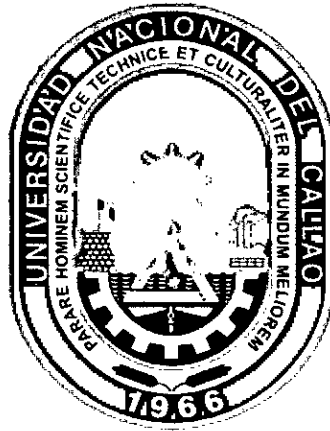


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE TRIAJE
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA
FUERZA AÉREA DEL PERÚ - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PENNY LUZ ARIAS MORALES

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 356-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2718-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	55
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	59
3.1 Recolección de Datos	59
3.2 Experiencia Profesional	59
3.3 Procesos Realizados del Informe	86
IV. RESULTADOS	89
V. CONCLUSIONES	92
VI. RECOMENDACIONES	93
VII. REFERENCIALES	94
ANEXOS	97

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe las experiencias en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú cuya población atendida son el personal militar FAP proveniente de las 5 Bases Aéreas ubicadas en el territorio Nacional, sus familiares directos y la comunidad en situación de emergencia, actualmente el hospital cuenta con 12 departamentos distribuidos en servicios y unidades pertenecientes al Ministerio de Defensa del Perú. El Hospital Central FAP cuenta con una Unidad de Servicios Críticos dentro de la cual se encuentra el Servicio de Emergencias que brinda atención Pre hospitalaria y Hospitalaria, consultorio de Medicina, Pediatría, Ginecología, Cirugía y Traumatología, cuenta también con una unidad de Shock Trauma, una sala de observación con 13 camas y un ambiente para tópicos de inyectables, bajo la dirección de la Jefa del Departamento de Enfermería, Supervisora de Sector, Jefa de Servicio y Enfermaras asistenciales, el universo de pacientes alcanza los 78,000 pacientes que reciben atención médica de urgencia. El proceso de triaje de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Central FAP se ha convertido en una necesidad debido a la gran demanda de atención y a la saturación que, en ocasiones, sufre dicho servicio, sin realmente constituir situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva, o incluso corresponder únicamente a una urgencia real.

El presente informe describe la intervención de enfermería en el proceso de triaje de los pacientes del Hospital Central FAP, con el fin de crear un proceso de asistencia, estructurado de acuerdo a las necesidades del hospital y de los pacientes a los que se atienden en el mismo.

Descrito en siete capítulos:

Capítulo I, contiene el Planteamiento del problema, Descripción de la situación problemática, Objetivos y Justificación.

Capítulo II, contiene el Marco teórico, Antecedentes, Marco conceptual y Definición de términos.

Capítulo III, contiene la Experiencia laboral, Recolección de datos, Experiencia profesional y los Procesos realizados en el tema.

Capítulo IV, contiene los Resultados.

Capítulo V, contiene las Conclusiones.

Capítulo VI, contiene las Recomendaciones.

Capítulo VII, contiene las Referenciales.

Finalmente los anexos que demuestran evidencias de las intervenciones de enfermería en el proceso de triaje del servicio de Emergencias del HCFAP en el año 2016.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

A nivel Mundial según la OPS, para el profesional de urgencias el triaje estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo y común para todos los dispositivos asistenciales, un sistema de gestión asistencial homogéneo y universal, que abre las puertas a una asistencia más eficiente, potenciando aspectos como el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinario y en equipo y el desarrollo profesional (1).

A nivel internacional en esta década se ha evidenciado una transformación profunda de los servicios de urgencias hospitalarios con cambios estructurales, organizativos y funcionales para adaptarse a la situación actual, siendo el sistema de triaje hospitalario uno de los puntos clave en dichas modificaciones(2).

En el área latinoamericana, uno de los que ha tenido mayor aplicación y cuya fiabilidad ha sido validada en varios consensos es el triaje canadiense y la escala de acuidad que se introdujo desde 1999 siendo éste el que ha tenido mayor aceptación en los países que ya implementan este sistema en los departamentos de emergencia. (3)

A nivel Nacional la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia en el Perú indica que el Triage es el 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 amerite. Esta área debe funcionar prioritariamente en aquellos hospitales donde la demanda supere la oferta de servicios y estará a cargo de un profesional de la salud capacitado en la identificación de prioridades. (4)

A nivel local la información que presenta el HCFAP a sus usuarios indica que toda persona que solicite una atención en el servicio de emergencia, iniciara su consulta con el personal de triaje para priorizar

su atención y luego de recibir el ticket de la especialidad se deberá acercarse a la admisión/caja de emergencia para recabar su hoja de atención. (5)

Sin embargo mi experiencia me ha permitido identificar que el proceso del Triage en el Hospital Central de la Fuerza aérea del Perú ha sido realizado siempre desde el módulo de atención de enfermería y estuvo determinado por mucho tiempo en direccionar al paciente al área de atención que le correspondía sea consultorio de medicina, ginecología, cirugía, traumatología, pediatría o unidad de shock trauma.

Este proceso de clasificación podía ser realizado por cualquier personal del servicio, lo cual genera desorden, fallos en la determinación de la gravedad del paciente, saturación del servicio de emergencias por la afluencia de pacientes no urgentes y quejas por parte de los usuarios.

En el año 2016 se atendieron 43,278 pacientes en el servicio de emergencias, determinando que 41,259 fueron atenciones por urgencias menores, 1,761 atenciones correspondieron a urgencias mayores y sólo 258 atenciones fueron de emergencia tipo I.

Estas estadísticas nos señalan que a pesar de existir protocolos de selección de pacientes de acuerdo a la prioridad de atención (Triage), en el servicio de Emergencias del HCFAP se puede observar que la mayoría de los pacientes que ingresaron a dicho servicio no contaban con criterios de ingreso que justificaran su estancia, en tal sentido se encuentra necesaria la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado como medida fundamental para mejorar la calidad de los servicios de emergencia, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar los recursos.

1.2 Objetivo

Describir la intervención de enfermería en el proceso de triaje del servicio de emergencias del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú en el año 2016.

1.3 Justificación

La inadecuada utilización de los servicios de urgencias por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial, de manera que aproximadamente el 75% de los pacientes que demandan nuestra asistencia podrían ser atendidos en atención primaria. Con el triaje realizamos un filtro para asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en las de verdadera urgencia. Por tanto nuestro objetivo no es el diagnóstico sino priorizar el grado de urgencia y ubicar al paciente en el lugar que le corresponda y en las condiciones adecuadas. Considerando a la enfermería como elemento constante en la emergencia es imprescindible su preparación para una buena tarea de selección, obteniendo enfermeras(os) capacitados para priorizar a los pacientes según su gravedad y brindarles la primera atención basada en protocolos establecidos. Por tanto el proceso de triaje en el Hospital Central FAP es una actividad fundamental en una asistencia eficaz y eficiente, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos, el triaje hospitalario debe ser visto como una necesidad fundamental para la mejora continua de la calidad, y no sólo como un simple procedimiento administrativo, donde es indudable la importancia de la participación de enfermería ya que está demostrado que puede coordinar con liderazgo, profesionalismo y seguridad; lo que aunado a las ventajas que sobresalen por sí mismas del sistema de triaje hospitalario, hacen de éste una herramienta esencial de calidad en los servicios de emergencia donde se aplica.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

SOLER, W.; Gómez Muñoz, M.; Bragulat, E. y Álvarez, A. España 2010, en su estudio: "El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias" señala: "El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. El sistema español de triaje (SET) y el sistema de triaje Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país, pero analizamos también el sistema de triaje elaborado en Navarra que se integra en la historia clínica informatizada (HCI) y que se utiliza en toda la red pública hospitalaria de Navarra. Todos son sistemas multidisciplinarios basados en motivos y en la urgencia de la consulta pero no en diagnósticos y son llevados a cabo por enfermería con apoyo médico puntual. También todos incorporan elementos de monitorización de la calidad del propio servicio de urgencias y cuentan con proyección para poder ser aplicados en el ámbito extra hospitalario".(6)

GÓMEZ Jiménez Josep, España 2010 en el "Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias" de la OPS señala, "El sistema de triaje estructurado ha de ser realizado por profesionales sanitarios y ha de tener un carácter

multidisciplinario. El triaje estructurado es un 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, dentro de un modelo de especialización de Urgencias. La multidisciplinariedad del triaje estructurado de enfermería con implicación médica permite implementar dinámicas multidisciplinarias como son el triaje avanzado, el triaje multidisciplinario, las visitas rápidas y la derivación". (7)

CARBALLO Cardona Cesar, España 2015 en su artículo: "Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante" señala, "Las órdenes de tratamiento realizadas desde el triaje reducen la estancia de los pacientes en urgencias, y permiten una mejor utilización de las camas del servicio. La primera causa de reclamaciones en los servicios de emergencia viene derivada del retraso en la asistencia y en tratamientos básicos como un analgésico en pacientes con dolor, un antitérmico en paciente con fiebre, antiemético en caso de vómitos, o un antihipertensivo en el caso de una crisis hipertensiva, que podrían ser pautados por enfermería tras la indicación por parte de programas avanzados de triaje, siguiendo los protocolos específicos adaptados a las guías clínicas de nuestra especialidad. A día de hoy, no se puede defender que un paciente que podría recibir un tratamiento a su llegada a urgencias tenga que esperar horas para que el tratamiento sea pautado, tras ser valorado por un médico. Hay patologías y signos clínicos, bien definidos en las guías clínicas (crisis hipertensiva, antitérmicos en pacientes con fiebre, tratamientos según escala de dolor, algunos casos de intoxicación o exposición a tóxicos, etc.), en las que se puede actuar y aliviar al paciente antes de tener una primera valoración por el especialista de urgencias. Estos procesos, tanto el de petición de pruebas complementarias como el de administración de tratamientos una vez el paciente ha sido

clasificado, obligarán a cambiar los circuitos internos de los servicios de emergencia, y podrían formar parte de una consulta de enfermería avanzada. Todo ello indica que el triaje avanzado otorga a la enfermería un papel crucial no solo en la clasificación, sino también en la recepción y primer tratamiento del paciente, incluso antes de una primera valoración médica". (8)

MARTIN García María, España 2013 en su artículo "Estudio del triaje en un servicio de Urgencias Hospitalarias" señala: "El sistema de triaje estructurado realizado por la enfermera ofrece las siguientes ventajas: Los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar después de que un DUE (diplomado universitario en enfermería) inicie la atención.

Aprecian la oportunidad de hablar con una persona que proporciona atención a su salud, en cuanto llegan al servicio.

Se agiliza la atención que se da al paciente, solicitando pruebas radiológicas, por ejemplo.

Se asegura establecer las prioridades relativas a la atención según la gravedad del paciente.

Mejora la comunicación interpersonal y disminuye la ansiedad".(9)

DE SANTOS Del Barrio Sara, España 2015 en su estudio "Perfil de las enfermeras de triaje en las urgencias hospitalarias" señala: "El triaje es una actividad clave que se realiza en todas las Unidades de Urgencias, ya que determina el orden de atención de los pacientes en base a su gravedad. Las consecuencias de un triaje realizado de una forma inadecuada recaen sobre la salud de los pacientes atendidos en estas unidades, aumentando la morbimortalidad. La bibliografía consultada hace referencia a ciertas características que, a priori, afectan a la calidad del triaje que realizan las enfermeras. Entre estas, cabe destacar: habilidades de comunicación y empatía, capacidad de

valoración, pensamiento crítico, conocimientos clínicos, manejo adecuado de las herramientas de triaje, autocontrol emocional, experiencia, intuición y confianza. Estas características están relacionadas entre sí y son características personales que cada profesional tiene y debe desarrollar durante su carrera profesional. Si bien estas características son abordadas en numerosos estudios, son pocas las investigaciones que han cuantificado la eficacia real de estos atributos sobre la calidad del triaje enfermero”.(10)

RODRÍGUEZ Rodríguez Ana María, España 2015 en su estudio: “Satisfacción del usuario del Servicio de Triage de Urgencias del Hospital General La Palma con el modelo Emergency Severity Index” señala: “La enfermera de urgencias es aquella que somete al paciente a un triaje (recepción, acogida y clasificación) determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales, así como los factores que influyen en que se produzcan los flujos dentro de los servicios de urgencias. Por tanto, la práctica de la enfermera de triaje comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales, que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos. En España, así como en el resto de hospitales de Europa y Estados Unidos, el triaje lo realiza la enfermera de Urgencias. Esto es un hecho que ha sido recomendado por diferentes asociaciones científicas, como son la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Grupo Español de Triage Manchester, y la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) y avalado por los Estatutos Generales de la Organización de Enfermería en España en los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001 del 8 de Noviembre donde son aprobados. La atención por una enfermera de práctica avanzada de urgencias supone un paso adelante para una adecuada

gestión con respecto a la demanda asistencial del usuario que acude a estos servicios. Esto es motivado por la capacidad resolutive de la enfermera debido al aumento de competencias, además del elevado porcentaje de motivos por los que los usuarios acuden al servicio de urgencias, en muchos casos demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes”.(11)

DE ARGILA N., Egea B. , Carnevall D. España 2012, en su estudio de “Evaluación del impacto tras la implantación del triage de adulto gestionado por enfermería en un servicio de urgencias hospitalarias” en España, el cual tuvo como objetivo analizar el impacto de un programa de triage en la demora en la atención de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias y conocer la valoración del personal de enfermería que ha iniciado la gestión del triage, donde se realizó un estudio observacional prospectivo de tipo cohortes del total de 1413 pacientes que son atendidos en urgencias se analiza esta herramienta desde la experiencia de los profesionales de enfermería en plantilla con una encuesta estructurada simple. Entre los diez primeros sin triage y los seis siguientes con triage, se evidencia una diferencia significativa; se obtuvo como resultado la mejora en los tiempos en la primera atención; sin embargo, no se aprecia diferencia significativa en el tiempo total de estancia en urgencias.(12)

2.2 Marco Conceptual

La palabra Triage se conoce del vocablo francés “trier” que significa tamizar, elegir, clasificar, separar y escoger; pero tiene su origen del latín. Representa una forma práctica para decidir quién y cuándo deben recibir atención médica de acuerdo con el diagnóstico y pronóstico establecido. Es considerado también como un proceso de clasificación de los pacientes por el centro coordinador de urgencias y emergencias, en base a la valoración protocolizada de un grado de

urgencia, de forma que se establezcan los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo médico y se active el mejor recurso de atención para su problema, independientemente del orden de la demanda asistencial.(13)

La Red de salud UC Christus de Chile²² nos dice que el triage es una palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o elegir. Así se ha denominado también al proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados.

Originalmente se utilizó para la clasificación de pacientes ante situaciones de catástrofe, sin embargo, el uso rutinario de los servicios de urgencia de clínicas y hospitales por parte de personas que enfrentan situaciones de salud que no constituyen en sí mismas una emergencia ha llevado a que este sistema también sea usado para designar prioridades en este tipo de atención.

En esencia, Triage representa la evaluación rápida de los pacientes y su ubicación en la lista de espera para la atención médica. Por desgracia, muchas personas insisten en ser atendidas de inmediato por orden de llegada y no de gravedad de sus síntomas.

El sistema de Triage divide los estados de gravedad en varias categorías incluyendo desde estados críticos a situaciones menos urgentes.

Evolución histórica

Según Álvarez (14) los ejércitos napoleónicos fueron los primeros en aplicar la clasificación de sus bajas en el campo de batalla, siendo el cirujano militar Barón Dominique Jean Larre el padre de la moderna teoría del triage. La I Guerra Mundial aplicó criterios de uso de ambulancias motorizadas para desplazar a los heridos más graves hacia escalones retrasados, el orden en el que deberían transportarse las víctimas vino marcado por una clasificación previa.

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las “plantas de accidente” abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los cuartos de urgencias hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 1964. Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno. Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los cuartos de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus respectivos territorios. (7)

El tiempo quirúrgico ha sido históricamente el patrón oro de la clasificación. Las limitaciones en los medios han obligado a emplear el quirófano en aquellas víctimas con más posibilidades de sobrevivir. La combinación de la clasificación con la aproximación de las capacidades quirúrgicas al campo de batalla mediante el despliegue de equipos quirúrgicos avanzados, confirmó la necesidad de aplicar esta técnica de manera definitiva, permanente y adaptada al tiempo

operatorio. Actualmente el uso de medios aéreos en toda la cadena de evacuación, unido al despliegue inmediato de unidades de estabilización en las áreas de emergencia, ha permitido disminuir el intervalo libre de actuación terapéutica y aumentar el plazo operatorio en un gran número de patologías traumáticas. El hospital es en nuestros tiempos el referente final de los criterios de clasificación y en sus servicios de urgencia se establece un modelo que facilita el que aquellas víctimas cuyo plazo terapéutico sea menor tendrán un acceso más rápido a los medios asistenciales a expensas de aquéllos cuyo plazo sea mayor. La dispersión de los pacientes entre diferentes hospitales de una misma región según criterios asistenciales y capacidades del centro receptor, es de una enorme rentabilidad lo que ha hecho que aún en nuestros días la clasificación versus triage goce de plena vigencia y sus aplicaciones abarquen espacios tan diferentes como zonas de conflicto, grandes catástrofes, puertas de hospital o la atención a múltiples víctimas. En los países desarrollados y especialmente en sus áreas metropolitanas la clasificación está muy asociada al transporte con criterios de dispersión por patologías específicas (centros de trauma, centros de quemados, neurocirugía, cirugía torácica, hospitales infantiles, etc.). Con ello se consigue no colapsar los grandes centros hospitalarios y que hospitales y clínicas de un nivel más bajo participen activamente en la atención general.(14)

Modelos de triaje

Cando Abuja⁽¹⁵⁾ señala que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triaje, incluyendo el australiano:

- ✓ La Escala canadiense de triaje y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente.

- ✓ El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996.
- ✓ El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index© 5 level triage: ESI) desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los E.E.U.U. en 1999.
- ✓ El Modelo andorrano (Ayuso-Raya.M, Pérez-López.N, Simarro-Herráez.M, & Escobar-Rabadán.F, 2013) de triaje (MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia (SCMU) en 2002 y como estándar andorrano por la Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente.
- ✓ En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triaje (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje.

Sistema español de triaje (SET)

Soler W. señala: Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en junio de 2000, en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra, un nuevo sistema de triaje estructurado denominado «Model Andorrà de Triatge» (MAT), que nace de una adaptación conceptual de la CTAS y convierte una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela, en una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico. Sus principios fundamentales son:

- ✓ Triaje de 5 niveles normalizado, con un programa informático de gestión del triaje y otro de ayuda a la decisión clínica en el triaje (PAT).
- ✓ Modelo de triaje de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.

- ✓ Integrado en un sistema de mejora continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triaje.
 - ✓ Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.
- En 2003 fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de triaje en castellano para todo el territorio español y se denominó «Sistema Español de triaje» (SET).

NIVEL	COLOR	CATEGORIA	TIEMPO DE ATENCION
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos Urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

El SET reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas.

Discriminantes y escalas de gravedad

Un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de triaje. El SET utiliza:

- ✓ Constantes: discriminan a los pacientes con la misma sintomatología, entre el nivel II y el III (temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, SpO2, glucemia capilar, Glasgow).
- ✓ Signos vitales anormales (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y somnolencia o confusión).
- ✓ Dolor: el SET dispone de una guía clínica de evaluación del dolor en el triaje que permite objetivar los valores que los pacientes manifiestan.

Escalas de gravedad

Las escalas de Glasgow, del coma no traumático, de grados de deshidratación, de gravedad clínica de la disnea o de gravedad clínica

del asma entre otras, están disponibles para el profesional mediante el programa de ayuda PAT.

Abordaje de la urgencia

En el SET la diferenciación entre niveles se lleva a cabo mediante discriminantes, preguntas específicas y la aplicación de escalas de gravedad.

La escala de triaje del SET se estructura en base a una serie de escalas generales que se van incluyendo en las diferentes categorías sintomáticas. A partir de cada categoría sintomática se desarrollan los algoritmos que integran la escala de triaje y aspectos específicos relacionados con los motivos de consulta incluidos en la categoría sintomática.

Las categorías sintomáticas del SET tienen su desarrollo algorítmico en el Programa de Ayuda al triaje (web e-PAT), de manera que cualquier entrada sintomática acabará rindiendo un nivel de triaje, una vez contestadas las preguntas planteadas por el programa.

Calidad y monitorización

Es un aspecto importante en el SET. Contempla, por un lado, indicadores de calidad y, por otro, el conjunto mínimo de datos asistenciales de urgencias (CMBDU) para realizar análisis de comparación con estándares o benchmarking, tanto en adultos como en niños y todo ello relacionado con los niveles de triaje.

El CMBDU hace posible también el análisis de casuística o case-mix de los pacientes atendidos en urgencias que se realiza principalmente en base a dos parámetros:

- ✓ Grado de urgencia: nivel de triaje asignado
- ✓ Complejidad: medida al clasificar a los pacientes en grupos según su destino desde urgencias (GRUDs) y según la edad (GRUDEs).

Sistema Manchester (MTS)

Soler W. señala: El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994 y sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos:

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de triaje.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de triaje desarrollado.

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de «tiempo clave» o «tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta»

NUMERO	NOMBRE	COLOR	TIEMPO MAXIMO
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

El sistema se revisó en 2006 y se introdujeron las aportaciones recibidas en esos 10 años. A lo largo de este tiempo ha sido adoptado en muchos hospitales de todo el mundo.

En España el Servicio de Urgencias del complejo Hospitalario de Ourense (Galicia), en el año 2002, realizó un estudio de validación y aplicación de MTS en nuestro medio, concluyendo que reúne las condiciones adecuadas para su aplicación.

En el año 2003, se crea el Grupo Español de triaje Manchester (GET-M) que se integra en el Grupo Europeo de triaje Manchester el 30 de abril de 2004 y que participa en reuniones científicas del mismo.

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes. En cada uno se despliega un árbol de flujo de

preguntas. Después de 4 a 5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención.

El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza discriminadores dispuestos en forma de diagramas para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas.

Los discriminadores generales son: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución) y se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación.

El método es coherente en sus planteamientos ya que los síntomas guía pueden conducir a más de un diagrama de presentación clínica. Así, un paciente que no se encuentra bien con el cuello rígido y dolor de cabeza tendrá la misma prioridad si el profesional utiliza los diagramas de «adulto con mal estado general», «dolor de cuello» o «dolor de cabeza». Tampoco hace ninguna suposición sobre el diagnóstico y puede ser desarrollado por cualquier enfermero o enfermera independientemente de su grado de experiencia. Como requisito imprescindible se exige haber superado la formación inicial necesaria.

El sistema tiene ya una experiencia acumulada de 14 años, permite realizar auditorías de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. Discrimina bien los pacientes críticos y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica.

El MTS es el sistema más ampliamente usado en hospitales de Europa y existen también grupos de triaje nacionales en países como Alemania, Holanda, Inglaterra e Irlanda, Portugal y España. En el Reino Unido es el sistema mayoritariamente utilizado.

En España en la actualidad es el sistema elegido por los servicios de salud de Asturias, Galicia, Madrid y Comunidad Valenciana para sus hospitales públicos, 65 en total.

La unidad de triaje

Entendemos por “Unidad de Triaje” cada una de las salas de un hospital, servicio de salud, cuarto de urgencias o de cualesquiera otros establecimientos de similares características donde se atiende a pacientes, independientemente de su naturaleza de entidad pública o privada, en la que se realiza el triaje. Como vemos este es un concepto más bien jurídico que asistencial. Desde el punto de vista asistencial, hablamos de “Área de Triaje”, constituida por una unidad o sala de triaje, una sala de visita rápida y un área de espera de pacientes para dicha sala rápida. Idealmente el área de triaje ha de estar próxima a un área de radiología, con su sala de espera correspondiente.(7)

Ubicación de la/s unidad/es de triaje

Tanto desde el punto de vista estructural como funcional, el área de triaje ha de ser la puerta de entrada del cuarto de urgencias. Las unidades de triaje han de estar ubicadas en la proximidad de la entrada de pacientes al servicio, habitualmente contiguas al área de admisión de pacientes y a la sala de espera. Dado que el triaje es un proceso y no un espacio, la ubicación de la unidad de triaje en un sitio determinado del servicio no implica que este no pueda ser realizado también en cualquier otra ubicación. Hemos de estar preparados para realizar triaje en cualquier lugar del servicio; incluyendo, especialmente, a los pacientes que llegan con ambulancia, y a los pacientes ya ubicados en box (traje a cabecera de paciente) si no se dispone de personal en presencia física en la sala de triaje.

Tipos de Triage.

Cando Albuja⁴ dice que se han descrito cinco tipos de triaje:

- ✓ Triage no profesional: es realizado por una recepcionista o técnico quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera.
- ✓ Triage básico: es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.
- ✓ Triage avanzado: es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.
- ✓ Triage médico: es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.
- ✓ Triage en equipo: la enfermera y el médico funcionan como un equipo.

En nuestro medio, se utilizan las modalidades de triaje médico, el triaje no profesional y el triaje básico realizado por la enfermera profesional.

Una limitante observada es la poca disponibilidad de enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas con este recurso.

Objetivos del sistema estructurado de triaje

Según la OPS²⁰ los objetivos del sistema de triaje estructurado son.

- ✓ Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia para garantizar su seguridad (disminuir su riesgo).
- ✓ Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en un cuarto de urgencias o el centro hospitalario más adecuado para trasladar un paciente que se presenta o es atendido por un dispositivo de asistencia extra hospitalaria.

- ✓ Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los cuartos de urgencias.
- ✓ Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, asegurando la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
- ✓ Permitir una información fluida a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente, dando información sobre cuáles son las necesidades de exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas preliminares y el tiempo de espera probable.
- ✓ Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de los cuartos de urgencias y emergencias, (urgencia y complejidad de las patologías que se atienden), 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, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros asistenciales. Este punto es crítico para mejorar la gestión de las urgencias y emergencias, allá donde se producen, y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- ✓ Mejorar la calidad de las organizaciones en la asistencia a las urgencias.

Ventajas del triaje:

Para Castaño Castro⁶ las ventajas que ofrece el triaje son:

a) Para los pacientes:

- ✓ Proporciona información al paciente sobre su estado y el tiempo aproximado de espera.
- ✓ Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria.
- ✓ Priorización de la atención de acuerdo a su gravedad clínica.

b) Para el servicio de urgencias:

- ✓ Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad.
- ✓ Permite la reordenación de los recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
- ✓ Genera información útil para la orientación de los recursos de los que deben disponer en el área de urgencias.
- ✓ Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.

c) Para la organización:

- ✓ Permite realizar controles de calidad.
- ✓ Permite políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos.

Principios del Sistema de Triage

Según la OPS²⁰ los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triaje estructurado y moderno son:

- Ha de ser un sistema de triaje de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación.
- Ha de ser un modelo integrador 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 constituir en un modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triaje, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.
- 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, dentro de un modelo de especialización de urgencias. Ha de ser un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triaje.

- Ha de ser un sistema 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 permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.
- Se ha de poder integrar 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.
- Ha de proponer adaptaciones estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triaje, y formación específica para el personal de triaje.
- Ha de ser un sistema de triaje estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extra hospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

Designación de prioridades mediante el triaje

La Red de salud UC Christus de Chile²² nos explica que la aplicación de la priorización es de responsabilidad del equipo de enfermería del Servicio de Urgencia. Así, cuando un paciente ingresa es recibido por una enfermera o enfermero, quien controla signos vitales y aplica un cuestionario que apunta determinar el grado de urgencia.

✓ Triaje 1: Atención Inmediata

El paciente debe ser evaluado y atendido de manera inmediata dado que su condición representa un serio riesgo para su vida. Se aplica en

casos de paro cardiorrespiratorio, apnea, quemaduras de la vía aérea, insuficiencia respiratoria severa, estatus convulsivo, intoxicaciones y hemorragias severas, entre otros.

✓ Triage 2: Manejo dentro de 10 minutos como máximo

El paciente debe ser evaluado y atendido en segundo orden de prioridad. Se aplica en pacientes con dolor severo, particularmente si se trata de personas mayores o factores de riesgo asociados como diabetes, cardiopatías o hipertensión arterial. También en personas con compromiso respiratorio, dolor de cabeza intenso y de comienzo súbito, compromiso de conciencia, signos de deshidratación en niños pequeños, hemorragia mayor, trauma ocular, entre otros.

✓ Triage 3: Atención médica en los siguientes 30 minutos

El paciente puede esperar un tiempo razonable para ser atendido. Se aplica en personas cuya condición no implica un riesgo inmediato para su vida. Se aplica en pacientes con crisis hipertensiva sin otros factores de riesgo cardiovascular significativos, hemorragias recientes, pero que no están activas en el momento; niños con saturación de oxígeno entre 90% – 95%, convulsiones en paciente epiléptico, vómitos persistentes en niños, TEC, fractura de cadera o alguna extremidad, heridas en niños que requieran sutura con sedación, heridas abrasivas extensas, entre otros.

✓ Triage 4: Atención médica en los siguientes 60 minutos

En esta categoría caben todos los consultantes que no están en las categorías anteriores y que, además de la atención médica, requieren de un procedimiento diagnóstico o terapéutico para su resolución. Por ejemplo, pacientes adultos con cuadros gastrointestinales, torsiones de tobillo, dolor de espalda, cuadros respiratorios simples o pacientes pediátricos con cuadros bronquiales obstructivos simples, aspiración de cuerpo extraño sin dificultad respiratoria, diarreas simples, etc.

✓ **Triaje 5: Evaluación y manejo en los siguientes 120 minutos**

Son pacientes que requieren sólo de la intervención del médico para el diagnóstico y resolución de su condición de salud y que podrían haberla requerido en una consulta ambulatoria. Por ejemplo, pacientes adultos con estados gripales, amigdalitis, picaduras de insectos, cuadros de angustia o requerimiento de recetas médicas por enfermedades crónicas. O niños con dolor de oídos, episodios de diarreas intermitentes, laringitis, etc.

De acuerdo con esta clasificación, se inicia el proceso mismo de atención.

El Triaje supone también una reevaluación y asistencia continua así como la recategorización si el plazo máximo de espera es superado por la demanda de atención.

El procedimiento general

Álvarez, indica que la clasificación en el triaje es un procedimiento médico individualizado, dirigido a obtener una visión general de cada víctima. Se trata de valorar su pronóstico vital, y establecer una prioridad en su transporte y/o en su tratamiento. Está basado en dos principios fundamentales: salvar el mayor número de vidas y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. Los pacientes se clasifican según sus posibilidades de supervivencia en tres bloques diferentes: los que se morirán haga lo que haga, aquéllos que se beneficiarán mucho con poco y aquéllos que se pueden morir a pesar de lo que haga. Estas opciones serán diferentes según el escenario en el que se desarrolla esta clasificación pero cuando los recursos están limitados el beneficio se dirigirá a la mayoría. Específicamente se trata de efectuar un reconocimiento sencillo, completo y rápido a cada una de las víctimas, como resultado del mismo se establece un criterio lesional en cuatro categorías básicas: muy graves, graves, menos graves e irreversibles asignándole a cada una de estas categorías una

cadena de tratamiento, incluyendo en ello su prioridad, medio y ruta de transporte.

Las tres acciones que condicionan la clasificación: inspección, evaluación y decisión propiamente dicha, están en relación directa con la triada clásica de: ver, juzgar y actuar. Todo paciente clasificado en una estación de tratamiento debe ser etiquetado, es decir, debe portar una etiqueta o elemento diferenciador del grado de gravedad que se le ha identificado. La clasificación se repetirá en cada uno de los puntos de asistencia por los que pasa un lesionado en su cadena de evacuación hasta su asistencia definitiva y cada uno de ellos será revaluado continuamente. Los criterios de gravedad no siempre van ligados a las prioridades en el tratamiento que dependerá en cada caso del escenario y de los medios; así pacientes muy graves en un medio imposible, no distraerán recursos limitados que pueden beneficiar mucho a una mayoría menos grave. Se insiste en diferenciar bien entre criterios de gravedad que afectan directamente a cada individuo (muy grave, grave, menos grave, etc.) y prioridad asistencial (inmediato, diferido, no asistible). El acto de la clasificación se hará coincidir con la aplicación de maniobras salvadoras, efectuando gestos salvadores simultáneos al proceso de inspección y que constituyen actos reflejos del clasificador (hiperextensión del cuello, presión sobre puntos sangrantes, posición lateral de seguridad, aplicación de torniquetes, analgesia precoz eventualmente, etc.). El flujo de las víctimas, es decir el movimiento de los pacientes será siempre en sentido anterógrado, en una sola y única dirección, siendo contrario al procedimiento volver hacia estaciones asistenciales previas. El personal clasificado deberá ser dirigido a áreas concretas de acuerdo con su situación de gravedad, donde eventualmente se iniciarán en cada caso las medidas terapéuticas adecuadas a su lesión. La elección de las áreas para ejecutar la clasificación o la concentración por categorías es de singular

importancia, se buscarán en lo posible zonas fuera de riesgo, de fácil localización y acceso, todo lo resguardadas de las inclemencias meteorológicas posible, con visibilidad y con buena accesibilidad a los medios de transporte. En resumen, cuando los criterios de clasificación coinciden con la capacidad de tratamiento, mejora sensiblemente el pronóstico global y se consigue disminuir los plazos terapéuticos y las evacuaciones salvajes; de otro lado permite distribuir al personal asistencial según sus capacidades, implementar el uso de los recursos críticos e iniciar los apoyos diagnósticos lo más precozmente posible.

Características de la clasificación

Álvarez, dice que una buena clasificación en condiciones difíciles precisa de una disciplina de trabajo rigurosa y mantenida, la clasificación es siempre previa a cualquier tratamiento individualizado y debe tener las siguientes características.

- ✓ Personalizada; individuo a individuo en todos los individuos afectados.
- ✓ Dinámica; mantener una cadena de atención ininterrumpida, eficiente, regular en el tiempo empleado en cada uno de los afectados, sin interrupciones dilatadas en el análisis de ninguno de ellos.
- ✓ Permanente; en toda la cadena asistencial, reevaluando permanentemente a cada víctima, cada vez que entra en una estación asistencial nueva.
- ✓ Adaptada; al número de pacientes, la distancia a los centros asistenciales, el número de medios de transporte y la capacidad asistencial en la zona.
- ✓ Socialmente aceptable; siempre que las circunstancias lo permitan, mantener los núcleos familiares y sociales dentro de áreas próximas a su lugar de residencia.

- ✓ En sentido anterógrado; sin volver hacia atrás hasta haber examinado a todos.

Para llevar a cabo estas reglas se hace necesario, que la persona responsable del triage sea un facultativo con una amplia experiencia en emergencias médicas y un gran sentido clínico, además de poseer cualidades personales como dotes de mando, serenidad, capacidad organizativa e imaginación

Elementos rápidos para valorar a las víctimas

Álvarez, señala como elementos para valorar rápidamente a las víctimas:

- ✓ Inspección: Localización y visualización del paciente, posición, identificación grosera de los signos vitales, estado de consciencia, respiración y movimiento espontáneo.

- ✓ Evaluación: Valoración hemodinámica sencilla: presencia y frecuencia de pulso y estado del relleno capilar.

La evaluación considera la integridad del aparato respiratorio y circulatorio; la presencia de sangrados o lesiones que afecten directamente a alguno de estos órganos de forma inmediata, lesiones viscerales que los afectarán de forma inmediata, integridad neurológica, lesiones músculo esqueléticas, etc. (presencia, frecuencia, amplitud y ritmo de la caja torácica). La presión del pulso informa de la bomba cardiaca en sus parámetros de precarga, frecuencia y contractilidad, elementos básicos para valorar la volemia de forma inmediata. El relleno capilar nos da una visión global de aspectos de la respiración mantenida, ventilación, volemia, consumo de oxígeno, gasto cardiaco.

- ✓ Decisión terapéutica: "Qué hay que hacer con este paciente, quien lo hará y dónde"; esta decisión se acompañará de la activación de los elementos (personal y medios) necesarios para la puesta en

marcha de una cadena asistencial diferente para cada uno de los flujos de asistencia.

Procedimiento específico para la valoración de la gravedad

Álvarez, señala que la valoración consiste en una inspección por procedimientos simples de las posibilidades de supervivencia, objetivando lesiones presentes que comprometen la vida de la víctima en función del tiempo real en el que pueden ser atendidas en escalones posteriores.

Secuencia para valoración

- ✓ Vía aérea.
- ✓ Respuesta verbal.
- ✓ Obstrucción evidente de la vía aérea.
- ✓ Ventilación.
- ✓ Frecuencia profundidad y simetrías ventilatorias.
- ✓ Circulación.
- ✓ Frecuencia de pulso.
- ✓ Reflujo capilar.
- ✓ Sangrado evidente.
- ✓ Focalidad neurológica.
- ✓ Capacidad integral de respuesta.
- ✓ Capacidad de mover todas las extremidades.
- ✓ Manifestaciones del paciente (qué se siente).
- ✓ Exposición del paciente (desnudo).
- ✓ Búsqueda de problemas mayores.

Determinación de las prioridades del Triage

Según Cando Albuja¹⁵ la clase de prioridad o calificación de la urgencia puede ser hecha mediante la combinación de los elementos de la valoración, la interpretación subjetiva o motivo de consulta del paciente y el examen clínico objetivo.

Dos pacientes pueden presentar el mismo motivo de consulta desde problemas muy serios que involucran el sistema nervioso central o el sistema respiratorio, a menos serios, como problemas de las extremidades, en los cuales la urgencia con la cual deben ser tratados depende del grado de amenaza de la vida o pérdida de la extremidad; esto puede ser expresado por el tipo y grado de los síntomas que el individuo presente. Los siguientes factores combinados con los signos vitales del paciente, el examen físico y el motivo de consulta pueden cambiar la prioridad con la que debe ser iniciado el tratamiento:

- Severidad de los síntomas
- Frecuencia de los síntomas
- Problemas pre existentes
- Factores precipitantes
- Edad del paciente
- Antecedentes alérgicos
- Antecedentes medicamentosos

Los signos y síntomas son los indicadores de enfermedad más relevantes. Los signos vitales significativamente anormales son indicadores de amenaza de la vida: hipotermia e hipertermia; bradicardia y taquicardia; hipotensión e hipertensión, apnea y taquipnea.

Componentes de un sistema de triage intrahospitalario

Cobo Alba⁷ dice que para determinar la efectividad del sistema de triage, debe valorarse sus componentes de manera objetiva. La sensibilidad determina la capacidad del sistema de triage de identificar correctamente la fracción de pacientes politraumatizados, y la especificidad los pacientes no lesionados, que son identificados correctamente por el sistema. Dos términos comúnmente usados para calificar el sistema es la “sobre clasificación” que hace referencia a los falsos positivos, es decir aquellos pacientes que por la naturaleza de

sus lesiones fueron identificados erróneamente como víctima de trauma mayor, sin serlo. Este error provoca sobrecostos, siendo atendido en un nivel de complejidad más alto al que en realidad ameritaría. El segundo término es la "subclasificación", en la que el paciente es atendido en un nivel de complejidad menor al requerido, debido a que el triage no tuvo la capacidad de identificarlo, este error del sistema produce el costo más alto que es la pérdida de la vida humana. Al hacer el análisis de las anteriores situaciones se concluye que para tener un sistema con alta sensibilidad y especificidad y baja sobre y subclasificación, debe aplicarse un sistema de triaje con diversos componentes lo que hace menor la posibilidad de error. Los siguientes son los componentes más importantes de un sistema de triaje:

✓ Fisiológicos:

Los elementos que miden los cambios fisiológicos del paciente politraumatizado, son de gran utilidad para determinar el grado de compromiso y la posibilidad de lesiones amenazantes para la vida. También son útiles la aplicación de algunos índices de trauma tales como el RTS que debe ser aplicado precozmente y cuya base son también eventos fisiológicos.

✓ Anatómicos:

En este componente, se evalúa la posibilidad de lesiones que por su naturaleza extensión y severidad podrían resultar en eventos amenazantes para la vida. También se utiliza la aplicación de índices anatómicos tal como el ISS.

✓ Mecanismo Del Trauma:

La naturaleza del evento traumático, con factores como el intercambio de energía, son determinantes al intentar clasificar la gravedad de una lesión y debe incluirse de manera sistemática como componente básico de un sistema de triaje.

Consideraciones Del Estado Neurológico Del Paciente:

Existen condiciones especiales que dificultan la valoración objetiva y precisa del paciente politraumatizado, como son las alteraciones del estado neurológico producidas por alcohol o consumo de drogas, que pueden inducir a un error de criterio al momento de la evaluación, enmascarando situaciones que podrían ser amenazantes para el lesionado.

✓ Edad

Las edades extremas son factores que contribuyen a aumentar la morbilidad de los lesionados, por lo tanto pacientes que presenten esta circunstancia ameritan un manejo en un nivel de trauma superior, con recursos humanos y tecnológicos más avanzados⁶.

Triage y tarjetas

Álvarez, señala que el uso de las tarjetas con ser muy ortodoxo no ofrece un consenso absoluto, las principales controversias surgen: porque las tarjetas no siempre están disponibles, ofrece información sobre el deterioro de los pacientes pero no sobre su mejoría y ofrece poco espacio para transcribir información sobre la evolución.

✓ Ventajas:

- Se controla la asistencia impidiendo duplicar esfuerzos.
- Se establece un flujo ordenado de las víctimas.
- Se controla la cadena de evacuación.
- Se controla el conjunto de la catástrofe.
- La tarjeta de clasificación es un elemento más organizativo que asistencial.
- Controla los pacientes que van a cada hospital.
- Se evitan evacuaciones salvajes.

✓ Inconvenientes:

- No se dispone de ellas cuando se necesitan.
- Problemas de legibilidad.
- Pérdidas durante la evacuación.

- Deterioro por el agua.

El proceso de etiquetado, la identificación del paciente mediante el uso de tarjetas (tagging) es un proceso asociado y necesario al triage para asegurar un cuidado continuo.

La mejor etiqueta

Álvarez, también indica que la mejor tarjeta es la más visible, durable y con el suficiente espacio para transmitir información. Existen varios tipos de tarjeta de triage, las más empleadas y conocidas son las de que siguen el criterio cromático anteriormente definido. La información mínima que deben incluir las tarjetas es la que a continuación se indica:

- ✓ Filiación.
- ✓ Número.
- ✓ Sexo.
- ✓ Lesiones anatómicas que padece.
- ✓ Medicación administrada.
- ✓ Horarios.
- ✓ Grado de urgencia.
- ✓ Si es portador de torniquete: hora de aplicación.

Las tarjetas deben ir bien atadas a la muñeca o al tobillo del paciente, pero nunca a los vestidos o al calzado. Si no disponemos de tarjetas, podemos hacer un marcaje de los pacientes con rotuladores indelebles, con una "X" en la frente, dependiendo de su gravedad.

Lesionados menores o fallecidos X.

Lesiones severas cuyo tratamiento puede aplazarse XX.

Lesiones severas que requieren tratamiento inmediato XXX.

Normas para el triaje y los circuitos asistenciales

De Moya⁹ enfermera de emergencias del Complejo Hospitalario Universitario Albacete elaboro un manual de organización y funcionamiento del servicio de emergencias donde indicaba:

- Los pacientes serán triados por orden de llegada al servicio de urgencias, priorizando los que llegan trasladados por ambulancias y después aquellos que precisan camillas/sillas y los que vienen derivados de otros servicios sanitarios, así como aquellos pacientes que el celador de puerta nos alerte sobre su mal estado general.
- Se realizará ECG a todo aquel paciente cuyo motivo de consulta sea “dolor torácico” no traumático debiendo ser valorados por el facultativo especialista adscrito al servicio de urgencias (FAEU) de triaje para ser derivado al área correspondiente (Medicina Interna, observación, camillas, etc.).
- Toma de constantes vitales. Se realizará toma de constantes vitales necesarias a todos aquellos pacientes con nivel de urgencia II y III (presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, pulsioximetría,...) y a aquellos que se considere necesario a criterio del personal de triaje. Se registrarán en la historia del paciente.
- Aquellos pacientes inmunodeprimidos una vez triados, se les pondrá una mascarilla, y se dejarán en el pasillo de Rx hasta su exploración.
- La enfermera de triaje avisará al oftalmólogo de guardia cuando el motivo de consulta de los pacientes triados sean “signos/síntomas oculares” y derivará a Ginecología a aquellas pacientes que considere que deban ser atendidas por dicha especialidad.
- En la Unidad de consulta rápida (UCR) serán atendidos los pacientes clasificados con niveles V y aquellos con nivel IV que el Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) de triaje valore que deben ser atendidos en esta unidad. Si tras el triaje del paciente y su asignación a la UCR, el facultativo responsable de esta unidad valora que el paciente debe ser atendido por otro especialista, deberá proceder a su derivación directa.

- Algunos motivos de consulta que deben tratarse en la UCR:
 - ✓ Síntomas catarrales (dolor de garganta, otalgias, etc.), síntomas urinarios, síntomas producidos por enfermedades de transmisión sexual.
 - ✓ Dolores musculares.
 - ✓ Alergias y reacciones cutáneas: picaduras, urticarias y otras lesiones cutáneas sin fiebre.
 - ✓ Problemas de extremidades no traumáticas.
 - ✓ Revisitas.
 - ✓ Consultas odontológicas.
 - ✓ Visitas administrativas.
 - ✓ Pacientes de difícil catalogación.
- En el Box de Traumatología serán atendidos todos los pacientes triados con “lesiones y traumatismos”, independientemente del nivel de triaje. No serán tratados en esta consulta los motivos de consulta no traumáticos.
- Box de Medicina interna (MI). Se derivarán los pacientes clasificados con niveles II, III y IV así como aquellos que el FAEU de triaje valore que deban ser atendidos por MI. Deberán ser tenidas en cuenta y valoradas las constantes vitales tomadas durante el triaje.
- Área de camillas. Los pacientes que deban permanecer en este área deberán llevar, en un lugar visible, su correspondiente pegatina identificativa para así garantizar la seguridad del paciente durante su estancia en el servicio de urgencias, durante los procedimientos que se les realicen y hasta el momento del alta hospitalaria o la toma de decisión de ingreso, momento en el cual se sustituirá la pegatina por la pulsera identificativa. En esta pegatina sólo constará el nombre y apellidos del paciente, y se le colocará tanto al paciente como a su acompañante una vez triados.

- Observación. Serán derivados los pacientes que el FAEU de triaje valore que deban ser atendidos en esta área.
- El DUE de triaje del turno de noche pasará a apoyar al área de Pediatría cuando el FEAU decida el cierre del triaje en el box 1, pasando en este momento la función del triaje al DUE de MI hasta las 8h.
- Ante un paciente con sintomatología urológica (disuria, posible infección urinaria,...) se entregará, en el box de triaje, contenedor para recogida de muestra de orina para su obtención en espera de la atención médica. También se entregará en los casos que sea necesario realizar test de embarazo, detección de tóxicos en orina, dolor abdominal tipo cólico renal.
- Aquellos pacientes cuyo motivo de consulta no sea de carácter urgente (cambio de sondas, curas programadas, inyectables, retirada de puntos.....) se les informará que tendrán que esperar asistencia.

Utilidad del sistema de triaje estructurado

Según la OPS, los substitutos de gravedad y complejidad son indicadores asistenciales que permiten comparar la complejidad de los diferentes cuartos de urgencias. Los modelos de triaje estructurado tienen que permitir tener un mayor conocimiento de la realidad asistencial de los cuartos de urgencias.

Como substitutos de gravedad y complejidad entendemos:

- ✓ Tiempo de estancia en urgencias: Se establece como la mediana de tiempo expresada en minutos para cada nivel de triaje y para la totalidad de pacientes visitados en urgencias.
- ✓ Consumo de recursos diagnósticos y/o terapéuticos: Se relacionan la distribución de pacientes en los diferentes niveles de triaje con el consumo de recursos diagnósticos (analíticos y radiológicos) y

terapéuticos. Esta variable tiene relación con los procedimientos realizados.

- ✓ El Índice de ingreso en función de la urgencia: Este índice es un indicador indirecto de la validez y utilidad del sistema de triaje pues evalúa la gravedad real de los pacientes en función de la necesidad de ingreso. Los pacientes que ingresan en el centro hospitalario, mueren en urgencias o son trasladados a otro centro, constituyen el grupo de pacientes ingresados. También se han de incluir pacientes que cumplen con los estándares de criterio de ingreso, si estos están disponibles en el centro, pero que por diferentes circunstancias no son ingresados.

Triaje como indicador y control de calidad:

Soler, dice que la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado en los Servicio de Urgencias Hospitalarios (SUH) es considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo - eficiencia.

Se proponen cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de triaje implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias.

Son:

- ✓ El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (menor o igual del 2 % de todos los pacientes que acuden a urgencias), incluyendo aquellos que no son clasificados y los que se trían, pero se van antes de ser visitado por el facultativo.
- ✓ Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
- ✓ Tiempo que dura la clasificación (menor de 5 minutos como recomendación).
- ✓ Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triaje.

Pasos previos a la implementación del Triage

Cando Abuja, señala que el requisito fundamental para implantar un sistema de triaje estructurado en una organización sanitaria, es contar con el claro convencimiento en la misma, de la necesidad de la implantación, sus ventajas y la oportunidad de mejora que ello conlleva.

Una vez establecida la decisión de implantar el sistema de triaje estructurado, será necesario contar con una dotación presupuestaria que garantice la capacidad de asesoramiento, puesta en marcha del sistema y seguimiento de la implantación.

El proceso de asesoramiento en la implantación, incluye el análisis previo de la situación de la organización, una propuesta de implantación ajustada a las necesidades de la organización basada en la reingeniería de procesos y un liderazgo y acompañamiento en el proceso de implementación del Plan de implantación.

La puesta en marcha del sistema incluye los reajustes estructurales, de personal y tecnológicos mínimos para garantizar una implantación exitosa. El seguimiento de la implantación incluye la disponibilidad de asesoramiento a la organización y la actualización tecnológica necesaria.

Existen una serie de factores que garantizan el éxito de la implantación de un sistema de triaje estructurado:

- La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado válido, útil, relevante y aplicable, con suficiente solidez científica como para ser utilizado tanto en niños como en adultos, independientemente del tipo de centro donde se aplique.
- Que el sistema de triaje estructurado disponga de una escala de triaje de 5 categorías o niveles de triaje, que haya demostrado una fiabilidad lo suficientemente alta como para ser aplicada con seguridad tanto por facultativos como por enfermería, y cuya

aplicación pueda ser auditable a través de un sistema informatizado.

- La disponibilidad de un equipo de asesoramiento cualificado que coordine el proceso de implantación.
- La adhesión de los responsables sanitarios, gestores, facultativos y enfermería a las recomendaciones propuestas.
- La creación de un comité de triaje en los cuartos de urgencias.
- La estructuración física y tecnológica operativa y la dotación de personal en los cuartos de urgencias acorde con las recomendaciones propuestas.
- La aplicación de un programa de formación uniforme.
- La existencia de un número suficiente de profesionales cualificados y formados en triaje.
- La instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje, según un modelo de mejora continua de la calidad.
- La aplicación de un programa de formación continuada en triaje estructurado.

Proceso de implementación del Triage

Cando Abuja, también señala que la correcta implantación del sistema de triaje requiere de la organización una serie de requisitos básicos:

- ✓ Disponer de una mínima informatización.
- ✓ Disponer de una mínima estructuración de salas y espacios.
- ✓ Disponer de un personal cualificado, formado y cuantitativamente suficiente, que garantice el buen funcionamiento del sistema.

El proceso de implementación, una vez tomada la decisión de evaluar la implantación de un sistema de triaje estructurado en una organización sanitaria, tiene las siguientes fases:

1. Fase de análisis: El equipo asesor inicia el proceso de análisis de situación previo, en el que se valorarán las posibilidades reales de implantación y se planteará la mejor estrategia para conseguirlo.
2. Fase de estudio: La comisión de triaje del centro, junto al equipo asesor confeccionarán el Plan de implantación, que incluirá todos los aspectos relacionados con la implantación del sistema de triaje en el centro. La fase de estudio rendirá un proyecto de triaje adaptado a las necesidades del centro y un estudio de la dotación presupuestaria necesaria para implantar el sistema de triaje.
3. Fase de aprobación: El proyecto de triaje se presentará a la dirección competente para su aprobación.
4. Fase de adaptación: Se iniciará el proceso de adaptación estructural, profesional y tecnológica en base a las recomendaciones del sistema de triaje. En esta fase se adaptará el área de triaje, se dotará profesional y tecnológicamente el sistema de triaje y se formará a los profesionales.

Elementos necesarios para establecer un sistema de triaje

Álvarez, indica que los elementos necesarios para establecer un sistema de triaje son:

- ✓ Espacio físico seguro, próximo al punto de impacto con fácil acceso a las ambulancias.
- ✓ Personal asistencial entrenado.
- ✓ Material médico para manejar los pacientes una vez clasificados.
- ✓ Protocolos asistenciales previos.
- ✓ Control férreo de los medios de transporte sanitario.

La calidad asistencial y el consumo de recursos en la zona será siempre inversamente proporcional al número de afectados y al tiempo en que puedan ser atendidos de manera definitiva en los servicios médicos (hospitales o clínicas) de las áreas retrasadas. De

todos modos esta clasificación presenta dificultades a tener en cuenta.

Dotación técnica de la unidad de triaje

Según la OPS, el área de triaje ha de ser un espacio claramente identificado, con una sala de triaje de dimensiones adecuadas (mínimo 6 m², óptimo 9 m²), teniendo en cuenta aspectos como la confortabilidad, la privacidad, la seguridad y la existencia de una atmósfera agradable.

El profesional que realiza triaje ha de tener fácil acceso y visión de los pacientes que llegan al servicio.

Las puertas de la sala de triaje han de ser amplias, para dejar pasar sillas de ruedas, y ocasionalmente camillas.

Debemos dotar la sala de triaje de un sistema de control visual de los pacientes de la sala de espera.

Adjunto a la sala o unidad de triaje se ha disponer de un área de espera confortable, y siempre que sea posible de una sala de visita rápida, que permita descongestionar el área de espera.

La sala de triaje ha de estar dotada del material y equipamiento necesario para realizar en ella las funciones propias del triaje.

Se ha de disponer de un equipamiento de exploración básico y de un sistema de comunicaciones eficaz.

En la sala de triaje el profesional dispondrá de todos los documentos necesarios para realizar su función, así como medidas de seguridad y material de autoprotección y posibilidad de aplicación de normas de precaución estándar.

Estará totalmente informatizada.

Participación de enfermería en el triaje hospitalario

Olivera, señala que los profesionales que realicen el triaje estructurado, deben tener la capacidad de comunicación eficiente con

el equipo multidisciplinario, tacto al momento de atender a los pacientes, paciencia, comprensión y discreción. La recepción de los pacientes y sus familiares debe ser en un ambiente seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad. Dado que en las modernas escalas de triaje de cinco niveles no se establecen diagnósticos médicos y que todas ellas se basan en la sintomatología de los pacientes, la función recae principalmente en Enfermería. De esta forma, la enfermera de triaje ha de tener acceso rápido o estar en contacto con el área de recepción administrativa del servicio y con la sala de espera de los pacientes. En cuanto a las competencias profesionales, es importante tener la capacidad organizativa y resolutive en situaciones difíciles, para que ésta no limite el reconocimiento de los pacientes realmente graves. Dicha situación se logra al conocer el triaje, realizar una rápida evaluación clínica, recolectar los datos expresados por el paciente y dirigir la entrevista cuando sea necesario para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta y la situación fisiológica del paciente (de forma subjetiva o, siempre que sea posible, mediante monitorización de las constantes vitales), y finalmente documentar dicha valoración en un formato o lista de chequeo de una forma sistematizada.

La enfermera de triaje

Según Rodríguez, la enfermera de urgencias es aquella que somete al paciente a un triaje (recepción, acogida y clasificación) determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales, así como los factores que influyen en que se produzcan los flujos dentro de los servicios de urgencias. Por tanto, la práctica de la enfermera de triaje comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales, que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos.

En España, así como en el resto de hospitales de Europa y Estados Unidos, el triaje lo realiza la enfermera de Urgencias. Esto es un hecho que ha sido recomendado por diferentes asociaciones científicas, como son la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Grupo Español de Triage Manchester, y la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) y avalado por los Estatutos Generales de la Organización de Enfermería en España en los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001 del 8 de Noviembre donde son aprobados.

La atención por una enfermera de práctica avanzada de urgencias supone un paso adelante para una adecuada gestión con respecto a la demanda asistencial del usuario que acude a estos servicios. Esto es motivado por la capacidad resolutoria de la enfermera debido al aumento de competencias, además del elevado porcentaje de motivos por los que los usuarios acuden al servicio de urgencias, en muchos casos demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes.

En Estados Unidos las enfermeras adoptaron el ESI en los Servicios de Urgencias tras un entrenamiento proporcionado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y el Department of Health and Human Services, que les facilitó una financiación para el desarrollo y materiales de capacitación.

El papel de la enfermera de triaje es valorar al paciente en busca de signos y síntomas que puedan comprometer su vida con la ayuda de una estimación del número de recursos y que el paciente necesitará para ser tratado. El nivel de urgencia se determina, en función de la estabilidad hemodinámica y el riesgo potencial para la vida del paciente, para sus órganos o para las extremidades. La enfermera de triaje realiza una estimación de recursos realizando una valoración en base a la necesidad de éstos, basándose en su experiencia previa con pacientes que presentaban los mismos signos y síntomas. La

estimación de recursos es el número de procedimientos y pruebas que se espera que el paciente necesite para su diagnóstico y tratamiento. La enfermera de triaje utiliza como herramienta un algoritmo que permite la clasificación del paciente de manera rápida y precisa en el nivel que corresponda. En estos algoritmos se plantea al profesional preguntas que debe contestar así como información necesaria del paciente. El profesional debe seguir los pasos que se le propone y pasar de uno a otro según se van obteniendo las respuestas requeridas hasta el resultado final. A pesar de la sencillez de la utilización del algoritmo es necesaria la interpretación de una enfermera cualificada y experta para su correcta utilización. De hecho el algoritmo comienza con una evolución de la gravedad del paciente para identificar la necesidad de atención inmediata a los pacientes más graves y como segundo paso la consideración de recursos para los menos graves.

Existe una regla básica en triaje donde se tiene en cuenta que: “lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente. Con este concepto, en los servicios de urgencias donde están implantados los sistemas de clasificación, los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto será reevaluado hasta ser visto por el médico.

La enfermera de triaje es generalmente y en todos los hospitales la primera persona que va a ver al paciente, y tiene como funciones:

- Identificar al paciente en riesgo vital.
- Según el nivel de clasificación, asegurar la priorización y la reevaluación de los pacientes que deben de esperar.
- Dar información al paciente del proceso asistencial.
- Informar a los familiares.
- Manejar el flujo de pacientes y la congestión en el servicio.
- Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Los rasgos generales que caracterizan a una enfermera de urgencias son:

- Los rasgos personales de la enfermera, como ser flexible, tener autonomía y buenas habilidades de comunicación, ser asertivo, paciente, tener compasión, voluntad de aprender y escuchar, y la capacidad de priorizar.
- Las características cognitivas, como pueden ser los conocimientos, la capacidad de pensar de forma crítica, la capacidad de tomar decisiones con rapidez, y saber cuándo no actuar.
- Las características de comportamiento que la hacen tener capacidad para defender al paciente, trabajar bajo la presión a que se ven sometidas en este servicio así como la capacidad de organización y de improvisación.
- La experiencia es otra característica de la enfermera de urgencias que la hace desarrollar su intuición, confianza en el juicio, y la confianza en el equipo multidisciplinar con el que realiza su trabajo.

Todas estas características de una enfermera de triaje con un modelo ESI, son las que hacen de ésta un profesional experto al que se le ha añadido una herramienta probada y fiable que la ayudará en la asignación de un nivel de prioridad en la atención de un paciente.

Perfil de la enfermera de Triage

De Santos¹⁶ explica que las características o atributos que una enfermera de urgencias hospitalarias debe poseer para llevar a cabo un triaje de calidad son:

- Empatía, Podríamos definir la empatía como la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir. Es innegable que es un elemento clave para los profesionales sanitarios y, especialmente, para la enfermería. Son muchos los autores que describen los beneficios de que el profesional de enfermería le muestre empatía al paciente (se

siente más comprendido, se siente más aceptado, le ayuda a confiar, se siente menos solo, aumenta su autoestima, etc.); así como, las ventajas de que los profesionales utilicen la empatía como recurso (crea un ambiente más relajado, ayuda a la comprensión del paciente, ayuda a mantener la identidad y el rol en la relación de ayuda, etc.).

- Capacidad de valoración, La Enfermería necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse. La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.
- Pensamiento crítico, el pensamiento crítico tiene una notable importancia en el proceso de valoración que se desarrolla durante el triaje. No sólo basta con tener una serie de conocimientos, sino que también es necesario, para el personal de enfermería que realiza el triaje, utilizar habilidades del pensamiento crítico para clasificar a los pacientes. De esta forma, la enfermera puede realizar una mejor valoración de la situación y hacer juicios sobre la misma basados en hechos, consiguiendo que la decisión sea más exacta y relevante. El pensamiento crítico se desarrolla, a su

vez, con la experiencia, ya que ésta permite relacionar situaciones pasadas y presentes.

- Conocimientos clínicos, los conocimientos clínicos que la enfermera de triaje posee se consideran un aspecto de gran importancia a la hora de priorizar. El no poseer conocimientos sobre algunas patologías, puede provocar que el profesional de mayor prioridad a un paciente que a otro, por el simple hecho de desconocer la evolución y complicaciones que puede presentar un problema de salud, lo cual supone que la priorización realizada no fuera correcta. Los conocimientos de la enfermera de triaje son distinguidos como requisito importante porque influyen directamente en la calidad y rapidez de las decisiones clínicas.
- Manejo de las herramientas de triaje, aunque se utilicen determinadas herramientas estandarizadas para llevar a cabo el triaje, la agudeza de las decisiones siempre está influenciada por la base de conocimientos del personal de enfermería, su pensamiento crítico, la intuición y el comportamiento y forma de expresarse que presentaba el paciente. No obstante, para garantizar que la variación en la toma de decisiones fuera mínima, es preciso usar como herramienta de triaje protocolos estandarizados.
- Autocontrol emocional, el “autocontrol emocional” es necesario para garantizar que el profesional de enfermería trate de manera adecuada a los pacientes en situación de emergencia, independientemente de los valores personales que tengan, evitando que éstos influyan en su decisión. Ante un caso concreto, como son los intentos autolíticos, las enfermeras de triaje no pueden dejar que sus valores afecten al triaje, adoptando una la actitud de apoyo hacia estos pacientes, aunque no estuvieran de acuerdo con su comportamiento.

- Experiencia, Numerosos estudios hacen alusión a la experiencia como característica fundamental a la hora de realizar el triaje enfermero Andersson AK et al. en su estudio señalaban la experiencia como una característica importante para todo el equipo, ya que las enfermeras menos experimentadas manifestaban que las más experimentadas del servicio daban confianza al resto del equipo. Reconocían, además, pedir ayuda a las enfermeras con más experiencia en numerosas ocasiones cuando dudaban sobre una decisión de triaje.
- Intuición, la intuición toma partido en la clasificación de los pacientes, puesto que nada más la enfermera ve al paciente se hace una idea de su situación clínica, siendo esta primera valoración de carácter fundamentalmente intuitivo, centrada en las manifestaciones visibles o el nivel de angustia que muestre el paciente, la intuición es señalada como uno de los atributos de importancia para la enfermera de triaje, específicamente a la hora de realizar la priorización de un paciente cuyos signos y síntomas no son claros, no son parámetros visibles o son anormales. En estos casos, la intuición es lo que llevaría al personal de enfermería a asignar un nivel de gravedad u otro, dependiendo así, el tiempo que va a esperar un paciente para ser atendido.
- Confianza, La realización del triaje es una labor arriesgada, puesto que la vida del paciente en muchas ocasiones depende de esta decisión. Una enfermera de triaje debería tener la suficiente confianza en sí misma para estar segura de que la decisión de clasificación que ha tomado es correcta y realizar las actividades correspondientes en base a esa decisión con seguridad.

Perfil profesional de la enfermera/o de triage

Álvarez Baza¹⁷ señala que la enfermera/o que realiza la jerarquización de necesidades o triage en el Servicio de Urgencias Hospitalarias debe:

- Poseer conocimientos sobre toma de decisiones, los cuales puede conseguir mediante cursos de capacitación proporcionados por el mismo hospital y diseñados especialmente para el servicio de urgencias.
- Adquirir experiencia en enfermería de urgencias antes de encargarse de la jerarquización de necesidades o triage, un mínimo de 6 a 12 meses. Además esta experiencia debe combinarla con cursos de capacitación práctica sobre la jerarquización de necesidades que le permitan obtener una base sólida y adecuada de conocimientos para cumplir con esta responsabilidad.
- Ser hábil para comunicarse, a fin de que el proceso funcione con fluidez.
- Ser capaz de conservar la calma en cualquier situación, a la vez que continúe con el proceso de tomar las decisiones adecuadas durante períodos de gran tensión.
- Demostrar que tiene características de líder y estar capacitada para resolver problemas y sintetizar información.

Funciones de la enfermera de triaje

El Hospital San Eloy¹⁸ de España en su manual de actividades para el personal de enfermería de emergencia señala lo siguiente:

- Tras identificarse, realizará una valoración inicial a todos los pacientes que tengan abierto un episodio de urgencias.
- Tomará las constantes que se consideren oportunas (frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno,

- Antecedentes diagnósticos, etc.) a cada paciente (en relación al motivo de consulta).
- Si lo considera oportuno, podrá solicitar las siguientes pruebas: Rx óseas (las Rx de tórax y abdomen y cualquier otro tipo de Rx específica siempre será solicitada por un médico), orinas y EKG. Siempre que se solicite una orina, se colocará una pegatina con el nombre del paciente en el tubo o en el frasco y se entregará al paciente junto con el volante de la solicitud de la prueba para que, una vez recogida la muestra, entregue ambas cosas (con esta medida se pretende evitar errores en la identificación de las muestras).
- Colocará la pulsera identificativa a todos los pacientes.
- Informará al paciente y acompañantes sobre: el funcionamiento de la unidad (tanto si debe esperar en la sala de espera como si pasa a la zona de boxes), de las pruebas que se le han solicitado, y responderá a cualquier duda que pueda tener tanto el paciente como los familiares.
- Se encargará de valorar cualquier consulta administrativa que no haya abierto un episodio de urgencias decidiendo si se le deriva a otro punto asistencial (consultas, hospital, PAC,...) y si debe abrir un episodio en Admisión (si se tiene dudas se consultará previamente con un facultativo).

Teoría del Cuidado, Sabiduría y Ética en la Práctica de la Enfermería de Patricia Benner relacionada al proceso de Triage

Patricia Benner³ estudió las diferencias entre las enfermeras que trabajaban en unidades especiales del cuidado y las que trabajan en unidades hospitalarias convencionales.

Realizó una evaluación sistemática de las competencias, la búsqueda del empleo y los problemas a los que se enfrentan las enfermeras recién graduadas para acceder a un trabajo.

Estudió los métodos para aumentar las competencias en educación, mediante el uso de una especie de laboratorio móvil de micro enseñanza.

Interpretó 31 competencias a partir de entrevistar enfermeras, de las cuales se derivaron los siguientes dominios:

1. El rol de ayuda
2. La función de enseñanza-formación
3. La función del diagnóstico y seguimiento del paciente.
4. La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez
5. La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos.
6. El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud.
7. Las competencias organizadoras del rol del trabajo.

Examinó como las enfermeras adquieren conocimientos clínicos para convertirse en expertas y la naturaleza del conocimiento, la investigación y el juicio clínico, además el comportamiento ético experto.

Identificó 9 dominios de la práctica enfermera del cuidado a enfermos graves, los dominios son los siguientes:

1. Diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes inestables.
2. Controlar una crisis mediante la actividad práctica
3. Proporcionar medidas de comodidad a los pacientes en estado muy grave.
4. Cuidar a la familia del paciente.
5. Prevenir los peligros por causas tecnológicas
6. Afrontar la muerte: cuidados y toma de decisiones en pacientes terminales.
7. Comunicar las diferentes perspectivas y discutir las
8. Asegurar la calidad y solventar la crisis.

9. Poseer el conocimiento práctico hábil del liderazgo clínico y la formación y el consejo de los demás.

Interpretó datos e incorporó las descripciones del juicio clínico y del comportamiento experto:

1. Razonamiento en un cambio
2. Saber práctico
3. Práctica basada en la respuesta
4. Responsabilidad
5. Agudeza perceptiva y habilidad para implicarse.
6. Relaciones entre el razonamiento clínico y el ético.

Metaparadigmas de la Teoría

❖ Persona:

Benner y Wrubel utilizan la definición fenomenológica de la persona que da Heidegger: "Una persona es un ser auto interpretativo, es decir, la persona no viene al mundo predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales."

Aspectos de la comprensión con los que la persona debe tratar:

- El rol de la situación
- El rol del cuerpo
- El rol de los problemas personales
- El rol de la temporalidad

Los aspectos anteriores ayudan a la persona a situarla en el mundo, su objetivo es superar el dualismo cartesiano, es decir. La idea de que la mente y el cuerpo son entidades diferentes e independientes.

Cinco dimensiones del cuerpo (Benner y Wrubel)

1. El complejo no ha nacido, el cuerpo del feto sin asimilación cultural y el bebé recién nacido.
2. El cuerpo con las habilidades normales, las posturas, los gestos, las costumbres y las habilidades aprendidas, socialmente evidentes en las habilidades corporales, como el "lenguaje

corporal” que se “aprenden a lo largo del tiempo identificando, imitando, probando y equivocándose”

3. La imagen del cuerpo, el modo en que el cuerpo se coloca para actuar en situaciones específicas (caminar...)
4. El cuerpo real proyectado, la orientación corporal actual del individuo o la proyección en una situación flexible y variada para acomodarse a la situación, como cuando un individuo posee la habilidad de utilizar un ordenador.
5. El cuerpo fenoménico, el cuerpo consciente de sí mismo, la habilidad para imaginar y describir las sensaciones cinestéticas.

❖ Cuidado:

Benner y Wrubel¹⁹. La enfermería se define como una relación de cuidado, “una condición que facilita la conexión y el interés”

“El cuidado es básico ya que establece la posibilidad de ayudar y ser ayudado”

“La enfermería se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad”

❖ Salud:

La salud se define como lo que puede valorarse, mientras que el bienestar es la experiencia humana de la salud o el conjunto. La salud no se describe solo como la ausencia de enfermedad. Una persona puede tener una enfermedad y no experimentarla, ya que sentirse enfermo consiste en la experiencia humana de pérdida o disfunción, mientras que la enfermedad es la que puede valorarse físicamente.

Entorno:

Benner y Wrubel, utilizan el término situación en vez de entorno, ya que la situación transmite un entorno social con una definición y un significado sociales. Utilizan los términos fenomenológicos de estar situado y significado situado, que están definidos por la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona.

(20)

Afirmaciones Teóricas

Benner, afirmó que en una situación siempre intervienen más elementos de los que la teoría indica. La práctica cualificada de la enfermería sobrepasa los límites de la teoría formal.

La experiencia particular permite aprender las excepciones y los significados confusos de una situación.

El conocimiento implícito en la práctica descubre e interpreta la teoría, la precede, la extiende, la sintetiza y la adapta a la práctica del cuidado enfermero.

El descubrimiento de supuestos, expectativas y escenarios puede poner al descubierto un área examinada del conocimiento práctico que puede estudiarse sistemáticamente y ampliarse o refutarse.

El conocimiento del clínico se encuentra en las percepciones, en vez de en los preceptos.

El conocimiento perceptivo es básico para obtener un buen juicio enfermero.

Las normas formales están limitadas y se es prudente al tomar una decisión en las situaciones clínicas reales.

El conocimiento clínico aumenta con el paso del tiempo y cada clínico desarrolla un repertorio personal de conocimientos prácticos que puede compartirse mediante el diálogo con otros clínicos.

La experiencia se desarrolla cuando el clínico prueba y mejora las proposiciones, las hipótesis y las expectativas basadas en principios en las situaciones reales de la práctica.

Forma Lógica

Benner, aplicó el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades a la práctica de la enfermería clínica, siguiendo la secuencia lógica del modelo, Benner fue capaz de identificar las características de actuación y las necesidades de enseñanza - aprendizaje inherente en cada nivel de habilidad.

Aceptación por parte de la Comunidad Enfermera

El modelo ha servido para ayudar a desarrollar vías clínicas de promoción, programas de orientación para recién graduadas y seminarios para desarrollar el conocimiento clínico.

2.3 Definición de Términos

Emergencia: Se designa con el término de emergencia al accidente o suceso que acontece de manera absolutamente imprevista. En tanto, de acuerdo al contexto en el cual se lo use, la palabra emergencia puede referir diversas cuestiones. Por un lado, el término emergencia suele ser usado por la mayoría de la gente para referirse a una situación fuera de control que se desarrolló como consecuencia de un desastre. Generalmente, estaremos ante una auténtica situación de emergencia cuando un suceso determinado inesperado, eventual y muy desagradable altera la tranquilidad reinante en una comunidad pudiendo ocasionar no solamente importantísimos daños materiales y víctimas fatales, sino también afectar la estructura social y económica de la sociedad en cuestión, pero sin que esta situación exceda la capacidad de respuesta que pueda darle esa misma comunidad para paliar o minimizar sus efectos.

Urgencia: Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre la su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto período de tiempo. Este concepto lleva implícita la necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de forma que los pacientes más urgentes sean atendidos más rápidamente, y la necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y los recursos necesarios para solucionarla.

Triaje: Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en base a su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico.

Enfermería: Según el Consejo Internacional de Enfermería, esta se define del siguiente modo:

La enfermería tradicional abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos, e incluyen la de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La Asociación Norteamericana de Enfermeros declara desde 1980, en un documento denominado «Nursing: A Social Policy Statement», a la enfermería como: «El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales».

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí aparecen nuevos modelos, cada uno de los cuales aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, y con la publicación del libro «Notas de Enfermería» de Florence Nightingale en 1859 se sentó la base de la enfermería profesional.

Cuidado: cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. También es posible cuidar objetos (como una casa) para impedir que ocurran incidentes tales como daños y robos. El cuidado de los enfermos implica controlar su estado con una cierta regularidad. Si una persona está internada, el individuo que lo cuida debe estar atento para, ante cualquier complicación, llamar a un médico o al profesional correspondiente; además, puede ser necesario que lo asista durante sus ingestas y que lo ayude durante su higiene personal, dependiendo de la gravedad de su estado.

Atención: es el proceso conductual y cognitivo de concentración selectiva en un aspecto discreto de la información, ya sea considerada subjetiva u objetiva, mientras que se ignoran otros aspectos perceptibles. La atención también ha sido denominada como la asignación de recursos de procesamiento limitados. Desde el punto de vista de la psicología, la atención no es un concepto único, sino el nombre atribuido a una variedad de fenómenos. Tradicionalmente, se ha considerado de dos maneras distintas, aunque relacionadas. Por una parte, la atención como una cualidad de la percepción hace referencia a la función de la atención como filtro de los estímulos ambientales, decidiendo cuáles son los estímulos más relevantes y dándoles prioridad por medio de la concentración de la actividad psíquica sobre el objetivo, para un procesamiento más profundo en la conciencia. Por otro lado, la atención es entendida como el mecanismo que controla y regula los procesos cognitivos; desde el aprendizaje por condicionamiento hasta el razonamiento complejo. En muchos casos actúa de manera inconsciente iniciado en el hemisferio cerebral izquierdo y es mantenida en el hemisferio

derecho. El estar atento ("Poner atención" o "prestar atención") tampoco es un comportamiento único del ser humano.

Hay estudios en Massachusetts Institute of Technology donde varios científicos y estudiantes comprueban qué tanto se puede afectar la atención de un individuo. Uno de los principales objetivos era ver si una persona era capaz de mantener la atención, teniendo en el oído un auricular al estar entablando una conversación o escuchando a otra persona. Como ya se había dicho anteriormente "prestar atención" no es un comportamiento único del ser humano. Algunos experimentos fracasaron, pero la mayoría lograron entender lo que se les estaba diciendo o ya sea mantener la conversación.

III. EXPERIENCIA LABORAL

3.1 Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó utilizando técnicas y herramientas, permitiendo así ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de las actividades e intervenciones de la enfermera en el proceso de triaje del servicio de emergencias del HCFAP, se utilizaron también los informes mensuales de los aspectos operativos y registros de enfermería.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

- Emergencias del HCFAP.
- Carta Funcional del Servicio de Emergencia del HCFAP.
- Memoria Anual – 2016 del Servicio de Emergencias del HCFAP.
- Registro de Atenciones del Servicio de Emergencias del HCFAP.

3.2 Experiencia Profesional

Descripción del área laboral

El Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú se creó por Decreto Supremo N° 010-70/AC del 08 de julio de 1970, como Dependencia de la Comandancia General de la Fuerza Aérea del Perú, posteriormente mediante Resolución Ministerial N°0037-71/AC del 13 de Enero de 1971, es aprobada la ordenanza de la organización del HCFAP en la cual se consideran tres ramas que dependen directamente de la Dirección, siendo la Rama Paramédica la que tiene ascendencia inmediata superior sobre el Departamento de Enfermería, el cual a su vez supervisa y evalúa a las unidades asistenciales.

Sobre esta base legal se organiza el Servicio de Emergencia, y se generan los instrumentos y los documentos administrativos que permitan el desarrollo de la unidad asistencial, en concordancia con los lineamientos de la política institucional.

El Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú HCFAP es una institución de salud categorizada en nivel de atención III - 1, ubicado en Lima, tiene como misión brindar atención integral de salud y de alta complejidad al Personal Militar FAP, para optimizar su capacidad operativa y calidad de vida extendiendo su accionar a los familiares y la comunidad.

El servicio de Emergencia del Hospital Central FAP tiene como objetivo desarrollar un óptimo nivel científico y Asistencial, manteniendo una adecuada atención integral al paciente grave y/o críticamente enfermo.

Características geográficas

El Hospital Central FAP se encuentra ubicado estratégicamente entre los distritos de Miraflores y San Isidro, exactamente en la Av. Aramburú cuadra 2 S/N. El acceso al Servicio de Emergencias es por la calle Tacna (antigua Emilio Soyer), este servicio se ubica en el primer piso.

Infraestructura

El Hospital Central FAP cuenta con una infraestructura de líneas modernas, presenta consultorios externos con salas de espera amplias y cómodas, distribuidas en un edificio de cinco pisos; asimismo, el área de hospitalización con diez pisos, cuenta con 283 camas en habitaciones confortables equipadas con teléfono y televisión por cable.

El Hospital Central FAP, es un moderno centro asistencial especializado con equipos biomédicos de última generación recientemente adquiridos como es el caso del Resonador de tres Tesla y el Tomógrafo Multicorte, que lo ubican como uno de los hospitales de mayor tecnología del país.

El Servicio de Emergencia del Hospital Central FAP es una unidad orgánica que pertenece estructuralmente al Departamento de Unidades Críticas y funcionalmente al Departamento de Enfermería.

El servicio brinda atención integral asistencial especializada en situaciones de urgencias, emergencias y médico quirúrgicos las 24 horas del día.

El servicio de Emergencias del Hospital Central FAP cuenta con los siguientes ambientes:

CONSULTORIOS:

1 Consultorio de Pediatría.

2 Consultorios de Medicina.

1 Consultorio de Ginecología – Medicina 3.

1 Consultorio compartido para Cirugía y Traumatología.

AREAS:

1 Área de Tópico.

1 Área de Sala de Observación.

1 Área de Triage.

1 Área de Nebulización.

1 Área de Caja de Emergencia.

Actualmente se cuenta con 05 ambulancias de las cuales 03 son de tipo Nivel I; dos de ellas se encuentran en calidad de préstamo al Grupo Aéreo N° 8 y una se usa para las altas hospitalarias, además contamos con 02 ambulancias tipo Nivel III, las cuales se encuentran totalmente equipadas.

El servicio de emergencias cuenta con 19 médicos emergencistas, 15 licenciados de enfermería y 13 técnicos de enfermería, que laboran según horarios establecidos.

Innovaciones y aportes

En el año 1998 ingresé a la Institución, desarrollándome en diferentes áreas de atención como son: Medicina, Psiquiatría y Traumatología hasta el año 2001 que ingresé al servicio de Emergencias, desde entonces vengo desarrollando labor asistencial en las áreas de Triage, Sala de Observación, Tópico de emergencias y Unidad de Shock Trauma.

He tenido la oportunidad de participar en la elaboración del Manual de Organización y Funciones (MOF) que es el documento que detalla las funciones específicas a nivel de cargo o puesto laboral desarrollando a partir de la estructura orgánica las funciones, relaciones y requisitos mínimos para el desempeño del cargo.

Según el MOF²¹ el cargo de enfermera asistencial en el servicio de emergencia corresponde a:

- La enfermera de nivel 10 a 14
- Es egresada de la Universidad, con título de Licenciada en Enfermería.
- Está inscrita en los registros del Colegio de Enfermeros del Perú.
- Posee amplia formación científica y humanística que la capacita para brindar servicios de enfermería en forma integral al individuo, familia y comunidad.
- Depende y recibe asesoría de la enfermera Jefe de Piso.

Según el MOF, las funciones de la enfermera asistencial del servicio de emergencias del HCFAP son:

En el área administrativa

- Coordina con otros servicios afines para la continuidad de la atención del paciente.
- Realizar la admisión, transferencia interna y alta de los pacientes atendidos.

- Mantener permanentemente informada a la Enfermera Jefe del servicio respecto a la evolución de los pacientes, y en ausencia de la jefatura, informar a la enfermera supervisora.
- Participar en la visita médica brindando los aportes pertinentes en el área de su competencia respecto a la evolución del paciente.
- Colabora con la jefatura del servicio y participa activamente en la elaboración y/o actualización de documentos técnico administrativos y de gestión del servicio.
- Asignar y supervisar las actividades y tareas del personal técnico y auxiliar de enfermería bajo su responsabilidad.
- Participar activamente en las reuniones mensuales de personal.
- Mantener actualizados y ordenados los registros de enfermería (historia clínica, evolución de enfermería, cuaderno de reportes), en cada turno.
- Fomenta la responsabilidad y el espíritu de trabajo en equipo.
- Participa en el reporte de enfermería evaluando el cuidado brindado.
- Reemplaza a la enfermera jefe durante su ausencia.
- Supervisar al personal de limpieza encargado.
- Registrar las estadísticas de los movimientos administrativos que se realicen en su turno.
- Realizar trámites respectivos que exige la documentación hospitalaria en caso de ingresos, transferencia, altas y fallecimiento.

En el área Asistencial

- Planificar, organizar, ejecutar y evaluar la atención integral de los pacientes a su cargo aplicando el proceso de enfermería.

- Administrar la terapia indicada al paciente en forma oportuna, segura y eficiente.
- Identificar factores de riesgo y aplicar las categorías de aislamiento.
- Mantener informado al equipo multidisciplinario de salud sobre la evolución del paciente a su cargo.
- Conocer el manejo de los equipos médicos y biomédicos del servicio y utilizarlos de manera adecuada.
- Cumplir y hacer cumplir las medidas de bioseguridad y asepsia al equipo multidisciplinario.
- Colaborar con el departamento de seguridad del hospital haciendo cumplir las normas de la cartilla de recomendaciones impartida a los pacientes.
- Identificar y registrar signos y síntomas que presenten los pacientes durante su estadía en el servicio.
- Controlar los medicamentos, material de coche de paro cardiaco y equipos del servicio verificando su operatividad.
- Ejecutar y colaborar en el cumplimiento de procedimientos y exámenes especiales.
- Realizar procedimientos especiales propios del servicio teniendo en cuenta medidas de asepsia y bioseguridad.
- Cumplir con los principios éticos y bioéticos.
- Cumplir con otras funciones asignadas por la enfermera jefe.

En el área Docente - Investigación

- Impartir educación para la salud al paciente, familia y comunidad.
- Participar activamente en el desarrollo del programa de capacitación continua para el servicio.
- Ordenar y guiar eficientemente y efectivamente a los internos, estudiantes de enfermería y afines.

- Realizar investigaciones de los problemas identificados en la atención que brinda al paciente con el fin de incrementar los conocimientos científicos y la calidad de la atención que brinda enfermería.
- Intervenir en investigaciones multidisciplinarias que se lleven a cabo en el servicio.

En el Servicio de Emergencias del Hospital Central FAP he tenido la oportunidad de desarrollar las siguientes actividades:

❖ **Actividades de la enfermera Líder de Emergencias**

- Recibir el reporte de las incidencias de Tópico y Shock trauma a las 7:45 – 13:45 – 19:45 horas.
- Coordinar con el equipo médico de servicio, para la atención prioritaria de pacientes que acudan en estado crítico.
- Brinda educación a pacientes en sala de espera, difunde la cartilla de atención de emergencia.
- Colabora en la atención de pacientes en las áreas de mayor congestión: Sala de observación, tópico, trauma shock y triaje.
- Colabora en el trámite administrativo de los procesos de admisión, hospitalización, transferencias.
- Colabora con la jefatura de enfermería en la gestión administrativa del servicio: mantenimiento de la operatividad de equipos, materiales y mobiliarios, abastecimiento de fármacos y conexos.
- Monitorear el registro de indicadores de productividad del servicio.
- Revisar y actualizar los documentos técnico – asistenciales del servicio.
- Participar en el equipo de transporte asistido del paciente crítico para la atención de emergencia.

- Verificar la vigencia de fármacos conexos y la operatividad de equipos y materiales de los maletines de urgencia y comisiones registrando en el cuaderno correspondiente.
- Verificar la vigencia de fármacos, conexos y la operatividad de equipos y materiales de las ambulancias del servicio, conjuntamente con el medico prehospitalario, personal de camp 50 y/o personal paramédico de turno, registrando en el cuaderno correspondiente.
- Cumplir con las actividades que la jefatura de enfermería le delegue.
- Asumir el rol de líder del equipo y reemplazar la jefatura de enfermería en ausencia de la titular.

❖ Actividades de la enfermera de Tópico y Consultorios de Emergencia

- Recibir el reporte de novedades del servicio y de los pacientes que permanecen en observación de tópico a las 07:45 – 13:45 – 19:45 horas.
- Colaborar con el control de stock de fármacos y conexos de tópico y trauma shock.
- En caso de ausencia de la enfermera encargada de shock trauma se hará cargo de sus actividades y funciones.
- Según indicación de las autoridades institucionales, formara parte del equipo de las brigadas de atención de emergencias.
- Controlar y registrar el equipamiento y operatividad de equipos y materiales de maletines de urgencia los días lunes y viernes a primera hora.
- Brindar atención y administrar tratamientos parenterales a pacientes que acuden a los consultorios de medicina, cirugía, pediatría y ginecología.

- Realizar hidrataciones y administrar tratamientos en infusiones parenterales a pacientes con patologías de baja complejidad y que requieren observación.
- Realizar procedimientos de enfermería en pacientes que reciben atención ambulatoria de emergencia.
- Mantener las medidas de asepsia y bioseguridad en todos los procedimientos relacionados con la atención de los pacientes.
- Gestionar y verificar la toma de muestras para exámenes de laboratorio.
- Apoyar a la enfermera de sala de observación en la atención de pacientes críticos, cuando se requiera de una enfermera adicional por la complejidad en el estado del paciente y el movimiento del tópic lo permita.
- Subir a sala de operaciones a los pacientes programados en su turno, previa revisión de la conformidad de la historia clínica, placas solicitadas y administración de tratamiento profiláctico por la especialidad.
- Preparar a los pacientes programados para exámenes especiales.
- Participar en procedimientos médicos que requieran la asistencia de la enfermera.
- Mantener vigilancia permanente sobre la seguridad de los pacientes.
- Supervisar los procedimientos que realiza el personal técnico de enfermería.
- Realizar el proceso de admisión de pacientes a sala de observación, reportando la atención brindada en tópic, pediatría, consultorios 1, 2 y 3.
- Brindar información al paciente admitido y/o familiares sobre la cartilla de recomendaciones para la atención en el servicio de emergencias.

- Registrar los ingresos en el cuaderno de estadística, censo diario, llenar la tarjeta de ingreso, código de diagnóstico,
- Evaluar el plan de trabajo ejecutado y realizar las anotaciones de enfermería de acuerdo al formato SOAPIE.
- Verificar que en la historia clínica del paciente prequirúrgico se encuentren, resultados de laboratorio, riesgo quirúrgico y placas solicitadas (Rx, TAC, RNM).
- Reponer fármacos y conexos utilizados del stock o coche de paro de emergencia y registrar en el cuaderno correspondiente.
- Dejar limpias y ordenadas las áreas de trabajo.
- El personal saliente de turno brinda atención al paciente que lo solicita durante la entrega de reporte.
- Entregar el reporte de enfermería a las 07:45 – 13:45 – 19:45 horas y realizar la ronda respectiva.

❖ **Actividades de la enfermera de Shock Trauma**

- Recibir el reporte de novedades del servicio y de los pacientes que permanecen en observación de tóxico a las 07:45 – 13:45 – 19:45 horas.
- Recibir la llave de shock trauma, verificar y controlar la operatividad de equipos y materiales, el stock de fármacos y conexos de las vitrinas y de los coches de paro adulto y pediátrico y realizar el registro en el cuaderno correspondiente.
- Revisar y mantener la operatividad de los equipos médicos y biomédicos de la sala de trauma shock para la atención de los pacientes en estado crítico.
- Verificar y registrar la operatividad de los equipos y materiales de las ambulancias I y II los días lunes y viernes a primera hora.
- Participar en el equipo de transporte asistido prehospitalario del paciente para la atención de emergencia.

- Recepcionar a pacientes Aeroevacuados en el helipuerto del HCFAP y brindar atención especializada.
- En turno de tarde y noche asumir el rol de líder del equipo de enfermería para tomar decisiones de acuerdo a las circunstancias, en coordinación con el médico jefe de la guardia y la enfermera supervisora de servicio.
- Brindar atención oportuna y de calidad a los pacientes críticos que acuden a shock trauma.
- Registrar el ingreso del paciente en el censo diario, libro de admisión y coordinar los procedimientos administrativos de la admisión a sala de observación.
- Realizar las coordinaciones con los diferentes pisos para la hospitalización de los pacientes que no requieran pasar por sala de observación.
- Tomar EKG a pacientes según indicación médica.
- Realizar transporte asistido de pacientes a su cargo a terapia intensiva, cuidados intermedios y sala de operaciones.
- Registrar y mantener actualizado el cuaderno de estadísticas de shock trauma.
- Preparar a los pacientes programados para exámenes especiales en el turno.
- Mantener las medidas de asepsia y bioseguridad en todos los procedimientos relacionados con la atención de los pacientes.
- Facilitar el flujo de atención de pacientes en los consultorios del servicio de emergencias.
- Gestionar y verificar el cumplimiento de exámenes de ayuda al diagnóstico de pacientes que se atienden en el servicio.
- Colaborar con la atención de pacientes en tópico de enfermería, cuando sea necesario.

- Reportar por escrito las novedades e incidencias del servicio en los cuadernos de reporte, incidencias, hospitalizaciones, evacuaciones, etc.
- Registrar los ingresos en el cuaderno de estadística, censo diario, llenar la tarjeta de ingreso, código de diagnóstico y hacer firmar el cuaderno de la cartilla de recomendaciones.
- Dejar limpio y ordenado el área de trabajo.
- Mantener vigilancia permanente en la seguridad de los pacientes y del servicio.
- Entregar el reporte de enfermería conjuntamente con la enfermera de tópico 1 a las 07:45 – 13:45 – 19:45 horas.

❖ **Actividades de la enfermera de Sala de Observación**

- Recibir el reporte de enfermería a las 07:45 – 13:45 – 19:45 horas y efectuar la ronda de enfermería.
- Realizar la valoración inicial de los pacientes asignados, formular el diagnóstico de enfermería y ejecutar el plan de atención.
- Satisfacer las necesidades básicas del paciente con apoyo del personal técnico.
- Mantener las medidas de asepsia y bioseguridad en todos los procedimientos relacionados con la atención de los pacientes.
- Cumplir oportunamente con las indicaciones médicas, administrar tratamientos, realizar procedimientos especiales.
- Gestionar y verificar la toma de muestras por laboratorio a los pacientes programados.
- Administrar las dietas por sonda nasogástrica y asignar al personal técnico la asistencia en la alimentación de los pacientes dependientes.
- Participar en procedimientos médicos que requieran la asistencia de la enfermera.

- Prepara a los pacientes programados para exámenes especiales.
- Subir a sala de operaciones a los pacientes programados, previa verificación de la conformidad y cumplimiento de tratamientos y exámenes solicitados por el médico tratante.
- Realizar la admisión de pacientes a sala de observación.
- Brindar atención integral y de calidad al paciente, en base al proceso de enfermería.
- Recibir a pacientes transferidos del consultorio de cardiología.
- Brindar información al paciente admitido (si su condición lo permite) y/o familiares sobre la cartilla de recomendaciones y hacer firmar el cuaderno correspondiente.
- Registrar los ingresos de pacientes en el cuaderno de estadísticas, censo diario, llenar la tarjeta de ingreso.
- Coordinar con nutrición la dieta indicada para el paciente.
- Coordinar y realizar los trámites administrativos de ingreso, transferencia y alta de pacientes.
- Realizar el transporte asistido de pacientes a UTI, UCI, Sala de operaciones, Psiquiatría y 5º Oeste.
- Mantener vigilancia permanente en la seguridad de los pacientes.
- Registrar la atención de enfermería en la historia clínica del paciente de acuerdo al formato SOAPIE.
- Orientar y brindar educación sanitaria al paciente en condiciones de alta.
- Obtener por escrito la opinión del paciente respecto a la atención recibida en el servicio. Cuaderno de Satisfacción del paciente.
- Verificar y gestionar la solicitud de fármacos y conexos de los pacientes.
- Reponer y registrar los fármacos y conexos utilizados del stock o coche de paro de emergencia.

- Verificar la operatividad y presencia física de equipos médicos y biomédicos.
- Mantener vigilancia permanente en la seguridad de los pacientes y del servicio.
- Realizar el reporte escrito del movimiento de pacientes y novedades más significativas durante el turno.
- Dejar limpio y ordenado el área de trabajo.
- El personal saliente de turno acude al llamado de paciente durante la entrega del reporte.
- Entregar el reporte de enfermería a las 07:45 – 13:45 – 19:45 horas y efectuar la ronda de enfermería.

Como enfermera del servicio de emergencias del HCFAP desempeño las funciones designadas según la Carta Funcional del servicio de Emergencia del HCFAP, emitida por Orden del día HOSPI N°026-2011 del 07-02-2011 las funciones de la enfermera son:

En el área asistencial:

- Planificar, organizar, ejecutar y evaluar la atención integral de los pacientes en situaciones que se plantea una amenaza inmediata para la vida o la salud, aplicando el proceso de enfermería.
- Administrar la terapia indicada al paciente en forma oportuna, segura y eficiente.
- Preparar y administrar drogas especializadas para soporte avanzado de vida en pacientes de riesgo.
- Identificar factores de riesgo y aplicar las categorías de aislamiento.
- Mantener informado al equipo multidisciplinario de salud sobre la evaluación del paciente a su cargo.

- Conocer el manejo de los equipos médicos y biomédicos del servicio: monitor desfibrilador, monitor cardiaco, pulsoxímetro, EKG, ventilador mecánico, bombas infusoras y utilizarlos de manera adecuada.
- Cumplir y hacer cumplir las medidas de bioseguridad y asepsia al equipo multidisciplinario.
- Realizar procedimientos especiales propios del servicio teniendo en cuenta medidas de asepsia y bioseguridad, cumpliendo con principios éticos y bioéticos en la atención de pacientes en situaciones de emergencia.
- Identificar pacientes con riesgo potencial para su vida que acuden al servicio de emergencia para su atención inmediata.
- Realizar triaje de pacientes en situación de emergencia y desastres, tanto institucional como nacional.
- Cumplir con la atención directa al paciente en el área de hospitalización.
- Cumplir con otras funciones asignadas por la enfermera jefe.
- Participar en caso de emergencia y catástrofes según plan esculapio.

En el área Administrativa:

- Realizar la admisión, transferencia interna y alta de los pacientes atendidos.
- Colaborar con la jefatura del servicio y participar activamente en la elaboración y/o actualización de documentos técnico administrativos y de gestión de servicio.
- Asignar y supervisar las actividades y tareas del personal técnico y auxiliar de enfermería bajo su responsabilidad.
- Fomentar la responsabilidad y el espíritu de trabajo en equipo.
- Participar en el reporte de enfermería evaluando el cuidado brindado.

- Controlar la vigencia de fármacos y conexos del coche de paro cardíaco y operatividad de equipos del servicio.
- Registrar las estadísticas de los movimientos administrativos que se realicen en su turno.
- Registrar la productividad diaria y los indicadores de rendimiento diariamente.
- Realizar trámites respectivos que exige la documentación hospitalaria en caso de ingresos, transferencias, altas y fallecimiento.
- Supervisar las tareas de limpieza y descontaminación de las áreas de trabajo del personal de limpieza.
- Mantener permanentemente informada a la enfermera jefe del servicio respecto a la evolución de los pacientes y en ausencia de la jefatura, asumir la función administrativa, informando las novedades e incidencias a la enfermera supervisora.

En el área Docente – Investigación:

- Impartir educación para la salud al paciente, familia y comunidad.
- Participar activamente en el desarrollo de programas de capacitación y educación continua para el servicio.
- Orientar y guiar eficientemente y efectivamente a los internos, estudiantes de enfermería y afines.
- Realizar investigaciones de los problemas identificados en la atención que brinda al paciente con el fin de incrementar los conocimientos científicos y la calidad de atención que brinda enfermería.
- Intervenir en investigaciones multidisciplinarias que se lleven a cabo en la especialidad.
- Colaborar en la consolidación de una adecuada área laboral.
- Otras funciones y responsabilidades que se le asignen.

Según el protocolo de atención de emergencias del HCFAP, los criterios de clasificación de acuerdo a signos y síntomas son:

SIGNOS Y SINTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
ABDOMINALES GASTRO INTESTINALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor abdominal severo constante. ✓ Trauma abdominal penetrante. ✓ Parto en curso. ✓ Retraso con sangrado vaginal y dolor abdominal severo. ✓ Dolor ✓ Dolor abdominal, vómito o diarrea con signos de deshidratación. ✓ Trauma abdominal cerrado (menor de 24 horas), dolor severo, sangrado y signos de choque. ✓ Enterorragia masiva. ✓ Hematemesis masiva. ✓ Ingesta de tóxicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enterorragia moderada. ✓ Sangrado rectal sin otro compromiso. ✓ Emesis en "concho de café". ✓ Lesión abdominal reciente (menor de 24 horas) sin dolor severo, sangrado o choque. ✓ Dolor abdominal intermitente, vómito, deshidratación leve. ✓ Imposibilidad para tragar sin dificultad para respirar. ✓ Dolor abdominal en mujer sexualmente activa. ✓ Dolor abdominal, sangrado vaginal y fiebre. ✓ Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vómito sin sangre. ✓ Diarrea sin compromiso del estado general del paciente. ✓ Flatulencia ✓ Náuseas. ✓ Estreñimiento ✓ Eructos. ✓ Regurgitación ✓ Pirosis. ✓ Anorexia. ✓ Hiporexia. ✓ Cólico menstrual.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
CARDIO VASCULARES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor torácico irradiado a cuello o brazo, acompañado de diaforesis, disnea, náuseas o angustia. ✓ Ausencia de pulso. ✓ Cianosis. ✓ Hipertensión o hipotensión severas. ✓ Palpitaciones acompañadas de pulso irregular, diaforesis, náuseas, alteración del estado de alerta o alteración neurosensorial. ✓ Hipertensión (mayor de 140/90 mmHg) asociada a cefalea, alteración neurosensorial, alteración del estado de alerta, dolor torácico o epistaxis. ✓ Lesión penetrante en tórax. ✓ Exposición eléctrica con pulso irregular. ✓ Lesión penetrante en vasos sanguíneos. ✓ Taquicardia o bradicardia. ✓ Paciente en choque. ✓ Dolor torácico con antecedente de enfermedad coronaria. ✓ Dolor torácico acompañado de pulsos asimétricos. ✓ Dolor torácico no irradiado (sin disnea o pulso irregular, sin cambios en el color de la piel o diaforesis). ✓ Lipotimia en paciente con marcapasos. ✓ Sangrado activo y signos de choque. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda. ✓ Dolor torácico asociado a tos y fiebre. ✓ Dolor torácico relacionado con la rotación del tronco o palpación. ✓ Episodio autolimitado de palpitaciones sin compromiso del estado general. ✓ Sangrado activo en paciente con antecedente de hemofilia. 	

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
RESPIRATORIOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disnea súbita posterior a inhalación de sustancias químicas. ✓ Quemadura de la vía aérea. ✓ Disnea de inicio súbito. ✓ Disnea acompañada de cianosis, sibilancias audibles. ✓ Disnea con tirajes supraclaviculares intercostales, aleteo nasal o estridor. ✓ Hemoptisis masiva. ✓ Trauma penetrante en tórax. ✓ Apnea. ✓ Obstrucción de la vía aérea (cuerpo extraño, tapón de moco, trauma facial, inmersión). ✓ Trauma cerrado de tórax acompañado de dolor torácico, disnea súbita o respiración asimétrica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tos con expectoración y fiebre. ✓ Disnea moderada progresiva. ✓ Hemoptisis moderada. ✓ Dolor torácico relacionado con la inspiración profunda. ✓ Disnea progresiva en paciente con antecedente de EPOC. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tos seca o productiva hialina, rinorrea, malestar general, con o sin fiebre. ✓ Disfonía. ✓ Tos seca. ✓ Tos crónica sin signos de dificultad respiratoria.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
NEUROLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estatus convulsivo o episodio de convulsión. ✓ Pérdida o deterioro progresivo del estado de conciencia con o sin trauma. ✓ Trauma en cráneo con pérdida del estado de alerta o déficit neurológico. ✓ Trauma en columna con déficit neurológico ✓ Episodio agudo de pérdida o disminución de la función motora (disartria, paresia, afasia). ✓ Episodio agudo de confusión. ✓ Episodio agudo de cefalea y cambio en el estado mental. ✓ Episodio agudo de cefalea y cifras tensionales altas. ✓ Trauma penetrante en cráneo. ✓ Pérdida súbita de la agudeza visual. ✓ Sordera súbita. ✓ Trauma de cráneo en paciente anticoagulado o hemofílico. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia de síncope o lipotimia con recuperación total sin déficit neurológico. ✓ Trauma en cráneo sin pérdida de conciencia, sin déficit neurológico. ✓ Cefalea intensa en paciente con historia de migraña. ✓ Antecedente de convulsión con recuperación total sin déficit neurológico. ✓ Vértigo sin vómito. ✓ Disminución progresiva en fuerza o sensibilidad de una o más extremidades. ✓ Cefalea asociada a fiebre y/o vómito. ✓ Vértigo con vómito incoherente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefalea crónica sin síntomas asociados. ✓ Dolor crónico y parestesias en extremidades. ✓ Parestesias asociadas a ansiedad e hiperventilación

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
MÚSCULO ESQUELÉTICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fractura abierta con sangrado abundante o dolor intenso. ✓ Fractura de huesos largos. ✓ Amputación traumática. ✓ Dolor severo en extremidad con compromiso circulatorio. ✓ Trauma por aplastamiento con dolor severo o compromiso vascular o neurológico. ✓ Deformidad en articulación con dolor intenso (luxación). ✓ Fracturas múltiples. ✓ Trauma en cadera con dolor intenso y limitación para la movilización. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trauma en extremidad con deformidad y dolor tolerable sin déficit neurológico o circulatorio. ✓ Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores y parestesias. ✓ Dolor articular en paciente hemofílico. ✓ Trauma cerrado de mano y pie sin compromiso neurovascular ✓ Lesiones de punta de dedo. ✓ Herida por objeto cortopunzante con compromiso superficial. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor lumbar sin síntomas asociados. ✓ Espasmo muscular. ✓ Trauma en articulación extremidad sin deformidad ni déficit sensitivo o motor y dolor tolerable por el paciente. ✓ Dolor en espalda localizado. ✓ Contusiones. ✓ Dolor muscular sin otros síntomas. ✓ Edema sin trauma. ✓ Limitación funcional crónica. ✓ Trauma menor. ✓ Artralgias acompañadas de fiebre.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
OJO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trauma ocular químico o físico agudo. ✓ Visión borrosa o disminución súbita en la agudeza visual. ✓ Trauma penetrante. ✓ Pérdida súbita de visión. ✓ Dolor ocular. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hifema (sangre en la cámara anterior). ✓ Cuerpo extraño. ✓ Dolor tipo punzada asociado a cefalea. ✓ Diplopía. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia subconjuntival ✓ Cambios graduales de visión no súbitos. ✓ Secreción ocular y prurito. ✓ Edema palpebral. ✓ Trauma ocular no agudo sin síntomas. ✓ Ardor ocular. Fotopsias (ver luces). ✓ Miodesopsias (ver puntos). ✓ Lagrimeo. ✓ Halos al rededor de luces.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
GENITALES MASCULINOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor testicular severo, edema o hipopigmentación ✓ Trauma en pene o escroto, dolor severo e inflamación. ✓ Dolor testicular moderado de varias horas. ✓ Abuso sexual. ✓ Priapismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor testicular leve, fiebre y sensación de masa. ✓ Edema del pene. ✓ Cuerpo extraño con molestia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Secreción purulenta. ✓ Cuerpo extraño sin molestia. ✓ Prurito o rash perineal. ✓ Trauma menor. ✓ Masa en testículo. ✓ Impotencia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
OIDO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Amputación traumática del lóbulo de la oreja. ✓ Otorragia u otoliquia pos trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipoacusia aguda pos trauma. ✓ Tinnitus, vertigo y fiebre. ✓ Cuerpo extraño en oído, sangrado o molestia. ✓ Otalgia, otorrea y fiebre. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tinnitus. ✓ Cuerpo extraño en oído sin molestia. ✓ Hipoacusia. ✓ Otalgia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<p>NARIZ, BOCA Y GARGANTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rinorrea con sangre o cristalina posterior a trauma de cráneo. ✓ Trauma facial con obstrucción de la vía aérea o riesgo de obstrucción. ✓ Epistaxis asociada a presión arterial alta, cefalea. ✓ Sangrado abundante. ✓ Amputación de la lengua o herida de mejilla con colgajo. ✓ Disfonía con historia de trauma en laringe o quemadura. ✓ Odínofagia, sialorrea y estridor. ✓ Disnea, disfagia e instauración súbita de estridor. ✓ Sangrado activo en cirugía reciente de garganta, boca o nariz. ✓ Cuerpo extraño en faringe asociado a disnea. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Epistaxis intermitente con historia de trauma o hipertensión arterial. ✓ Trauma nasal asociado a dificultad respiratoria leve. ✓ Cuerpo extraño en nariz, dolor o dificultad respiratoria leve. ✓ Dolor dental. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Herida por punción en paladar duro o blando. ✓ Alergia, fiebre y congestión nasal. ✓ Trauma nasal sin dificultad respiratoria. ✓ Rinorrea, dolor malar o frontal y fiebre. ✓ Cuerpo extraño en nariz sin molestia. ✓ Odínofagia, fiebre y adenopatías ✓ Lesiones en mucosa oral. ✓ Sensación de cuerpo extraño en faringe sin dificultad respiratoria. ✓ Trauma con pérdida o fractura de los dientes.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
URINARIOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor lumbar severo, hematuria (sugestivo de urolitiasis). ✓ Retención urinaria aguda. ✓ Trauma de pelvis con hematuria o anuria. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuerpo extraño uretral. ✓ Hematuria, disuria, polaquiuria, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia de dificultad para la micción. ✓ Disuria o poliuria ✓ Disminución en el flujo urinario. ✓ Incontinencia. ✓ Secreción de pus.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
GENITALES Y SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajo de parto en curso. ✓ Sangrado vaginal o uretral severo posterior a trauma. ✓ Retraso menstrual, dolor abdominal severo o irradiado a hombro. ✓ Hemorragia vaginal severa durante el embarazo (más de cuatro toallas por hora). ✓ Amniorrea espontánea en el embarazo. ✓ Trauma en el embarazo. ✓ Hipertensión arterial en el embarazo. ✓ Convulsiones en paciente embarazada. ✓ Choque en el embarazo. ✓ Abuso sexual menor de 72 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abuso sexual mayor de 72 horas. ✓ Sangrado vaginal (más de 10 toallas por día o pulso mayor de 100 por minuto). ✓ Trauma en genitales externos, hematoma o laceración. ✓ Sangrado vaginal pos aborto o pos parto sin hipotensión o taquicardia. ✓ Cuerpo extraño con molestia. Dolor severo en mamas y fiebre. ✓ Dolor abdominal acompañado de fiebre y flujo vaginal. ✓ Dolor abdominal pos parto, fiebre y coágulos fétidos. ✓ Disminución de movimientos fetales. ✓ Dolor abdominal pos quirúrgico. ✓ Signos de infección en la herida quirúrgica. ✓ Sintomatología urinaria en mujer embarazada. ✓ Sangrado en el primer trimestre de embarazo sin compromiso hemodinámico. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prurito vaginal o flujo. ✓ Infertilidad. ✓ Determinar embarazo. ✓ Amenorrea sin sangrado o dolor. ✓ Cuerpo extraño sin molestia. ✓ Dispareunia. ✓ Dismenorrea. ✓ Irregularidad en el ciclo menstrual. ✓ Prolapso vaginal. ✓ Disfunción sexual. ✓ Oleadas de calor. ✓ Mastalgia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
TEGUMENTARIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mordeduras con sangrado abundante. ✓ Mordedura o picadura con respuesta alérgica sistémica. ✓ Hipotermia, rash, petequias y fiebre. ✓ Quemadura por calor o frío con deshidratación o compromiso general del paciente. ✓ Quemadura en cara, cuello, manos, pies y genitales. ✓ Herida penetrante con hemorragia incontrolable. ✓ Reacción alérgica con compromiso ventilatorio o hemodinámico. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mordedura de perro. ✓ Mordedura de serpiente o araña asintomática sin reacción alérgica. ✓ Hipotermia, palidez o cianosis localizada, sin dolor. ✓ Rash, dolor osteomuscular generalizado, fatiga y fiebre. ✓ Quemadura sin compromiso general del paciente y dolor tolerable. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Picaduras menores localizadas. ✓ Lesión por frío sin hipopigmentación y dolor leve. ✓ Laceración. ✓ Herida menor por punción. ✓ Retiro o revisión de sutura. ✓ Herida infectada localizada. ✓ Rash sin fiebre o síntomas sistémicos. ✓ Celulitis. ✓ Cuerpo extraño en tejidos blandos. ✓ Rash de aparición súbita, pruriginoso sin compromiso respiratorio. ✓ Lesiones en piel sin compromiso del estado general. ✓ Quemadura solar grado 1. ✓ Adenopatías. ✓ Descamación, prurito. ✓ Excoriaciones. ✓ Resequedad. ✓ Diaforesis sin síntomas asociados.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intento de suicidio o ideación suicida. ✓ Agitación psicomotora. ✓ Confusión. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresión. ✓ Paciente desea evaluación. ✓ Ansiedad. ✓ Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia). ✓ Abuso de sustancias. ✓ Insomnio. 	

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
ENDOCRINO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deshidratación. ✓ Polipnea o respiración de Kussmaul. ✓ Hipotermia. ✓ Diaforesis profusa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poliuria. ✓ Polidipsia. ✓ Diaforesis. ✓ Temblor. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intolerancia al calor o frío. ✓ Pérdida de peso. ✓ Polifagia. ✓ Obesidad. ✓ Oleadas de calor. ✓ Tetania (espasmo muscular fuerte súbito).

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Desde el año 1998 laboro en el Hospital Central FAP, hasta la actualidad soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú mi experiencia laboral la inicie en la modalidad de contrato, luego en el año 2001 ingrese en la condición de nombrada en el servicio de emergencias donde me asignaron como enfermera asistencial, he asumido cargo de enfermera líder de servicio y enfermera asistencial desarrollando intervenciones de enfermería en el proceso de aplicación del Triage de emergencia según las normas establecidas en la institución en el sentido de direccionar al paciente según el motivo de consulta y priorizar la atención de los pacientes que presentan daños de prioridad I y II.

Atenciones brindadas en el servicio de emergencias del HCFAP

- Atención prehospitalaria:

Como enfermera del servicio de emergencias del HCFAP formo parte de un equipo organizado con la capacidad de brindar atención de salud a la víctima individual o colectiva en el ámbito extrahospitalario, cumpliendo tareas de atención en foco del siniestro (traje) y transporte asistido del paciente al hospital.

- Atención hospitalaria:

He realizado triaje o clasificación del paciente basado en la gravedad de sus lesiones o problemas médicos para identificar la prioridad asistencial en función de los recursos disponibles.

- Urgencias menores:

Por lo agudo de su presentación demandan pronta atención pese a que no ponen en evidente riesgo la vida del paciente.

- Consultorios:

Donde se brinda atención médica especializada en situaciones de urgencia menor.

- Unidad de Shock Trauma:

Donde se realiza la evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presenten daños de prioridad I.

- Sala de observación:

Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II.

- Tópico:

Área para atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III.

Área de Triage

El Hospital Central FAP no cuenta con un área exclusiva para triaje por lo cual éste proceso se realiza en la estación de enfermería y consta en direccionar al paciente de acuerdo al tipo de consulta y/o emergencia que presente, la evaluación que realiza la enfermera de emergencias de esta aérea está fundamentada únicamente en la capacidad de valoración de los signos y síntomas que presente el paciente, de su experiencia, intuición y pensamiento crítico.

Según los manuales de atención en el área de triaje también se debe de realizar la evaluación de las constantes vitales del paciente lo que no es factible en la estación de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Central FAP por lo cual el paciente debe ser dirigido al consultorio de medicina, tópico de inyectables y/o unidad de shock trauma para realizar la respectiva evaluación por lo cual es importante la experiencia y amplio criterio por parte de la enfermera.

En muchas ocasiones y debido a la falta de personal de enfermería en el servicio de emergencias del HCFAP el triaje es realizado por otros profesionales de la salud como son técnicos de enfermería, médicos o personal administrativo lo cual genera desorden, fallos en la priorización del daño y largos tiempos de espera para la atención.

Funciones realizadas en el área de triaje del HCFAP

1. Se recibe al paciente en el sitio de llegada, realizando una adecuada inmovilización y traslado hasta el área de tratamiento.
2. Se valora y clasifica al paciente.
3. Se Ingresa al paciente prioridad I al área de tratamiento.
4. Diligenciar en forma completa la hoja de atención de emergencia.
5. Iniciar el contacto con el paciente y la familia e informarles acerca del proceso de atención en el Departamento de Urgencias. Esta información, idealmente, debe ser complementada con un instructivo para el paciente.
6. Mantener comunicación con el personal médico y técnicas de enfermería de las áreas de tratamiento para proporcionar información oportuna a los familiares acerca de la evolución de los pacientes.
7. Informar y educar a los usuarios sobre la utilización óptima y racional del servicio de emergencias.
8. Se realiza EKG a todo aquel paciente cuyo motivo de consulta sea "dolor torácico" no traumático en la unidad de shock trauma.
9. Toma de Hemoglucotest a pacientes con antecedentes de Diabetes según su estado neurológico.

IV. RESULTADOS

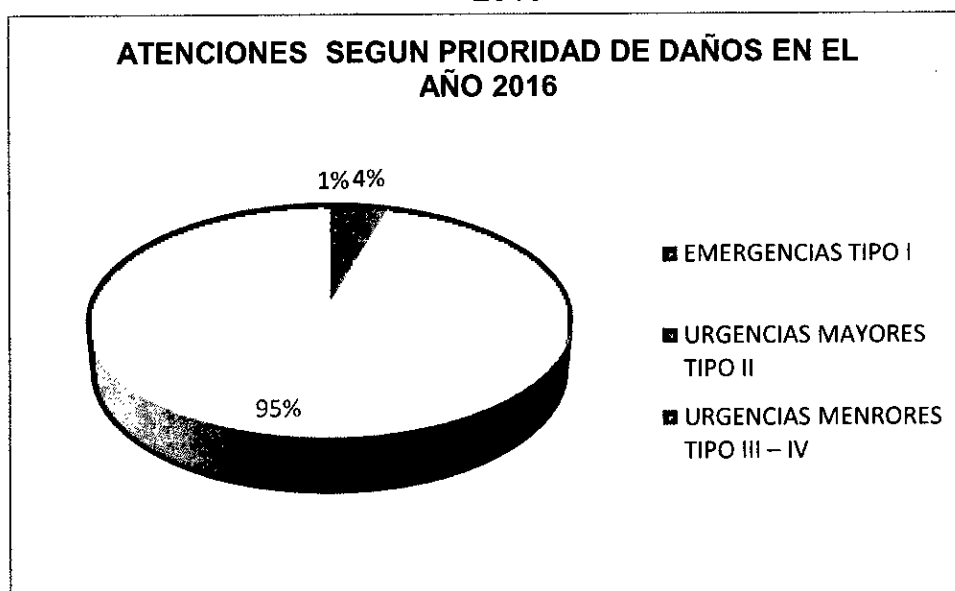
Tabla N° 4.1

Demanda de atención según prioridad de daño del HCFAP en el año 2016

ATENCIONES EMERGENCIA	2016	PORCENTAJE
EMERGENCIAS TIPO I	258	1%
URGENCIAS MAYORES TIPO II	1,761	4%
URGENCIAS MENORES TIPO III – IV	41,259	95%
TOTAL DE ATENCIONES	43,278	100%

Gráfico N° 4.1

Porcentaje de atención según prioridad de daño del HCFAP en el año 2016



Fuente: Memoria anual 2016 del HCFAP

En la tabla 4.1 y gráfico 4.1 se puede observar que de un total de 43,278 atenciones sólo el 1% (258 pacientes) correspondieron a emergencias de tipo I, el 4% (1761 pacientes) correspondieron a emergencias de tipo II y 95% (41,259 pacientes) correspondieron a emergencias de tipo III y IV.

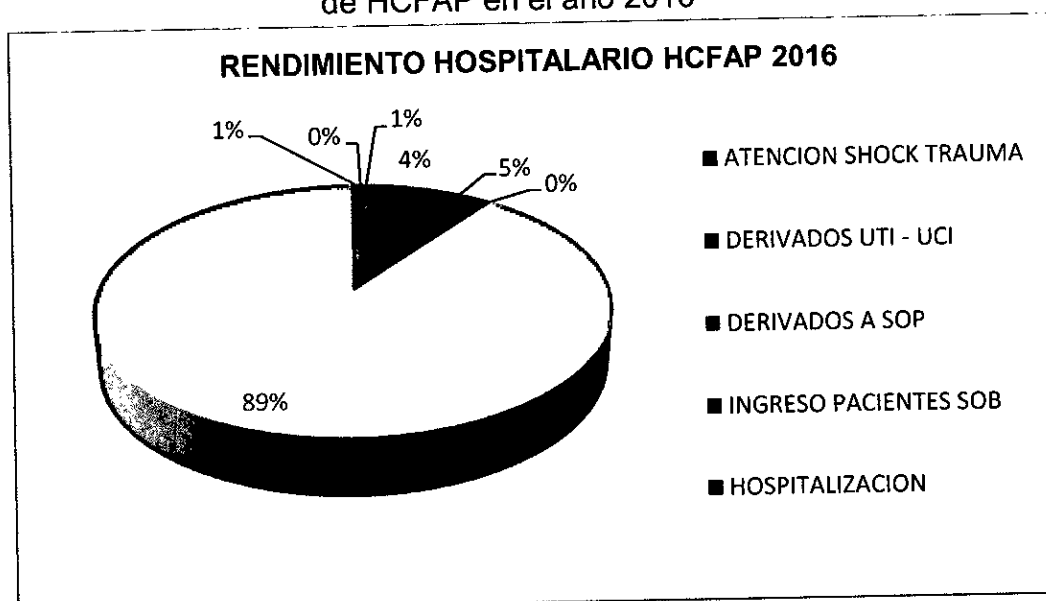
Tabla N° 4.2

Atención y Rendimiento Hospitalario en la sección de emergencia del HCFAP en el año 2016

ATENCIONES	TOTAL	PORCENTAJE
ATENCION SHOCK TRAUMA	258	1%
DERIVADOS UTI - UCI	160	0.3%
DERIVADOS A SOP	258	1%
INGRESO PACIENTES SOB	2,025	4%
HOSPITALIZACION	2,385	5%
PACIENTES FALLECIDOS	17	0.03%
ATENCION EN CONSULTORIO	43,278	89%
TOTAL DE ATENCIONES	48,381	100%

Gráfico N° 4.2

Porcentaje de Rendimiento hospitalario en la sección de emergencias de HCFAP en el año 2016



Fuente: Memoria anual 2016 del HCFAP

En la tabla 4.2 y el gráfico 4.2 se puede observar que de un total de 48,381 atenciones en el año 2016, el 89% (43,278 pacientes) fueron atendidos en consultorio de emergencia, el 5% (2,385 pacientes) fueron hospitalizados, el 4% (2,025 pacientes) ingresaron a sala de observación, el 1% (258 pacientes) fueron derivados a SOP, otro 1% (258 pacientes) fueron atendidos en Shock trauma, 0.3% (160 pacientes) fueron derivados a UTI- UCI y 0.03% (17 pacientes) fallecieron.

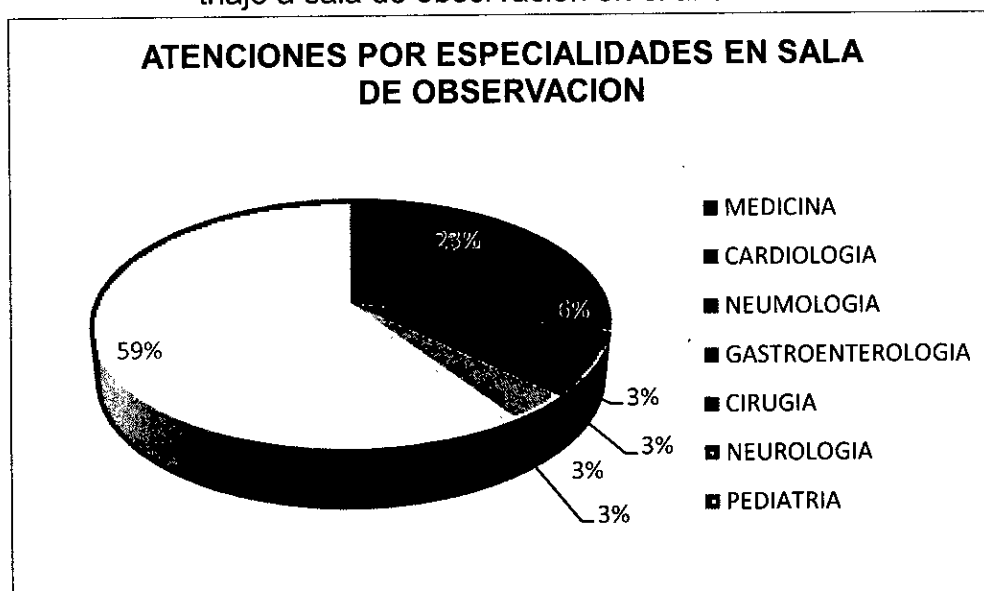
Tabla N° 4.3

Pacientes atendidos por especialidades derivados del área de triaje a sala de observación en el año 2016

ATENCIONES	TOTAL	PORCENTAJE
MEDICINA	1,340	23%
CARDIOLOGIA	326	6%
NEUMOLOGIA	171	3%
GASTROENTEROLOGIA	163	3%
CIRUGIA	153	3%
NEUROLOGIA	204	3%
PEDIATRIA	3,441	59%
TOTAL	5,398	100%

Gráfico N° 4.3

Porcentaje de atenciones por especialidades derivados del área de triaje a sala de observación en el año 2016



Fuente: Memoria anual 2016 del HCFAP

En el cuadro 4.3 y gráfico 4.3 se observa que durante el año 2016 de un total de 5,398 pacientes atendidos en triaje y derivados a sala de observación, 59% (3,441 pacientes) fueron evaluados por pediatría, 23% (1,340 pacientes) fueron evaluados por medicina, 6% (326 pacientes) fueron evaluados por cardiología, 3% (204 pacientes) fueron evaluados por neurología, 3% (171 pacientes) fueron evaluados por neumología, otro 3% (163 pacientes) fueron evaluados por gastroenterología, y 3% (153 pacientes) fueron evaluados por cirugía.

V. CONCLUSIONES

Al término del informe se concluye lo siguiente:

- a) La implantación del triaje ha supuesto un aumento de la calidad en los servicios asistenciales de urgencias organizando dicha asistencia y respetando los correspondientes tiempos de espera según gravedad.
- b) La enfermera de emergencias debe estar totalmente de acuerdo con la forma de desarrollar triaje y que esta implementación no le genere miedos, lo que contribuirá a una labor satisfactoria para el profesional favoreciendo el trabajo en equipo y logrando una homogeneidad en la asistencia al usuario.
- c) La filosofía de Benner es aplicable a la práctica clínica en la cual la enfermera(o) inicia en el nivel de principiante y en la medida que se enfrenta a situaciones diversas en las cuales aplica los conocimientos adquiridos o busca nueva información que le permita la resolución asertiva de las diferentes problemáticas, va pasando por los niveles de Principiante avanzada, competente, eficiente hasta adquirir el nivel de experta mediante la adquisición de habilidades y destrezas que serán ejecutadas en las diversas circunstancias que requieren de una enfermera(o) experta(o).

VI. RECOMENDACIONES

- a) Implementar en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú el sistema de triaje de V niveles las 24 horas del día para la atención de todos los pacientes que solicitan el servicio en el área de emergencia.
- b) Implementar el servicio de triaje en cuanto a equipamiento y recursos humanos lo cual permita brindar una atención de calidad.
- c) Implementar un sistema informático de registro del triaje de V niveles que permita monitorizar, evaluar y hacer estudios posteriores ya que estos se vienen realizando en forma manual dando lugar a sub registros.

VII. REFERENCIALES

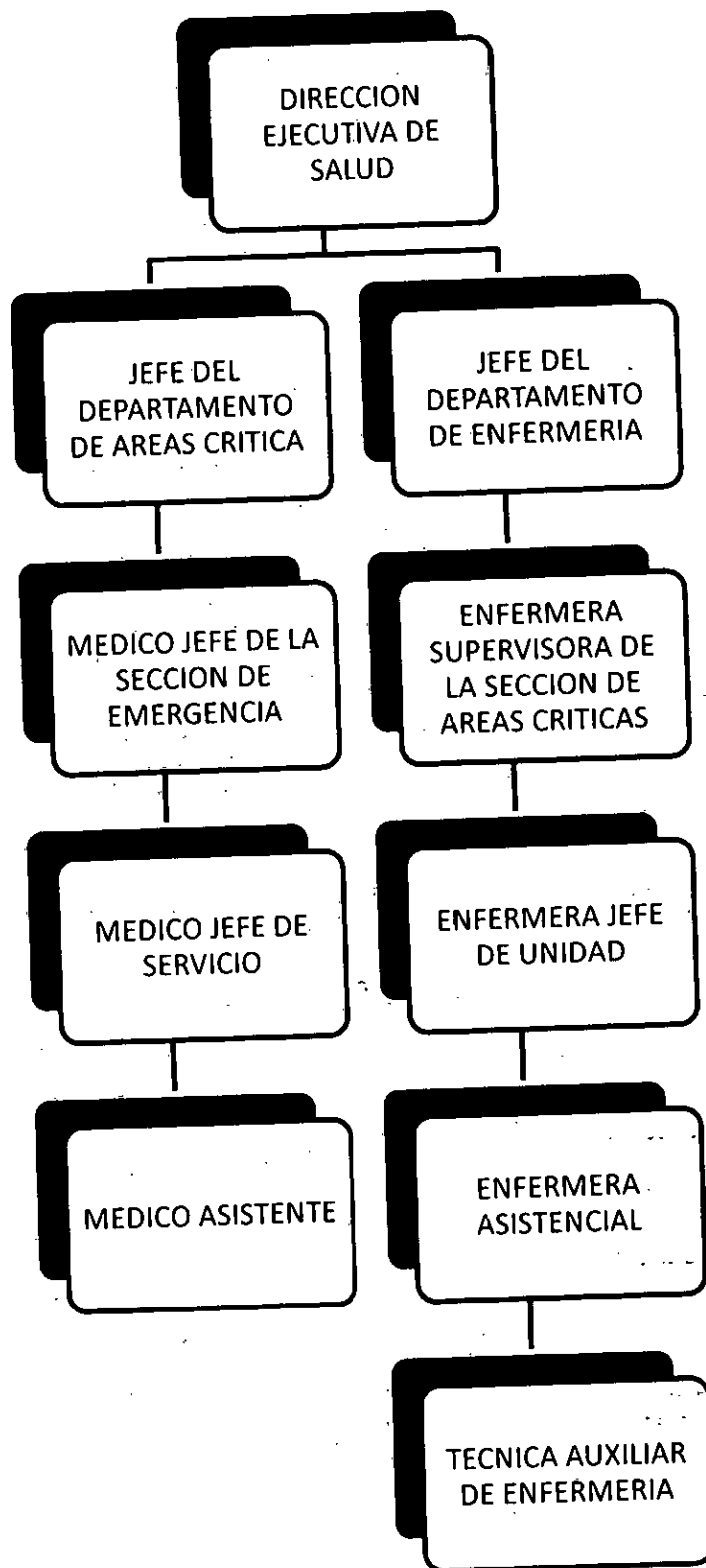
1. OPS/OMS **"Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias"**. Washington 2010.
2. SOLER, W y otros **"El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias"** Anales SIS San Navarra [online]. 2010, disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200008
3. OLVERA Arreola, Sandra Sonalí **"El triaje hospitalario"** México 2011.
4. MINISTERIO DE SALUD NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.0: **"Norma técnica de salud de los servicios de emergencia"** Perú 2006.
5. PRUDENCIO León, Walter **"Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Central de la FAP"** Oficina de Mejoramiento de la calidad Dpto. de Epidemiología Perú 2015.
6. SOLER, W y otros **"El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias"** Anales SIS San Navarra [online]. 2010, disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272010000200008
7. MORENO Rodríguez, Julio César **"Aplicación de los criterios de ingreso a la Unidad de Reanimación en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital General «La Raza»"** México 2012.
8. CARBALLO Cardona, Cesar **"Triage: es hora de dar un paso adelante"** España 2012.
9. MARTIN García, María **"Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalaria"** España 2013.

10. DE SANTOS Del Barrio, Sara "Perfil de la Enfermera de Triage en Urgencias Hospitalarias" España 2015.
11. RODRÍGUEZ Rodríguez Ana María "Satisfacción del usuario del Servicio de Triage de Urgencias del Hospital General La Palma con el modelo Emergency Severity Index" España 2015.
12. DE ARGILA, N "Evaluación del impacto tras la implantación del triaje de adulto gestionado por enfermería en un servicio de urgencias hospitalarias" España 2012.
13. VÍLCHEZ Zapata, Carlos Alberto "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" Perú 2010.
14. ÁLVAREZ Leiva, C. "Triage: Generalidades" España 2001.
15. CANDO Abuja, Mirna "Modelo de gestión del área de triaje y sus efectos en la calidad de atención de los pacientes de la emergencia del hospital de especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón" Guayaquil 2015.
16. DE MOYA Romero, Ana "**Sistema de triaje y circuitos asistenciales del servicio de urgencias del CHUA**" España 2012.
17. MINISTERIO DE SALUD NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.0: "Norma técnica de salud de los servicios de emergencia" Perú 2006.
18. HOSPITAL SAN ELOY "Actividades para el personal de enfermería en urgencias" España 2013.
19. BENNER, Patricia "Teoría del cuidado, sabiduría y ética en la práctica de la enfermería" California 2013.
20. CASTAÑO Castro, Lorena "**Percepción del proceso de triaje en los usuarios del servicio de urgencias del hospital departamental Centenario de Sevilla en el año 2011**" España 2011.

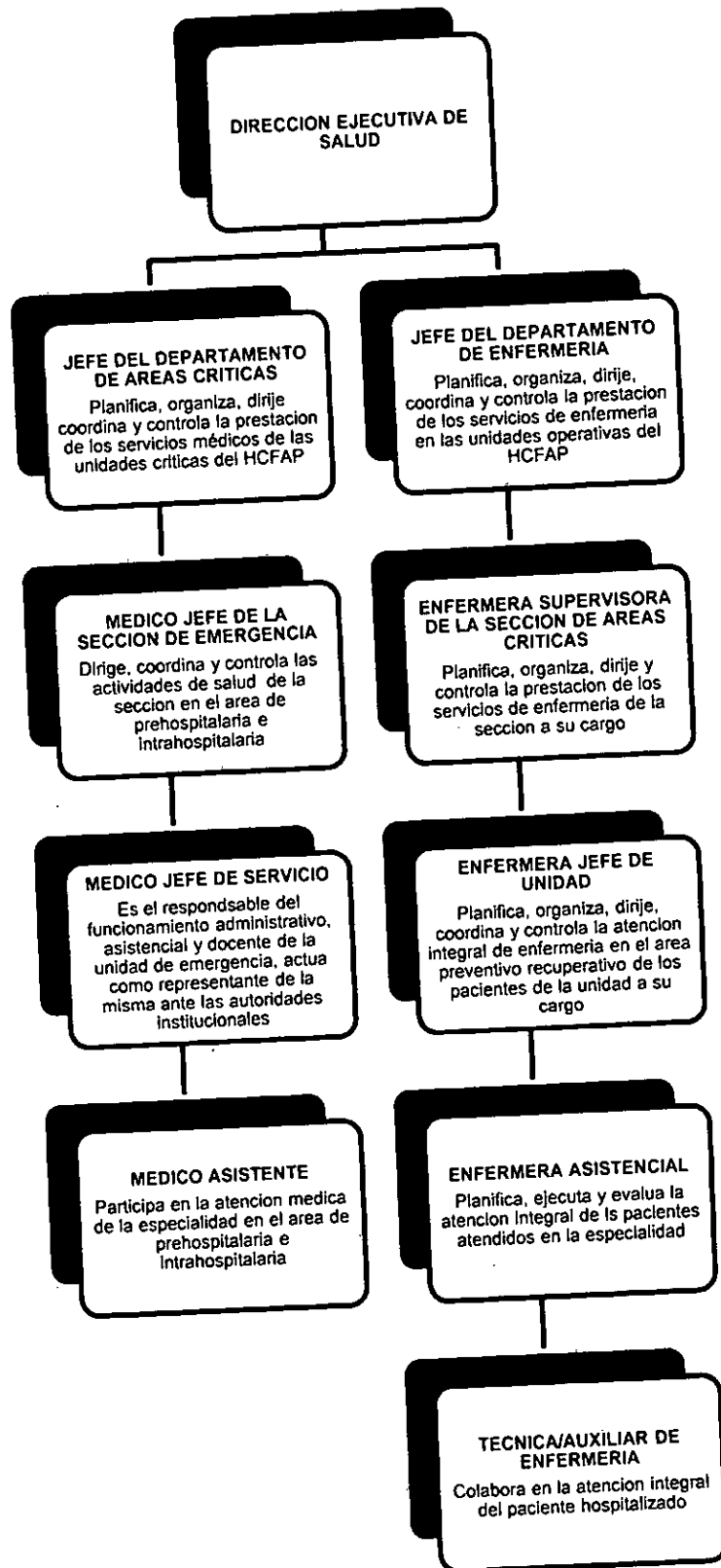
21. HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, "Manual de Normas y Procedimientos" Perú 2012.
22. COBO A, Alba "Conceptos básicos de triaje" España 2011.
23. HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ "Memorias 2016" Perú 2016.
24. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA "Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería en Urgencias" España 2012.
25. LÓPEZ Alba, Lucy "Triage Hospitalario" Colombia 2001.

ANEXOS

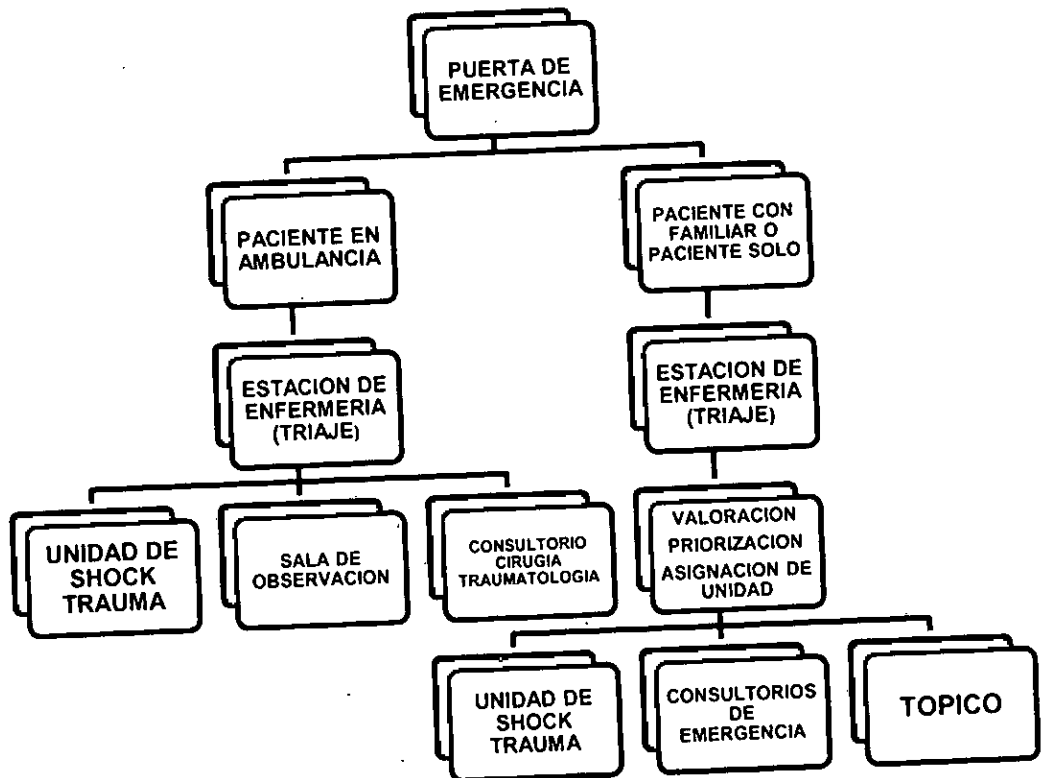
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS



ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



Circuitos asistenciales del servicio de emergencias del HCFAP



Clasificación de triaje realizado en el HCFAP

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

Proceso de triaje del servicio de emergencias del HCFAP

