en la ciudad de Lima el Hospital Nacional Cayetano Heredia pasó de 65 462 atenciones en el 2009 a 80743 en el 2013. Generalmente la demanda en éstos siempre es más alta que la oferta. La atención al paciente es deficiente en la mayoría de los casos; considerando el largo tiempo de espera, la falta de capacidad física en instalaciones y la poca información que recibe el familiar son las quejas más comunes que presentan los usuarios de estos servicios. La priorización y clasificación de los pacientes, son clave para el mejor funcionamiento de las salas de emergencia. (2)

**Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS)** del Minsa, precisó que cada día los emergenciólogos reciben en los 24 establecimientos de

salud del ministerio que operan en las áreas de emergencia de Lima Metropolitana- un promedio diario de 3,630 personas en consulta de emergencia. Del total de ingreso diario a los servicios de emergencia, el 38% -unos 1,379 pacientes-, corresponde a casos críticos o cuando la vida está en riesgo, es decir, a prioridades I y II de la norma técnica de emergencia". (3)

El servicio de emergencia del Hospital Guillermo Díaz De La Vega De Abancay cuenta con un área de Triage, donde la afluencia de pacientes han ido incrementando. El área estaba prestando un servicio inadecuado que se traducían en algunos ingresos inapropiados, ocasionando saturación en el área de Triage e incomodidad del usuario y/o familiares. (3)

## **1.2. Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en la clasificación de pacientes según niveles de prioridad en el triaje del servicio de emergencia del Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Apurímac, entre los años 2015 al 2017.

## **1.3. Justificación**

El presente trabajo es de importancia en el servicio de Emergencia porque que ayuda a la clasificación oportuna por prioridades de los pacientes que acuden a la sala de emergencia, y que necesitan ser atendidos de inmediato, mejorando la calidad de atención en el servicio, acorde a la necesidad de salud del paciente, para mejorar el uso y la utilización de los recursos asignados.

Dado a que el servicio de emergencia del HRGDV tiene gran demanda para la atención de problemas de salud de toda índole y en su mayoría de baja complejidad, debido a que los pacientes llegan al Hospital por no ser asistidos en otras instituciones médicas, escasa información, falta de turnos disponibles en consultorios. Como así también influyen los hábitos

y/o costumbres de los usuarios, ya sea por comodidad o por el solo hecho de que en ese momento no cuentan con el tiempo disponible para acudir a la consulta, dirigiéndose a la sala de emergencias para su rápida resolución.

Lo que provoca que siempre se vea la sala de espera colapsada por pacientes que en la mayoría de los casos “no son urgencias verdaderas” lo que genera en el servicio sobrecarga de tareas, demora en la atención y utilización innecesarias de recursos tanto humanas como materiales.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### A Nivel Internacional

MUÑOZ S.E (2015), realizó un estudio en España “Frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia” la cual tiene por objetivo conocer los tiempos de espera de los pacientes, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Palencia; observar si los pacientes que demandan atención urgente acuden por orden facultativa o por iniciativa propia y determinar las características socio demográficas de los pacientes que acuden al Servicio .Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, teniendo una muestra total a 889 casos, la edad media fue de 51 años y el 51,3% fueron mujeres. Los pacientes entre 81 y 90 años asistieron con más asiduidad al Servicio. La frecuencia resultó mayor en el turno matutino, existiendo una hora de máxima atención a las 12 de la mañana y siendo el lunes el día de mayor afluencia; 366 pacientes fueron triados con un nivel III de urgencia (41,2%) y 512 casos (57,6%) acudieron al Servicio por orden facultativa;231 casos requirieron hospitalización (26%). El tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el triaje, fue de 8 minutos. El tiempo de espera desde la clasificación a la atención médica, fue superior al protocolizado en cada nivel de urgencia. Concluyendo que el porcentaje de pacientes que acude por orden facultativa es elevado, a pesar de ello, un alto porcentaje podría haber sido tratado en niveles asistenciales primarios para evitar el colapso en este Servicio. (4)

VARGAS R.G, GONZÁLEZ V.M. (2015), realizaron un estudio en Colombia “Comparación de Parámetros de Atención en una Escala de Triaje de 5 Niveles con los parámetros estándar”, tuvo como objetivo comparar los parámetros de atención por niveles de triaje de la escala de

severidad ESI versión 4.0 de la Fundación Santa Fé de Bogotá con los parámetros estándar de la guía ESI 4.0 como medida de calidad de la atención en urgencias para evaluar su implementación. Se trata de un estudio observacional analítico de corte transversal. Se incluyeron 385 pacientes aleatorizados por nivel de atención. Se tomaron datos demográficos y variables como consumo de recursos y destino del paciente para su descripción y análisis; los resultados fueron que el promedio de edad fue 44.9 años IC95%42.9–46.9, el 54.5% fueron mujeres. Se encontró un tiempo promedio de espera para nivel 1 de 1.39 min, para el nivel 2 de 22.9 min, para el nivel 3 de 41.9 min, para el nivel 4 de 56.9 min y para el nivel 5 de 52.1 min. El tiempo promedio de estancia en urgencias fue 5.9 horas y el 78.9% consumió recursos. Al comparar los tiempos con estándares mundiales en el nivel 1, 2 y 3 son significativamente mayores ( $P < 0,05$ ), en el nivel 4 es similar ( $p = 0,51$ ) y en el nivel 5 es significativamente menor ( $p = 0,00$ ). Se concluye que la aplicación de la ESI 4.0, muestra un impacto positivo en la oportunidad de atención a los pacientes, en todos los niveles de atención. (5)

SANIZO Z. L. (2013), realizó un estudio en Bolivia “Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre”, tuvo por objetivo evaluar el sistema de atención al usuario que acude al servicio de emergencia, este estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; los resultados fueron tiempo de espera para la atención, una hora y más de dos horas para la valoración por especialidad; el 72% es atendido de acuerdo a la llegada, sólo 5% al 7% son atendidos en menos de 15 minutos en el espacio físico disponibles. De acuerdo a resultados de la investigación se plantea una nueva reorganización e implementar el triaje para garantizar una asistencia integral y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial. (6)

## **A Nivel Nacional**

VILCHES, Zapata CA. (2008), realizó un estudio en Chimbote, “Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – Essalud”, siendo su objetivo Evaluar el resultado de la aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en el servicio de emergencia del hospital III Chimbote –Es Salud. Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, los datos se obtienen de archivo, de la historia clínica de cada paciente. La muestra se calculó sobre 15.754 pacientes, que fueron los atendidos desde el 1 de Octubre al 31 de Marzo de 2013. Obteniendo como resultado en cuanto al tiempo de espera según el código de color destaca que en ambos grupos se superan los tiempos establecidos para la atención. En el caso del triaje convencional sólo 33 pacientes son atendidos en el tiempo correspondiente a su código, y en el caso de STM son 41. (2)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **SISTEMAS DE CLASIFICACION**

Los sistemas de clasificación de pacientes tienen cerca de 200 años de existir, su origen se ubica en las guerras napoleónicas, Illesca (2006) destaca que nacen cuando, “El barón Dominique Jean Larrey, jefe médico de las tropas, recibe del emperador Napoleón Bonaparte una orden simple, pero controvertida: “los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla, sólo deben de llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse”. Posteriormente, estos sistemas fueron evolucionando hasta ser acogidos por los servicios de urgencias hospitalarias y se realizaron adaptaciones de acuerdo con las características del lugar donde se aplicaron y a las necesidades identificadas. Es así como el médico Larrey, aplicó por primera vez un sistema de clasificación de usuarios (as). Actualmente, participan en la aplicación de dicho método muchas personas entre ellas profesionales y

no profesionales que lo realizan con base en el sentido común. (7)

El término triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier, que se define como escoger, separar o clasificar. Por no ser un vocablo aceptado por la Real Academia de la Lengua Española, no se ha determinado aún cuál es la forma adecuada de escribir en castellano, dudando entre “triaje” o “triage”. (8)

El término tampoco aparece en otros diccionarios de uso consultados por la SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias). Por otro lado, en la edición 22ª del Diccionario de la Lengua Española sólo se encuentra el término definido como “triar”. En cuanto a su ortografía, y siguiendo la norma de que las voces españolas terminadas con el sufijo –aje se escriben siempre con jota. (8)

## **DESARROLLO**

Actualmente se reconocen cinco modelos de triaje estructurado con una amplia implantación:

- La Escala Australiana de Triage, “Australasian Triage Scale (ATS)”,
- La Escala Canadiense de Triage y Gravedad del Departamento de Emergencias, “Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)”,
- El Sistema de Triage Manchester, “Manchester Triage System (MTS),
- El Índice de Severidad de Emergencias, “Emergency Severity Index (ESI)”,
- El Modelo Andorrano de Triage “Model Andorrà de Triatge” (MAT). que ha sido adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES), desarrollado a partir de éste el Sistema Español de Triage (SET).

Como respuesta y consecuencia de que la demanda asistencial no permite la atención a todos los usuarios de forma inmediata en el

momento de su llegada a los Servicios de Urgencias Hospitalarios, en la mayoría de los hospitales se han implantado sistemas de triaje estructurado, a fin de que se establezcan áreas de priorización asistencial.

### **El triaje estructurado**

El concepto de triaje estructurado implica la disponibilidad de una escala fiable, relevante, útil, válida, con una estructura física, profesional y tecnológica en los Servicios de Urgencias que permitan realizar el triaje en base a la urgencia de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable (9)

### **Un sistema de triaje estructurado se caracteriza por:**

Ser un sistema de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación así como el control de todos los pacientes y del tiempo de actuación. (10)

- Ser un modelo integrado de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.
- Se ha de construir en un modelo de calidad, teniendo como indicadores de calidad del triaje la fiabilidad, la validez, utilidad, relevancia y aplicabilidad.
- Ha de ser un sistema de triaje de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional.
- Debe estar dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado con ayuda continua.
- Estar integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad del triaje, que defina un

estándar de motivos de consulta a urgencias y que permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.

- Integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa del cuarto de urgencias.
- Proponer adaptaciones estructurales y del personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triaje, y formación específica para el personal de triaje.
- Ser holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extrahospitalaria, aplicable tanto en niños como en adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

**Entre los principales objetivos de esta modalidad de triaje,**

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia a fin de garantizar su seguridad (disminuir su riesgo).
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente o el centro hospitalario más adecuado para trasladar un paciente atendido por un dispositivo de asistencia extra hospitalaria.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los cuartos de urgencias.
- Permitir la evolución continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas.
- Disponer de información para familiares, permitir una información fluida sobre el tipo de servicio que necesita el paciente.

- Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio, con la finalidad de optimizar recursos y mejorar su gestión (mejorar la eficiencia).
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias.
- Mejorar la calidad de la organización en la asistencia a las urgencias.
- Para poder realizar un adecuado triaje estructurado es importante diferenciar y comprender los conceptos de urgencia, gravedad y complejidad (11)

La implementación permanente del triaje en el servicio de emergencia permitirá además de la identificación de pacientes graves, en la derivación de los enfermos a los distintos niveles asistenciales o la orientación de cuál es el más adecuado para la resolución de su demanda. Para ello hay que entender que en la medicina de urgencias y emergencias existe un criterio definitorio fundamental: "el factor tiempo". Según este criterio podemos definir como: (12)

#### **A) Emergencia:**

Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable, ya que la lesión puede progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardiorrespiratoria, neumotórax a tensión, infarto al miocardio, etc.

#### **B) Urgencia:**

El triaje estructurado entiende por urgencia aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida de un paciente. Depende del tiempo transcurrido entre la aparición de esta situación clínica y la instauración de un tratamiento efectivo, el cual

condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención en un corto periodo de tiempo. Esto lleva implícitos dos aspectos:

- **Priorización de la asistencia:** La necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de manera que los pacientes más urgentes, es decir, los que tienen más riesgo de deterioro o peligro para su salud o vida con el paso del tiempo, sean tratados más rápidamente.
- **Intensidad de la asistencia:** La necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y las necesidades de intervención para solucionarla.

La comunidad científica internacional coincide hoy en recomendar a los servicios de urgencias la adopción de escalas uniformes, válidas y estandarizadas de triaje de 5 niveles de priorización, de ámbito nacional, como medida para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes. Estos no sólo priorizan a los pacientes, sino que además, otorgan la primera atención básica y solicitan el estudio inicial. Ayuda también a mantener la calma, al otorgar un ambiente adecuado a los pacientes y sus familiares (12).

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triaje que van desde los 3 a los 5 niveles de clasificación siendo estos últimos (MTS-Manchester, ATS –Australia, CTAS –Canadá, etc.) considerados los más fiables por su mayor discriminación. Según el autor Sanizo Zevallos refiere que los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente, previa valoración de signos y síntomas. Además el nivel de prioridad determina la rapidez con que se actúa sobre el paciente y el orden en que éstos serán atendidos. Así tenemos los siguientes niveles de prioridades de triaje (5).

## **Prioridad I**

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma. (13)

- a) Paro Cardio Respiratorio.
- b) Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- c) Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
- d) Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
- e) Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
- f) Hemorragia profusa.
- g) Obstrucción de vía respiratoria alta.
- h) Inestabilidad Hemodinámica ( hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
- i) Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
- j) Paciente con trauma severo como:
  - o Víctima de accidente de tránsito.
  - o Quemaduras con extensión mayor del 20%.
  - o Precipitación.
  - o Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
  - o Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
  - o Herida de bala o arma blanca.
  - o Sospecha de traumatismo vertebro medular.
  - o Evisceración.
  - o Amputación con sangrado no controlado.
  - o Traumatismo encéfalo craneano.
- k) Status Convulsivo.
- l) Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
- m) Ingesta de órganos fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o

envenenamientos.

- n) Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
- o) Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
- p) Signos vitales anormales
- q) Suicidio frustrado.
- r) Intento suicida.
- s) Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
- t) Problemas específicos en pacientes pediátricos.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación

### **Prioridad II**

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

- Frecuencia respiratoria  $\geq$  de 24 por minuto.
- Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- Diabetes Mellitus Descompensada.
- Hemoptisis.
- Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
- Convulsión reciente en paciente consciente.
- Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- Arritmias sin compromiso hemodinámico.
- Sangrado gastrointestinal,
- con signos vitales estables.
- Paciente con trastornos en el sensorio.
- Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
- Descompensación Hepática.

- Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
- Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
- Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
- Herida cortante que requiere sutura. Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
- Desprendimiento de retina.
- Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
- Síntomas y signos de cólera.
- Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
- Hematuria macroscópica. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.

### **Prioridad III**

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

- Dolor abdominal leve con nauseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
- Herida que no requiere sutura.
- Intoxicación alimentaria.
- Trastornos de músculos y ligamentos.
- Otitis Media Aguda.
- Deshidratación Hidroelectrolítica leve.
- Osteocondropatía aguda.
- Sinusitis aguda.
- Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
- Urticaria.
- Fiebre > de 39° sin síntomas asociados.
- Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
- Celulitis o absceso con fiebre.
- Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla

vesical u otros similares.

- Lumbalgia aguda.
- Broncoespasmo leve.
- Hipertensión arterial leve no controlada.
- Signos y síntomas de Depresión.
- Crisis de Ansiedad o Disociativas.
- Signos y síntomas de infección urinaria alta.
- Pacientes con neurosis de ansiedad.
- Pacientes sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

#### **Prioridad IV**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados.

- Faringitis aguda.
- Amigdalitis aguda.
- Enfermedades diarreica aguda sin deshidratación o vómitos
- Absceso sin fiebre.
- Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
- Fiebre sin síntomas asociados.
- Resfrío común.
- Dolor de oído leve.
- Dolor de garganta sin disfagia.
- Enfermedades crónicas no descompensadas.

### 2.3. Definición de Términos

- **Triaje**

Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación inicial del paciente, en la cual se prioriza el daño y se decide la derivación para la atención que el caso amerita. Esta área debe funcionar en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en la identificación de prioridades.

- **Emergencia**

Se entiende por emergencia toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

- **Prioridad**

Anterioridad o preferencia de algo respecto de otra cosa precisamente en cuanto es causa suya, aunque existan en un mismo instante de tiempo.

### **III. EXPERIENCIA LABORAL**

#### **3.1. Recolección de Datos**

La recolección de datos del presente informe, se obtuvo del área de estadística, Libro de registro de pacientes en los diferentes tópicos de emergencia.

#### **3.2. Experiencia Profesional**

Inicie mis estudios superiores el año 2006 en la Universidad Tecnológica de los Andes de Abancay, posteriormente realice mi internado clínico en el Hospital Honorio delgado de Arequipa, y mi internado rural en el Puesto de salud de Pichirhua. Culminando mis estudios profesionales el año 2012.

Mi experiencia profesional como enfermera inicia el año 2013 en el P.S de Allpachaca como SERUMS. Establecimiento que contaba con un solo personal de salud, debido a que era un puesto de reciente creación, con una población de 200 habitantes, ubicado a una hora y media de la ciudad de Abancay.

En Junio del año 2014 comencé a laborar en el Hospital Guillermo Díaz De La Vega, en el cual de forma ininterrumpida vengo laborando en el servicio de Emergencia en los diferentes áreas: Triage; en esta área se hace la primera evaluación del paciente, se controla los signos vitales. Se entrevista al paciente para conocer más detalles de su dolencia, antecedentes, factores de riesgo, que se deben de tomar en cuenta para su posterior atención. Determinando de esta manera la Prioridad de atención en el paciente, para ser derivados a los diferentes tópicos como medicina, pediatría traumatología, cirugía, y trauma shock, mi función es netamente asistencial.

### 3.3. Procesos Realizados del Informe

Al iniciar mi labor en el HRGDV, se observó en el trabajo diario que había un congestionamiento en el área de triaje, lo que no permitía que se brinde un servicio oportuno y de calidad, el servicio contaba con poco espacio para la clasificación de los usuarios, el ambiente estaba saturado y su distribución no proporcionaba comodidad tanto al cliente como a la enfermera, lo que generaba quejas constantes por parte de los usuarios y familiares de los mismos, haciendo que el clima laboral no sea el adecuado. Por lo que se tomaron diferentes medidas:

- Coordinación con jefatura del servicio para reorientar los equipos y materiales a las diferentes áreas para una mejor distribución.
  - Implementación de un triaje estructurado clasificando a los pacientes por prioridades, empezando nuestra atención:
- 
- **Recepción:** Es el momento en el cual establecemos el inicio de la relación sanitario- paciente, donde se realiza una valoración primaria para descartar la emergencia, mediante la declaración del problema, reconocimiento inmediato de signos vitales, valoración del riesgo vital, para luego una actuación inmediata.
  - **Clasificación:** Momento en el que se establece un nivel de asistencia o prioridad al paciente que deriva de una actuación concreta. Se reacomodó el área de triaje, de mejor manera y mejor distribución
- 
- Implementación y acondicionamiento de la sala de espera para familiares disposición de un ambiente de urgencias que está disponible en el turno tarde.
  - Se realizan capacitaciones constantes para que el personal esté

actualizado y preparado para tomar decisiones asertivas en favor del usuario.

- Se organizan reuniones mensuales, en la que participa todo el personal, donde se comparten las experiencias durante la atención en el triaje, para así evaluar posibles soluciones por si se hubiese presentado alguna dificultad.

El proceso de clasificación de los pacientes que acuden al servicio de emergencia se había convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de pacientes, es por ello que el uso de un modelo de triaje estructurado mediante las prioridades resultó ser una estrategia útil ya que se logró disminuir tiempo de espera, y se pudo resolver más problemas. Evitando malestar, insatisfacción y a veces agresividad contra la institución y sus empleados.

#### IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

#### CLASIFICACION DE PRIORIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRIAJE DE EMERGENCIA 2015

Prioridad de Atención	2015			
	M	F	total	%
I	90	65	155	11%
II	100	110	210	15%
III	250	350	600	43%
IV	350	450	800	58%
<b>total:</b>	<b>790</b>	<b>592.5</b>	<b>1383</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Información obtenida del área de estadística y libro de registro de atenciones del año 2015 en el servicio de Emergencia del HGDV.

CUADRO N° 4.2

#### CLASIFICACION DE PRIORIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRIAJE DE EMERGENCIA 2016

Prioridad de Atención	2016			
	M	F	total	%
I	180	110	290	12%
II	724	454	1178	49%
III	224	150	374	16%
IV	380	168	548	23%
<b>total</b>	<b>1508</b>	<b>882</b>	<b>2390</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Información obtenida del área de estadística y libro de registro de atenciones del año 2016 en el servicio de Emergencia del HGDV.

**CUADRO N° 4.3**  
**CLASIFICACION DE PRIORIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES**  
**EN TRIAJE DE EMERGENCIA 2017**

Prioridad de Atención	2017			
	M	F	total	%
I	210	147	357	15%
II	1200	620	1820	74%
III	98	120	218	9%
IV	20	35	55	2%
<b>total</b>	<b>1528</b>	<b>922</b>	<b>2450</b>	<b>100%</b>

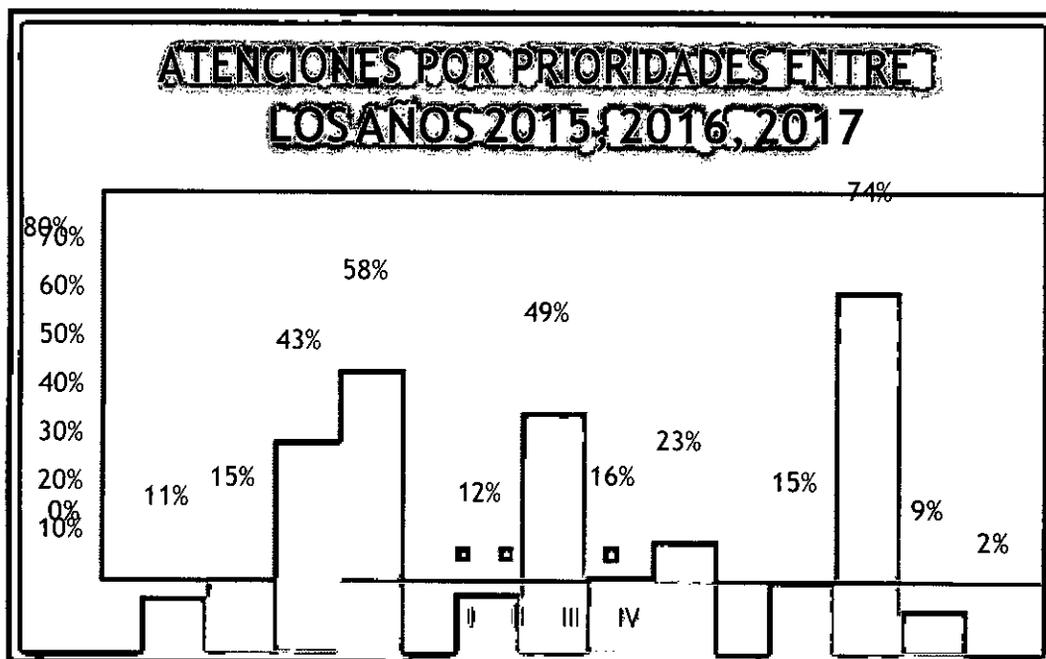
FUENTE: Información obtenida del área de estadística y libro de registro de atenciones en el servicio de Emergencia del HGDV.

**CUADRO N° 4.4**  
**CLASIFICACION DE PRIORIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES**  
**EN TRIAJE DE EMERGENCIA ENTRE LOS AÑOS 2015-2017**

Prioridad de Atención	2015		2016		2017	
	total	%	total	%	total	%
I	155	11%	290	12%	357	15%
II	210	15%	1178	49%	1820	74%
III	600	43%	374	16%	218	9%
IV	800	58%	548	23%	55	2%
<b>total</b>	<b>1383</b>	<b>100%</b>	<b>2390</b>	<b>100%</b>	<b>2450</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Información obtenida del área de estadística y libro de registro de atenciones en el servicio de Emergencia del HGDV.

GRAFICO N°4.1



En el presente grafico se puede apreciar que del 100% de atenciones por prioridades durante los años 2015 se observa que la Prioridad IV representa el 58%, y con un 11% la Prioridad I. En el año 2016 la Prioridad II representa el 49 % de las atenciones y la Prioridad I el 12 %. En el año 2017 la Prioridad II representa el 74 % de las atenciones y la Prioridad IV el 2%.

## V. CONCLUSIONES

- a) EL profesional de enfermería es pieza fundamental para la atención en el triaje, porque es el encargado de clasificar a los pacientes según su prioridad.
  
- b) El área de Triaje implementado, permite clasificar a los pacientes por prioridades, lo que contribuye en el mejoramiento de la atención y por consiguiente mayor satisfacción para el paciente y familiares.
  
- c) los sistemas de triaje son una herramienta que ayudan a brindar calidad en la atención, lo que disminuye la saturación y los tiempos de espera.

## VI. RECOMENDACIONES

- a. Que el servicio de Emergencia implemente el registro de pacientes antes de ingresar al triaje para cuantificar el número de pacientes perdidos sin ser evaluados.
- b. Que el equipo multidisciplinario del área se actualice constantemente, para realizar una atención con calidad logrando así la satisfacción del usuario, pues el cuidado de la salud es la razón de nuestra profesión.
- c. Que la institución cuente con alternativas, que faciliten la organización y administración de los recursos humanos y materiales para satisfacer al usuario.
- d. La Institución debe fomentar pasantías en otros nosocomios, para observar otras realidades y mejorar en la atención del usuario.

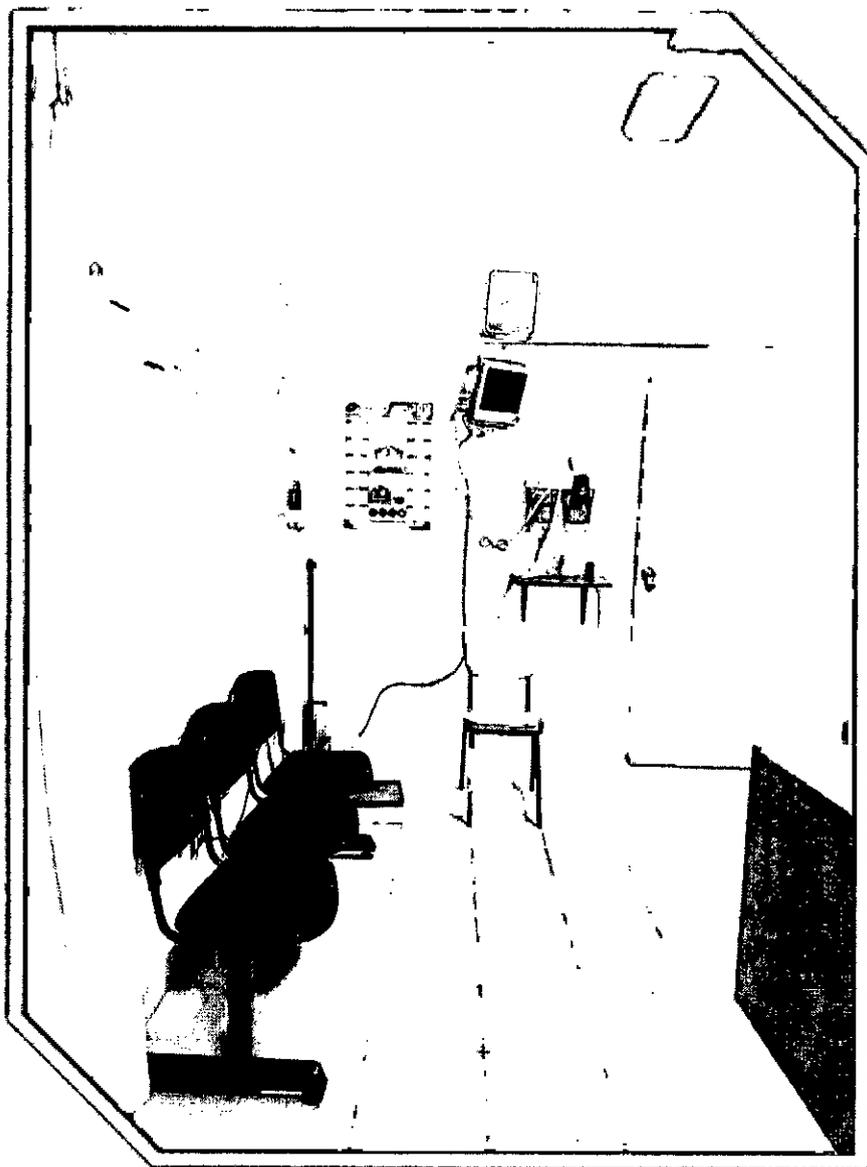
## VII. REFERENCIALES

1. María MG. Estudio del triaje en un servicio de emergencias hospitalario. Rev Enf. [Internet].2013
2. Villchez Zapata, c. (2009). Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote - Essalud. Noviembre del 2008 a setiembre 2009. Universidad Mayor de San Marcos.
3. MINSA, Boletín de **Instituto de Gestión de Servicios de Salud**
4. (IGSS).
5. Muñoz Sánchez E. Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. [Tesis Licenciatura].España: Universidad de Valladolid; 2015.
6. Vargas Rodríguez G,González Varela M, Comparación de parámetros de atención en una escala de triaje de 5 niveles con los parámetros estándar[Tesis Especialización].Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario Programa de Especialización en Medicina de Emergencias Fundación Santa Fe de Bogotá; 2015.
7. Sanizo Zevallos L. Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013. [Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia y Gestión en Enfermería]. La Paz; 2013.
8. Cubero,C.y Medina,K.(abril,2013).Los procesos de clasificación de usuarios y su impacto en la atención en las salas de urgencias a nivel hospitalario. Rev. Actual en Costa Rica, 24,1D12.
9. Ozamiz Monasterio N. (2014) Análisis del personal sanitario adecuado para realizar el proceso de triaje hospitalario. (tesis de Licenciatura)

10. Gómez J, J., Ramón-Pardo, P.; Rúa, M, C.; (2010) Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias.
11. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS.
12. Gómez J, J. (2006) Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
13. Joseph Gómez Jiménez. (2013) Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias.
14. Gómez J, J., Ramón-Pardo, P.; Rúa, M, C.; (2010) Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS
15. MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007. Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042

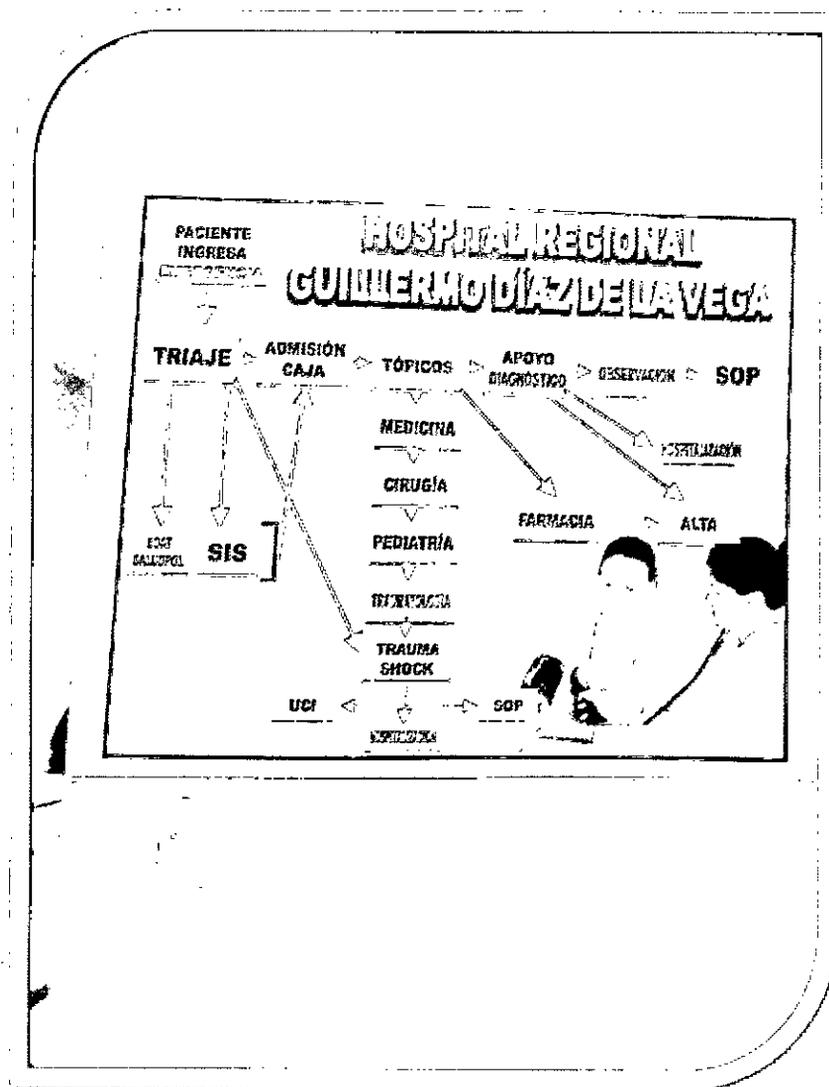
# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1**  
**AREA DE TRIAJE**



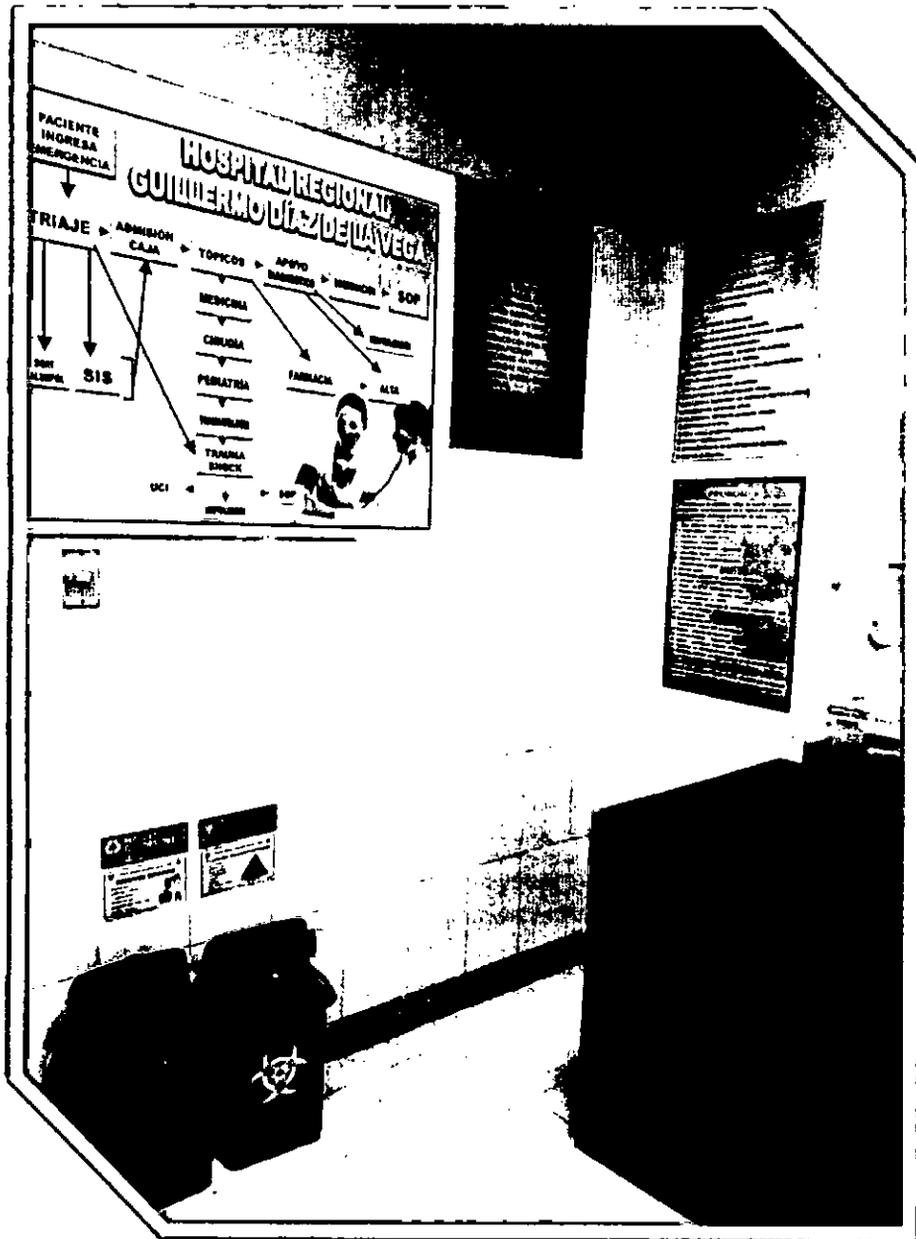
**FUENTE:** Elaboración Propia, 2017

**ANEXO N°2  
FLUXOGRAMA DE ATENCION**



**FUENTE:** Elaboración Propia, 2017

ANEXO N° 3  
CLASIFICACION DE PRIORIDADES



**ANEXO N° 4**  
**SALA DE ESPERA**



**FUENTE:** Elaboración Propia, 2017



