

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



**TRIAJE DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA PEDIATRICA DE LA  
CLINICA RICARDO PALMA LIMA 2019**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN EMERGENCIAS  
Y DESASTRES**

**SONIA ELVIRA REQUENA GOMERO**

**Callao - 2021  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAUQUE MORALES PRESIDENTE
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA SECRETARIA
- MG. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU VOCAL

**ASESORA:** DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 001-2021

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 13 de Enero del 2021

**Resolución de Decanato** N° 271-2020-D/FCS, de fecha 20 de Noviembre del 2020, de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN.....	3
1.- DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
2.- MARCO TEÓRICO .....	8
2.1.- Antecedentes del estudio.....	8
2.2.- Base teórica .....	15
2.3.- Marco conceptual .....	18
3.- DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA. PLAN DE INTERVENCIONES	
3.1. Justificación.....	28
3.2. Objetivos.....	29
3.2.1. Generales.....	29
3.2.2.-Específicos.....	29
3.3.-Metas.....	29
3.4.- Programación de actividades.....	30
3.5. Recursos.....	35
3.5.1. Materiales.....	35
3.5.2. Humanos.....	35
3.6. Ejecución.....	35
3.7. Evaluación.....	36
4.CONCLUSIONES.....	37
5.- RECOMENDACIONES.....	38
6.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	39
ANEXOS.....	44
	2

## INTRODUCCION

El presente trabajo académico da cuenta del rol importante que desempeña enfermería en el proceso de triaje en el servicio de emergencia pediátrica de la clínica Ricardo Palma, 2019, tiene como objetivo Contribuir a mejorar la atención de enfermería en el servicio de triaje de emergencia pediátrica en la clínica Ricardo Palma.

Las principales motivaciones que me llevaron a su desarrollo fue la falta de un área de triaje y la creciente demanda de pacientes en el área de emergencia pediátrica cual no permite atender en forma oportuna y eficaz a todos los usuarios.

La importancia de la realización del triaje es esencial ya que no todos los pacientes necesitan la misma atención sanitaria, y no todos pueden obtenerla de manera inmediata; Por lo tanto es imprescindible una adecuada valoración y sus respectivas clasificaciones, dando la atención a los pacientes según su prioridad de atención y cumpliendo los protocolos establecidos en la atención del paciente pensando en su calidad de atención, brindando atención oportuna según la demanda de paciente.

El desarrollo de esta experiencia profesional es de 14 años, es el servicio de emergencia pediátrica de la clínica Ricardo Palma, ubicada en Av. Javier Prado este 1066, san isidro, donde cumpla un horario de trabajo rotativo, asumiendo responsabilidades asistenciales y administrativas: **asistenciales** ; realizando valoraciones clínicas, planeando y implementando un plan de cuidados, proporciono cuidados específicos, realizo observaciones clínicas y ejecuto intervenciones de manera independiente y autónoma por él prescritas, así como también colaboro con otros profesionales administrando medicamentos y tratamientos por ellos pautados colaborando con mis colegas y/o resto del Equipo multidisciplinario, para brindar una atención integral en forma oportuna y permanente durante mi horario de trabajo que se encuentren en situación de emergencia y/o urgencia, **administrativas** ; porque soy coordinadora de mi grupo de rotación, es decir asumo todas las responsabilidades dentro de mi horario de trabajo, , velar porque todo paciente que necesite de una atención inmediata sea atendido adecuadamente, superviso el trabajo de todos mis demás colegas, , resuelvo problemas si es que se

presentaran en el momento, coordino con laboratorio, Rx, ecografía , TAC, especialidades médicas para interconsultas, hospitalización, sala de operaciones , UCI, referencias y contra referencias, mantengo actualizadas las estadísticas de atención diaria, organizo al personal de enfermería, técnico en sus diferentes labores, recibo y hago entrega del servicio.

Como profesional de enfermería, tengo como objetivo personal y profesional: Prestar una atención integral a la persona para poder resolver individualmente o como equipo multidisciplinario, los problemas de salud que le afecten en el momento basados en criterios de eficiencia y calidad utilizando con destreza y seguridad los medios terapéuticos, tratando y diagnosticando los problemas reales y potenciales del paciente que se encuentren en amenaza de vida.

La enfermera (o) de emergencia pediátrica es un profesional que cumple su labor asistencial con funciones específicas , donde la respuesta del personal de salud debe ser rápida y oportuna, pero dado el caso por la demanda de pacientes y por no contar con un área determinada de triaje para la clasificación y priorizar la atención de los pacientes se evidencia que no se cumple los protocolos de atención ; no se aplican como debe de ser, ocasionando de esta manera malestar en los padres como en el personal de salud.

Siendo así que los padres manifiestan su molestia con preguntas o llamadas de atención hacia el personal refiriendo: **“señorita yo llegue primero, atienda a mi hijo no ve que está llorando” “señorita mucho demoran para atender, mi hijo está mal, no lo ve, por eso vengo a emergencia”**, por lo que me pregunto **¿realmente estamos aplicando las prioridades de atención de emergencia según la norma técnica del ministerio de salud?** ; Dilema constante por que como profesionales de enfermería sabemos que la priorización y las clasificaciones de los pacientes, son clave para el mejor funcionamiento de los servicios de emergencia; Por lo que surge la necesidad de implementar el área de triaje en emergencia pediátrica, dando la atención a los pacientes según su prioridad de atención y cumpliendo los protocolos establecidos en la atención del paciente, pensando en su calidad de atención, brindando atención oportuna según la demanda de paciente.

## CAPITULO I

### 1.- Descripción de la situación problemática

Los servicios de emergencia constituyen parte fundamental en todos los hospitales, clínicas y otros establecimientos de salud, pues son el primer contacto para los pacientes en situaciones de riesgo. Con el paso de los años estos servicios vienen experimentando aumento en la demanda de atención, conduciendo a una saturación de las guardias, lo que se traduce en tiempos de espera prolongados e inaceptables desde el punto de vista de la calidad del servicio; esto es un problema no solo en Perú sino en muchos países a nivel mundial (1,2,3,)

La creciente demanda ha puesto en marcha la necesidad de implementar métodos para clasificar y ordenar a los pacientes que llegan a solicitar una atención, con mayor rapidez y precisión, es así que hoy en día muchos hospitales en nuestro país usan sistemas de triaje estructurado en sus servicios de emergencia, el objetivo básico de ésta implementación es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser atendido; es decir lograr que se pueda atender en forma rápida y eficaz cualquier paciente en una situación de emergencia médica.(4)

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define urgencia sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia"(5) Según la norma técnica del ministerio de salud de los servicios de emergencia el cumplimiento de la norma permite evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda en el servicio de emergencia, a través de la cuantificación del tiempo desde la recepción hasta la atención del paciente. Prioridad I una atención inmediata, prioridad II periodos de 10 min, prioridad III hasta periodos de 20 min y prioridad IV hasta periodos de 30 min a más. (6)

A nivel mundial en los últimos años, los servicios de emergencias experimentan un incremento en la demanda de atención de pacientes, teniendo como consecuencias la saturación de los servicios y largos tiempos de espera; ocasionando de esta manera malestar en el paciente como en el personal de salud que brinda dicha atención. Es así que un estudio señala que en el 2007, fueron atendidas en los hospitales españoles

26.265.096 urgencias (79,4% en hospitales públicos), el número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23,2%, entre 2001 y 2007. Por ello, el uso de las Emergencias Hospitalarias es cada vez mayor, lo que conduce a su masificación, y a consecuencias negativas tanto para el paciente como para el sistema organizativo (7).

En Perú, los servicios de emergencias de los hospitales públicos vienen experimentando un incremento en la demanda de atención de los pacientes, es así que en la ciudad de Lima el Hospital Nacional Cayetano Heredia pasó de 65 462 atenciones en el 2009 a 80743 en el 2013 . Generalmente la demanda en éstos siempre es más alta que la oferta. La atención al paciente es deficiente en la mayoría de los casos; considerando el largo tiempo de espera, la falta de capacidad física en instalaciones y la poca información que recibe el familiar son las quejas más comunes que presentan los usuarios de estos servicios. La priorización y clasificaciones de los pacientes, son clave para el mejor funcionamiento de las salas de emergencia. (8)

En la clínica Ricardo Palma en el área de emergencia pediátrica también se evidencia un aumento en la atención de pacientes por año, pasando de unos 20, 214 en el año 2014 a unos 31, 027 pacientes en el año 2018.

Una herramienta imprescindible para la priorización de la atención de los pacientes, en las unidades de urgencias hospitalarias, es el triaje., donde Dominique-Jean Larrey utilizó este término para referirse a la acción de priorizar la atención de los enfermos en el campo de batalla. (9).

En un servicio de urgencias, la palabra triaje se refiere al proceso de recepción y acogida del paciente para su posterior clasificación según su situación de salud que determinará la prioridad en la atención, evitando demoras en la atención de aquellos pacientes que presentan mayores riesgos (10)

El termino triaje en el mundo de la urgencia se ha identificado como un proceso de clasificación de los pacientes de urgencias y emergencias o por un equipo de atención pre hospitalaria, en base a la valoración de los pacientes en el área de emergencia , con la finalidad de identificar a los pacientes en condiciones graves y así poder garantizarles una atención urgente según el nivel más adecuado que resuelva su demanda. (11)



El servicio de emergencia pediátrica brinda atención integral en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todo niño de 0 días a 12 años 11mes y 29 días de vida que se encuentren en situación de emergencia y/o urgencia.

En el servicio de emergencia pediátrica la primera atención inicia desde el área administrativa donde contamos con 2 secretarias, una genera las historia clínicas y la otra entrega la ficha a la enfermera para el llamado respectivo del paciente.

Se contaba anteriormente con un ambiente como área de triaje donde contábamos con 1 médico especialista y una enfermera para la consulta de atención inmediata ( CAI), hoy se encuentra cerrada por falta de personal asistencial, aduciendo la jefatura de Enfermería que la demanda de paciente es poca y que la clínica no cuenta con personal, dato erróneo ya que la atención a aumentado últimamente ; así como las quejas de los padres de familia por la demora en atención , por lo que toda paciente pasa directo al tópico respectivo en emergencia.

Cabe recalcar que es indispensable contar con un área de triaje , ya que podemos priorizar las atenciones y dar mejor atención a los pacientes en emergencia pediátrica de la clínica Ricardo Palma , donde la respuesta del personal de salud debe ser rápida y oportuna, los protocolos de atención en algunos casos no se aplican como debe de ser, ocasionando de esta manera malestar en los pacientes como en el personal de salud que brinda dicha atención. Siendo así que los padres manifiestan su molestia con preguntas o llamadas de atención hacia el personal refiriendo: **“señorita yo llegue primero, atienda a mi hijo no ve que está llorando” “señorita mucho demoran para atender, mi hijo está mal, no lo ve , por eso vengo a emergencia”**, y me pregunto **¿realmente estamos aplicando las prioridades de atención de emergencia según la norma técnica del ministerio de salud?** Es un dilema constante por que como profesionales de Enfermería sabemos que la priorización y las clasificaciones de los pacientes, son clave para el mejor funcionamiento de los servicios de emergencia, por lo que en la actualidad el servicio de emergencia pediátrica no cuenta con un área de triaje siendo una herramienta indispensable para la priorización de los pacientes durante su estancia en el área de emergencia.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### INTERNACIONAL

**BAUTISTA SANGOQUIZA Diego.** 2017, ECUADOR ; en su estudio “ Análisis situacional de la atención de enfermería en la Implementación de triaje en el servicio de emergencia del **Hospital General Puyo – Ecuador 2017** ” realizó una investigación con el objetivo identificar el conocimiento del profesional de enfermería sobre el sistema de triaje del Hospital Provincial General Puyo - ecuador 2017, fue un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la técnica que utilizó fue la encuesta aplicada a 21 enfermeras del Hospital Provincial General Puyo del servicio de emergencia para identificar el nivel de sus conocimientos en el área de triaje. Los resultados mostraron que un 81% de encuestados manifestaron desconocer los niveles de atención y las prioridades de atención en el Servicio de Emergencia, un 86% de encuestados manifestaron desconocer los tiempos de atención en el triaje, Concluye el autor que por el desconocimiento sobre el sistema de triaje y por una inadecuada clasificación en el área se presentaron problemas de salud en los pacientes que acudieron a emergencia (12).

**SILVA MARCONATO Rafael,** 2017, BRASIL; en su estudio “**Prioridades de clasificación de riesgo en una unidad de emergencia y desenlace de la atención Brasil – 2017**”, tuvo como objetivo asociar las prioridades propuestas del protocolo institucional de clasificación de riesgo con resultados de atención en la unidad de emergencia y evaluar el perfil de la atención. Método: estudio observacional epidemiológico, basado en los datos del archivo informatizado de una Unidad de Emergencia Referenciada. Se evaluaron atendimientos de adultos en cuanto a la clasificación de riesgo y el desenlace (muerte, internación y alta hospitalaria) a través de los registros del boletín de atención de urgencia. Resultados: la edad media de los 97099 atendimientos registrados fue de 43,4 años, el 81,5% fueron búsqueda espontánea, el

41,2%, un 15,3% de color amarillo, un 3,7% azul, un 3% de rojo y un 36,9% no se clasificaron, el 90,2% recibieron alta, ,4% internaron y el 0,4% evolucionó a muerte. De los pacientes que recibieron, el 14,7% eran amarillo o rojo, de los internados el 13,6% eran verde o azul y de las muertes. El 1,8% se clasificó como azul o verde. Conclusión: el protocolo de clasificación de riesgos demostró buena sensibilidad para predecir situaciones graves que pueden evolucionar hacia la muerte o hospitalización. (13)

**SALIETTI Judith. y GONZALEZ Esther**, 2016, ESPAÑA, desarrollaron un estudio **“Efectividad del triaje realizado por enfermeras para reducir la saturación en urgencias hospitalarias ( SUH) ESPAÑA- 2016”**, con el objetivo de conocer la efectividad del triaje realizado por enfermeras para reducir la saturación en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH). España 2016 Realizaron una revisión sistemáticas siguiendo las directrices de estudios anteriores. La calidad metodológica de las revisiones incluidas se evaluó mediante las herramientas estadísticas. Los resultados mostraron que el triaje enfermero es eficaz en reducir la saturación y el tiempo de espera cuando realiza solicitudes de pruebas radiológicas en los SUH en los casos de sospecha de fractura. En cambio, en pacientes sin sospecha de fractura enfermería no reduce la saturación. Concluyeron que el triaje del enfermero ha mostrado ser efectivo en reducir la saturación de los SUH en determinados problemas de salud. Se necesitan realizar más estudios con un rigor metodológico elevado que aumenten el conocimiento científico sobre este aspecto organizativo (14).

**ANDRADE CANDO** , 2015, ECUADOR en su estudio **“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”**; tuvo como Objetivo: Determinar el modelo de gestión del área de triaje y su incidencia en la calidad de atención de los pacientes de emergencia del Hospital de especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. Resultados: A pesar que obtuvimos un índice muy alto de insatisfacción con respecto a la sala de espera del hospital, la encuesta dio un porcentaje menor del 50% de resultados muy satisfactorios con relación a la información brinda por el médico al usuario final. Conclusiones: 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. Gracias a este sistema se ha logrado que fluyan los sistemas de urgencias evitando grandes aglomeraciones. El profesional sanitario 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. Se debería implantar más cursos de formación para los enfermeros y auxiliares enfermeros en la realización del triaje, mínimo al personal que trabaje en urgencias y emergencias. (15)

BUSTILLOS MALDONADO E, **2015 COLOMBIA** , en **su estudio de “Estrategias de gestión para disminuir los tiempos de espera en el servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato, Enero a Junio del 2015”** ; tuvo como Objetivo: Estrategias de gestión para disminuir los tiempos de espera en el servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato. Método: Es una investigación de modalidad cuali – cuantitativa, al haberse recogido los datos mediante variables cualitativas a través de un cuestionario aplicado a los pacientes y personal que labora en el servicio. Este estudio se analizó los tiempos de espera (ingreso – ticket, ticket – triaje y triaje – atención médica) en el servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato en el periodo de enero a junio del 2014. Los resultados obtenidos demuestran que la mayor afluencia de pacientes ocurre en el horario de la mañana y la prioridad mayormente atendida es la amarilla. Al cotejar los resultados de los tiempos de espera del servicio con los tiempos de espera apropiados que sugiere el sistema de Triage de Manchester, que se maneja en el servicio para categorizar a los pacientes, se determinó que en la mayoría de los casos, los usuarios tienen que esperar el tiempo apropiado para cada categoría. Se evidenció también que casos categorizados como azul se atendieron en menor cantidad que los esperados, sin embargo siguen constituyendo una causa para la demora en la atención de casos más complejos en el servicio. También se determinó que los usuarios no reciben apropiadamente información en el servicio que les oriente sobre el manejo de los pacientes y el protocolo de atención. Los resultados de la prueba de conocimiento del triaje de médicos y enfermeras demuestran que no existen conceptos claros sobre el triaje, sin embargo, los pacientes califican la atención del personal como muy buena y excelente. (16)

## NACIONAL

**PRADO Y CARDENAS FLORES verónica** 2018, LIMA, en su trabajo de investigación **“Nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la clínica Jesús del Norte”** tiene como objetivo general determinar la relación entre el nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús del Norte Lima. 2018. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y aleatorio ya que se calcula los tiempos de espera de los pacientes de emergencia desde la atención en triaje hasta la primera atención médica. La muestra lo conformaron 152 historias clínicas que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó las historias clínicas de manera aleatoria a través de una ficha de registro de datos y como base se utilizó la norma técnica del ministerio de salud la cual nos da los parámetros que mide la calidad y oportunidad del servicio que se brinda en el servicio de emergencia, a través de la cuantificación del tiempo desde la recepción hasta la atención del paciente. Los resultados principales fueron: El 55.26 % fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 42 años, teniendo en cuenta las prioridades, la mayor cantidad de número de pacientes son de prioridad III teniendo el 67.11% y por último el 82.24% de pacientes atendidos cumplieron con la norma técnica, mientras que el 17.76% no lo logró. Se utilizó como prueba estadística para la correlación de las variables el Rho de Spearman con SPSS dándonos como resultado 0.811 que según la regla de discusión nos indica que la relación que existe entre el nivel de prioridad y el tiempo de espera es alta.(17)

**JIMENEZ Giancarlos y ESPINOZA Estuardo**, LIMA, 2017, en su estudio **“Factores personales en la aplicación del manual de atención en triaje del servicio de emergencia clínica privada San Isidro, 2017”**; Los profesionales de enfermería que laboran en emergencia en triaje, no se aplica el manual de atención, cabe recalcar existe edades diversas, predominantemente mujeres, que trabajan en su gran mayoría en más de dos lugares, su estado civil es oscilante, y el número de hijos diverso, cuentan con carga laboral, entre otros realizando cursos de post grado. Objetivo: Determinar los factores personales que influyen en la aplicación del manual de atención en triaje del servicio de emergencia de la clínica Ricardo Palma. Metodología: El estudio de enfoque

cuantitativo, tipo descriptivo explicativo, de diseño no experimental, de corte transversal. El tipo de muestreo será no probabilístico, es la técnica de muestreo donde los elementos son elegidos a juicio del investigador. No se conoce la probabilidad con la que se puede seleccionar a cada individuo, censal, porque se definirá a toda la población para el estudio, bajo criterios de inclusión y exclusión. La técnica será el cuestionario y la guía observación, y como instrumentos se utilizará un cuestionario y una guía de observación, el consta de 7 preguntas con alternativas, para la cual se le asignó valores por escala de Lickert de 0 hasta 3 puntos, la guía de observación consta por 17 ítems, se le asignará un 1 punto a la respuesta si y 0 puntos a la respuesta no, la escala de medición para la aplicación del manual será: Aplica 15 - 17 puntos, no aplica menor igual a 14 puntos. Este instrumento fue sometido a validación de contenido por juicio de expertos que estuvo conformado por 8 enfermeros especialistas en emergencias y desastres, 2 magísteres, se aplicó la V de Aiken, teniendo como resultado 1, posteriormente se aplicó a una muestra piloto, se utilizó el KR20 como prueba estadística para medir la confiabilidad, obteniendo 0.77 lo que nos indica que es confiable. Los resultados nos permitirán tener un conocimiento certero de una de una realidad del área de triaje, para posteriormente implementar estrategias para el mejoramiento de los factores que estén afectando la aplicación del manual. (18)

**ESCARRAGA ARANA**, 2017, LIMA , en su trabajo de investigación **“Efectividad del sistema de triaje de Manchester para la jerarquización y manejo según riesgo clínico del paciente en estado de emergencia”** tuvo como objetivo Determinar efectividad del sistema de Triaje de Manchester para la Jerarquización y Manejo según riesgo clínico del paciente en estado de Emergencia. Materiales y Métodos: Revisión Sistemática observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias. Son parte esencial de la enfermería basada en la evidencia por su rigurosa metodología, identificando los estudios relevantes para responder preguntas específicas de la práctica clínica, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando el sistema Grade para asignar la fuerza de recomendación. Resultados: en la evaluación definitiva se eligieron 9 artículos, de los cuales el 55,55% (07) corresponden a España,

un 22,22 %(01) de Estados Unidos, un 11,11% (01) a Costa Rica, y un 11,11% a Suiza respectivamente. Han sido estudiados en su mayoría los estudios de tipo cuantitativos, con un 55,55% Distribuidos entre los países de España, Estados Unidos y Suiza. De lo cual un 11,11% tenemos a estudios descriptivos cuantitativos prospectivos, transversales, comparativos y experimentales. Donde del total de artículos analizados del 100% afirma que el Triage con el Sistema de Manchester es efectivo para la jerarquización y manejo según riesgo clínico del paciente en estado de emergencia. Conclusiones: Se evidencio que en la revisión sistemática de los antecedentes el 100% de las revisiones reconocen que el sistema de triaje de Manchester es efectivo para la jerarquización y manejo según riesgo clínico del paciente en estado de Emergencia.(19)

**JIMENEZ Zoraida y ROJAS Liliana, 2017 , Lima , en su estudio “Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017”.** El objetivo fue determinar la prevalencia de las consultas atendidas de urgencias y emergencias en el servicio de emergencias en una clínica privada de Miraflores, Lima, 2017. La metodología que se utilizó es de tipo cuantitativo, descriptivo retrospectivo, diseño no experimental, transversal y el tipo de muestreo es no probabilístico censal. Se utilizó las historias clínicas de paciente que fueron atendidos entre el 1 y 7 de febrero del 2016, los cuales sumaron 2087 historias clínicas, que fueron revisadas teniendo en cuenta los criterios de exclusión. Se obtuvo los siguientes resultados: el 38.7% de los pacientes fueron de prioridad III o urgencias menores, el 36.5 % de la prioridad IV que son patologías comunes, el 23,5% son prioridad de atención II o urgencias mayores y solo el 1.3% de la prioridad I es decir emergencia o gravedad súbita; la población predominante es de sexo femenino con un 61.4%, frente a un 38,6% de sexo masculino; por etapa de vida, se aprecia que la demanda mayoritaria con un 33,4% son adulto joven, 24,9% son adulto. Resalta en cuanto al tipo de seguro, corresponde el 77% de la población a aquellos pacientes que cuentan con Seguro. Concluyendo que la prevalencia de pacientes 19 del servicio de emergencia de la clínica privada de Miraflores, se da por pacientes con patologías comunes y urgencias menores, las cuales pueden ser atendidas en consultorios descentralizados o ambulatorios. Asimismo, esto conlleva a saturar el

servicio de emergencias, afectando el tiempo de espera y la calidad de atención de las emergencias súbitas o urgencias mayores. Por lo que podemos afirmar que según la prioridad de atención en el servicio de emergencia se está realizando un inadecuado uso del servicio. (20)

**ZAMBRANO LOBATON R** 2016, LIMA, en su estudio **“Tiempo de espera y satisfacción del paciente con prioridad III en el proceso de atención del servicio de emergencia del Centro Médico Naval 2016”**; El presente trabajo tuvo como objetivo de investigación determinar la correlación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente con prioridad III en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2016. La metodología es cuantitativa de alcance correlacional causal, se aplicó como instrumento una lista de cotejo para medir los tiempos de espera y un cuestionario para medir la satisfacción de los pacientes, participaron en el estudio un total de 161 pacientes. Los resultados principales fueron: El 61.2% fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 52 años, la satisfacción global sobre el tiempo de espera en el 18 proceso de atención de emergencia fue de 31,6% como tiempo de espera razonable, mientras que el 48,5% de los pacientes consideran que el proceso de atención en laboratorio es prolongado. Conclusión: Mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman ( $r = -0.609$   $p < 0.001$ ) se pudo establecer que existe correlación negativa normal entre tiempo de espera y satisfacción de paciente con prioridad III durante el proceso de atención de emergencia del Centro Médico Naval 2016, es decir a mayor tiempo de espera en el proceso de atención de emergencia, menor satisfacción, esta correlación es estadísticamente altamente significativo. (21)



## 2.2.- BASES TEORICAS

### TEORIAS DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON DE LAS 14 NECESIDADES

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

**A. Necesidad fundamental:** Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

**B. Independencia:** Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

**C. Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

**D. Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

**E. Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

**F. Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

- **Fuerza:** Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

- Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

**Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

**Cliente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

- 1.- Necesidad de respirar.
- 2.- Necesidad de beber y comer.
- 3.- Necesidad de eliminar.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de dormir y descansar.
- 6.- Necesidad de vestirse y desvestirse.
- 7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- Necesidad de evitar los peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad según sus creencias y sus valores.
- 12.- Necesidad de ocuparse para realizarse.
- 13.- Necesidad de recrearse.
- 14.- Necesidad de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

(22)

El desarrollo de mi presente trabajo aplica esta teoría porque a la persona como un individuo que necesita de asistencia médica para preservar su salud o, a su vez, morir, siendo la enfermera la principal ayuda del enfermo, quien debe contribuir con sus

conocimientos al cuidado del paciente y para que esto sea posible se requiere que la enfermera posea conocimientos que le permitan incitar e incrementar las habilidades, destrezas y la voluntad del individuo hasta conseguir que sus requerimientos de salud puedan ser cubiertos de acuerdo a su capacidad.

### **TEORIAS DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE DOROTEA OREM DEL AUTOCUIDADO**

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. (23)

El desarrollo de mi presente trabajo aplica esta teoría porque con nuestro actuar describe las necesidades básicas para el mantenimiento de la vida y clasifica las diferentes situaciones donde el individuo necesita ayuda para satisfacerlas. Por último ubica al personal de enfermería como el agente en capacidad para suplir las necesidades de cuidado de las personas incapacitadas para autocuidarse.

## **2.3.- MARCO CONCEPTUAL**

### **SERVICIO DE EMERGENCIA**

Es un área conformado por un equipo multidisciplinario de salud y considerada de las más críticas y de mayor complejidad en cuanto a la operatividad. El personal de salud de dicha área es el que se encarga de la identificación de los pacientes, para efectos de asegurar los trámites respectivos. Así mismo estos servicios consisten en brindar atención las 24 horas al día a fin de atender las demandas de los pacientes y familiares que acuden a las instalaciones. Cabe señalar que, en cuanto a la infraestructura, se deben optimizar todos los espacios posibles a fin de una organización adecuada de los recursos disponibles. Además, es un área en el cual el funcionamiento adecuado y eficaz, no solo depende del personal calificado y experimentado sino también, del responsable que toman las decisiones para la optimización de capital humano y priorización de recursos. Es importante señalar que es un área con niveles de presión altos lo cual disminuiría la eficacia de los procesos que se realizan en dicho ambiente. En este sentido el personal debe estar preparado para cualquier eventualidad que puedan presentarse y así tomar las decisiones adecuadas y oportunas. (24)

### **URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Se conoce como urgencias a la aparición inesperada de problemas que afectan la salud de las personas debido a diferentes causas, la cual provoca la necesidad de atención oportuna y adecuada. Con respecto a las emergencias se define como la urgencia que afecta directamente la vida o cualquier órgano vital del paciente y por tal motivo debe tratarse en el tiempo mínimo posible (25).

Conocer y diferenciar correctamente estos dos tipos de situaciones ayudan y mejoran el sistema de clasificación y priorización de las atenciones, ya que se va a acortar los tiempos de espera, así como también se racionalizará y optimizará los recursos del servicio de emergencia. Dando la prioridad no necesariamente por el orden de llegada, sino por la gravedad de la situación. La correcta diferenciación de estas dos situaciones nos lleva a analizar sobre las ventajas que se reflejan en situaciones adversas.

En este enfoque donde dos situaciones convergen, se hace imprescindible la comunicación en términos simples y sencillos entre el personal de enfermería y los usuarios, dado que en ocasiones los problemas y la conglomeración de los servicios aumentan debido a la falta de información que poseen los familiares provocando en ellos la percepción de poco profesionalismo e interés en el servicio brindado.

## **TRIAJE**

El término triaje procede del verbo francés trier, vocablo que aparece en el siglo XII y que significa “separar”. En la lengua española no existe la palabra triaje como tal, existe el término tria; acción y efecto de triar o triarse, que en vocablos sencillos se traduce como priorización, clasificación o selección según la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007; “El profesional de salud encargado del triaje, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al protocolo de triaje” (26)

.Por lo tanto podemos decir que el triaje es un proceso que identifica y clasifica a los pacientes en niveles de prioridad; el cual es realizado por un profesional de salud calificado, quien determina la gravedad del paciente según su valoración clínica, derivándolo al área correspondiente para su tratamiento oportuno.

En el mismo sentido para fortalecer esta definición el autor Nicolás José y sus colaboradores definen que la clasificación y priorización de pacientes puede realizarse de una forma estructurada o no estructurada. El triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de triaje válida, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios que permitan su realización, según un modelo de calidad evaluable. Sus objetivos finales son: Identificar rápidamente los pacientes en situaciones de peligro inminente vital, con objeto de priorizar su asistencia y disminuir el riesgo, determinar el área de tratamiento más adecuada, permitir una evaluación continua, gracias a reevaluaciones periódicas, proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de emergencia, con la finalidad de optimizar recursos, mejorar la gestión y eficiencia.(27)

## **LAS FUNCIONES DEL TRIAJE**

Están basadas fundamentalmente en:

- Identificar a pacientes en situación de riesgo vital
- Asegurar su priorización según el nivel de clasificación
- Asegurar la espera de pacientes que deben ser reevaluados
- Determinar el área más apropiada de atención al paciente
- Aportar información relevante del proceso de atención
- Asegurar la información a los familiares
- Mejorar el flujo y congestión del servicio y aportar con información para el mejor servicio en emergencia.

Dicho de otro modo este sistema de triaje es un proceso cuyo producto final es la adecuada y correcta clasificación y priorización de las atenciones según determinadas características . Sin embargo existen factores que perjudican el dinamismo o proceso de atención al paciente tales como lo relacionado al tema logístico, infraestructura, escasez de personal o servicios básicos deficientes.

Otro enfoque de las funciones que se realizan durante el triaje se destaca el enfoque de mejora continua. el cual pretende darle a la actividad de triaje un modelo de proceso, donde hay elementos de entrada que son los pacientes que aún no son clasificados en los niveles de prioridad, elementos de salida que son los pacientes que ya están clasificados y los componentes que ayudan a que este proceso sea eficaz y eficiente. La ventaja de este enfoque es que permite fortalecer y mantiene los puntos óptimos del proceso e identificar a través de la trazabilidad los puntos débiles de dicho proceso, estableciéndose de este modo un sistema de mejora continua (28).

## **MODELOS DE TRIAJE**

Según el autor Sanizo Zevallos refiere que los niveles de prioridad del triaje, son una forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente previa valoración de signos y síntomas. Además el nivel de prioridad determina la rapidez con que se actúa sobre el paciente y el orden en que éstos serán atendidos ; así tenemos los siguientes niveles. (29)

Existen hasta la actualidad cinco modelos de triaje estructurado:

1. La Australian Triage Scale (ATS)
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
3. El Manchester Triage System (MTS)
4. El Emergency Severity Index (ESI)
5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrà de Triage: MAT

### **TRIAJE - ENFERMERIA**

El triaje depende del diagnóstico y de la capacidad del observador, este proceso ha sido utilizado desde sus inicios por personal de enfermería. Además con la realización de estudio y evaluaciones de mejora se pudo conseguir adecuados resultados, incluso en escalas de cuatro niveles. Todas las evaluaciones e instrumentos aplicados en triaje se fundamentan en investigaciones basadas en la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, hay estudios que proponen que sea un profesional médico experimentado el encargado de realizarlo (30).

Numerosos estudios realizados en diferentes hospitales nos dan a conocer de la vital labor que realiza el personal de enfermería. Además es uno de los pocos profesionales en el cual los pacientes son tratados desde el primer instante que llega a un hospital, siendo el personal de enfermería, quien le guía y brinda la información necesaria al paciente. Estos lazos se van acortando cuando el personal de enfermería va comunicándole al paciente sobre su diagnóstico preliminar de forma clara y sencilla, generando así un ambiente de confianza en la que el paciente brinda toda la información que se le solicita.

Estas actividades son las que aumentan la satisfacción y fortalece el espíritu de los pacientes ayudándolos desde este punto de vista en el tratamiento de la enfermedad (31). Hoy en día es el profesional de enfermería el encargado de realizar el triaje con o sin apoyo del profesional médico, con su apoyo sería más eficiente, en casos de alta complejidad y gravedad; sin embargo es el profesional de enfermería que define el triaje avanzado, donde administra medicación en base a protocolos y circuitos establecidos y consensuados (32).

Cabe resaltar la importancia de una adecuada clasificación de triaje según la patología que aqueja al paciente para así priorizar de forma adecuada y oportuna la atención del paciente (33).

### **NIVELES DE PRIORIDADES DE TRIAJE:**

El triaje estructurado en la unidad de emergencias es un indicador de calidad de la relación riesgo – eficiencia, donde los pacientes en cada uno de los niveles de atención deben ser reconocidos de forma que se establezca un perfil dentro del servicio en función a la gravedad y a la capacidad de atención del servicio.(34)

Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

**Prioridad I** (inmediata y /o < 5 minutos): Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma, ésta prioridad incluye daños entre ellos; Paro Cardio- Respiratorio, shock ,trauma severo, obstrucción de la vía aérea alta, **Además considera signos vitales de riesgo como:**

Frecuencia cardíaca <50 x min,

Frecuencia cardíaca >150 x min,

Presión arterial sistólica <90 mmHg,

Presión arterial sistólica >220 mmHg,

Presión arterial diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal, Frecuencia respiratoria > 35 x min,

Frecuencia respiratoria< 10 x min.

**Prioridad II** (10minutos): Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias; incluye una lista de 49 daños entre ellas;

Crisis asmática,

Diabetes mellitus descompensada,

Hemoptisis,

Trastornos del sensorio, dolor torácico.

**Prioridad III** (<20 minutos): Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Contiene una



lista con daños de las cuales se menciona; Dolor abdominal, deshidratación moderada, broncoespasmo leve, síndrome vertiginoso y trastorno vascular.

**PrioridadIV** (<30 minutos): Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados. Contiene lista de daños entre ellas; enfermedades diarreicas agudas, enfermedades crónicas no descompensadas, resfrió común.

**NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA N° 042  
MINSA / DGSPV. 01, PERÚ – 2007;**

Precisa que el tiempo promedio de espera para ser atendido, según casos de prioridad; permitirá evaluar la calidad y oportunidad del servicio que se brinda, a través de la cuantificación del tiempo, desde la recepción hasta la atención del paciente. Por lo tanto podemos decir que el tiempo de espera se define como el tiempo que transcurre desde la llegada del paciente hasta el momento que es atendido por un profesional médico calificado.(35)

En la investigación se estudiará el tiempo comprendido entre la hora de triaje y la hora de atención, el cual se define según el autor García Gonzales como “el tiempo expresado en minutos comprendido desde que el paciente es clasificado en triaje hasta la hora que recibe atención por parte del personal facultativo”, los cuales son:

**Hora de Triage:** Hora en la que se realiza una clasificación por parte del personal de salud responsable de triaje.

**Hora de Atención:** Hora registrada en la historia clínica en la que se realiza la atención por parte del personal médico.

Para presentar los resultados se tendrá en cuenta los estándares del tiempo de espera para cada nivel de prioridad, establecidos en la norma técnica de salud de los servicios de emergencia; expresado de la siguiente manera:

**Adecuado;** si el tiempo de atención cumple con los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

**Inadecuado;** si el tiempo de atención es mayor que los estándares determinados por la norma técnica en cada nivel de prioridad.

En la investigación, para la variable Niveles de Prioridad; se considera como indicador la clasificación del paciente (niveles de prioridad I,II,III,IV) que realiza el profesional de salud responsable de triaje y que registra en la historia clínica sucinta

La enfermera es un recurso humano importante para la atención de los pacientes en el servicio de emergencia como es en el triaje debido a que estará dispuesta a satisfacer las necesidades de la demanda, el nivel de complejidad y los recursos disponibles; con competencias para brindar Reanimación Cardiopulmonar Cerebral Básica y atención de enfermería en emergencias.

### **DOCUMENTO TÉCNICO: ATENCIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIA EN LA CLINICA RICARDO PALMA**

En la Clínica Ricardo Palma existe una norma técnica que se basa en establecer los procedimientos, requisitos y responsables durante el proceso de atención del paciente en Emergencia, tanto de adultos como pediátrica, para garantizar una adecuada evaluación, de manera integral, en todo paciente que solicite una atención en el servicio, optimizando los recursos de manera eficiente según prioridad de daño y motivo de consulta. Se describirán los nuevos procesos del Servicio de Emergencia dentro del flujo regular de pacientes, enfocados a la atención personalizada de las necesidades de salud del paciente.(36)cuya finalidad es la de optimizar el flujo de atención de pacientes en Emergencia, lo que nos permitirá priorizar y optimizar la atención urgente de los pacientes más graves, teniendo como objetivo el cumplir los procesos diseñados para el servicio de Emergencia.

### **ATENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE TRIAJE EN EMERGENCIA DE LA CLINICA RICARDO PALMA**

#### **ATENCIÓN EN EMERGENCIA**

1.-Paciente ingresa por sus propios medios o ingresa en ambulancia

1. 1.-Se toman datos del paciente que solicita atención en emergencia y se realiza su valoración socio-económica (Admisionista)

1.2 .- Se identifica su prioridad de daño y se traslada a la Unidad de Shock Trauma, Unidad de Terapia Intensiva o a los tópicos de observación, según corresponda. El triaje, toma de datos y colocación de brazalete se realiza en el destino -

2.- Se coloca el brazalete de identificación. (Admisionista /Enfermera de triaje)

3.- Se evalúa al paciente en triaje y se identifica su prioridad de daño.

(Enfermera de triaje)

4.- Según su prioridad de daño se deriva al área correspondiente.

Enfermera de triaje :

El paciente puede seguir los siguientes destinos:

1. Pasa a Unidad de Shock Trauma
2. Pasa a Unidad de Terapia Intensiva
3. Pasa a Consultorios de Atención Inmediata o a tópicos de observación

#### **Atención del paciente con daño de prioridad I**

- 1.-Paciente es trasladado a la Unidad de Shock Trauma por el equipo de salud de guardia.
- 2.-El paciente recibe atención inmediata, según guías respectivas.
- 3.-Inician resucitación y estabilización del paciente según guías RCP AHA vigentes.
- 4.-Se realizan los exámenes auxiliares y se cursan las interconsultas pertinentes.

Servicios auxiliares y Especialidades médicas

- 5.-Una vez estabilizado el paciente, se transfiere a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).
- 6.-Se monitoriza el estado neurológico, cardiológico y respiratorio según corresponda. Se siguen indicaciones médicas.
- 7.-Se define el destino del paciente en un plazo no mayor a 24 horas.

El paciente puede seguir los siguientes destinos:

1. Transferencia interna a Hospitalización, UCI o Centro Quirúrgico.
2. Transferencia externa a otro establecimiento por petición del paciente o responsable.
3. Egreso por fallecimiento. Registros Historia Clínica de emergencia (sistema Galileo).

Y De acuerdo al destino del paciente:

1. Indicación de hospitalización.
2. Hoja de transferencia externa.
3. Certificado de defunción, según corresponda.

#### **Atención del paciente con daño de prioridad II.**

- 1.-Paciente es trasladado a la Unidad de Terapia Intensiva.
- 2.-Revisa funciones vitales en busca de signos de inestabilidad hemodinámica.
- 3.-Realiza evaluación inicial médica, con elaboración de historia clínica de emergencia completa.
- 4.-Se realizan los exámenes auxiliares y se cursan las interconsultas pertinentes.

Servicios auxiliares y Especialidades médicas

5.-El paciente es reevaluado y se define su destino en menos de 24 horas El paciente puede seguir los siguientes destinos:

1. Transferencia interna a Hospitalización, UCI o Centro Quirúrgico.
2. Transferencia externa a otro establecimiento por petición del paciente o responsable.
3. Egreso por fallecimiento. Registros Historia Clínica de Emergencia (sistema Galileo).

Y De acuerdo al destino del paciente:

1. Indicación de hospitalización.
2. Hoja de transferencia externa.
3. Certificado de defunción, según corresponda.

#### **Atención del paciente con daño de prioridad III y IV.**

- 1.-Paciente es trasladado a un Consultorio de Atención Inmediata. (Enfermera de Triage)
- 2.-Se realiza la evaluación inicial del paciente y se reevalúa su prioridad de daño. (Médico emergencista)
- 3.-Según el estado del paciente, se decide si el paciente se va de alta o es trasladado a los tópicos de observación (Médico emergencista)-
- 4.- Se completa la evaluación inicial médica y la historia clínica de emergencia (Médico emergencista).
- 5.-Se realizan los exámenes auxiliares y se cursan las interconsultas pertinentes.

Servicios auxiliares y Especialidades médicas 6.-El paciente es reevaluado y se define su destino.

El paciente puede seguir los siguientes destinos:

1. Alta a su domicilio.
2. Transferencia interna a Hospitalización, UCI o Centro Quirúrgico.
3. Transferencia externa a otro establecimiento por petición del paciente o responsable.
4. Pasa a la UTI para observación y se decide su destino en menos de 24 horas.
5. Egreso por fallecimiento. Registros Historia Clínica de Emergencia (sistema Galileo).

Y De acuerdo al destino del paciente:

1. Indicación de Hospitalización.
2. Hoja de transferencia externa.
3. Entrega de Informe de Alta e Instrucciones de Seguimiento.
4. Certificado de defunción, según corresponda.

## PRESENCIA DE PARO CARDIO-RESPIRATORIO

- En caso de ocurrencia de un paro cardio-respiratorio en algún paciente, se deberá activar el timbre que tiene como fin alertar a todo el personal de emergencia sobre estos casos.
- Se tomarán acciones encaminadas a la recuperación del paciente, acciones de registro y seguimiento del paciente y verificación y reposición de insumos del Coche de Paro.

## PACIENTE CON INDICACIÓN DE CIRUGÍA

- Los pacientes con indicación de cirugía de emergencia recibe la evaluación preanestésica, en el mismo Servicio de Emergencia o en el Área de Pre-anestesia, mediante la visita del anesthesiólogo de turno. En esta evaluación se valora el riesgo anestesiológico y se informa sobre la técnica anestésica prevista, sus alternativas, riesgos y beneficios, obteniendo el Consentimiento Informado de Anestesiología siempre que la condición del paciente no sea de riesgo vital.
- El médico cirujano tratante es el responsable de informar al paciente sobre el procedimiento, incluyendo sus beneficios, riesgos y alternativas, tiene la responsabilidad de obtener el Consentimiento Informado Quirúrgico.
- El médico cirujano tratante registra una breve anotación en la historia clínica .

## PACIENTE CON NECESIDAD DE TRASLADO EXTERNO

- Todo paciente que solicite su traslado externo es estabilizado, y todo procedimiento, examen y tratamiento serán registrados en la historia clínica de emergencia y en el formato de transferencia externa.
- El traslado externo será realizado en coordinación entre el médico tratante y el personal del centro de salud al que está dirigido.
- El médico de piso debe acompañar a todo paciente que sea trasladado para verificar la firma de recepción en el establecimiento de destino y responder la encuesta de calidad de traslado externo.

## RESPONSABILIDADES

Es responsable del cumplimiento de la presente norma todo el personal que presta servicios en Emergencia. La Coordinadora del Servicio de Emergencia es responsable del monitoreo y supervisión del cumplimiento de la presente norma y lo reporta a la Gerencia de Salud.

**CAPÍTULO III**  
**DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN**  
**RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

**PLAN DE INTERVENCIONES**

**3.1.- JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo académico es relevante en el ámbito de aplicación práctico porque los resultados permitirán mejorar las competencias profesionales de gestión y fortalecerán los cuidados de enfermería en el servicio de emergencia, lo que mejorará el flujo de usuarios y disminuirá la afluencia en el servicio por parte de los pacientes. Aportará también a la clínica una adecuada clasificación y selección para priorizar los niveles de atención del paciente y el tiempo de espera adecuado según la gravedad, a través de un manejo eficaz de parte del personal de enfermería a fin de poder identificar correctamente las necesidades del paciente y optimizar los recursos para la atención. Sumado a ello el proceso de un adecuado triaje aporta de manera significativa información que permita establecer medidas y oportunidades de mejora para el servicio, dando a conocer los aspectos positivos y negativos de tal manera que se adopten medidas en función a las necesidades de los pacientes.

Para la institución será fundamental que a partir de los resultados encontrados se reoriente el sistema actual de triaje, para reducir los tiempos de espera y la insatisfacción de los familiares, garantizando de esta manera una atención oportuna y eficiente para los pacientes, además se asegura que la actividad sea realizado por profesionales capacitados que garanticen la calidad en la atención.

### **3.2.-OBJETIVOS Objetivo General**

- Contribuir a mejorar la atención de enfermería en el servicio de triaje de emergencia pediátrica en la clínica Ricardo Palma.

#### **Objetivos Específicos:**

- Capacitación a todo el personal de enfermería del servicio emergencia pediátrica.
- Elaboración y actualización de las guías de atención.
- Disminuir el tiempo de espera en la atención del paciente.
- Educación a familiares que acuden al servicio de emergencia pediátrica.

### **3.3.-METAS**

1. Contar con un personal capacitado en un 100%.
2. Que el 100 % del personal de enfermería conozca el manejo del triaje.
3. Que el 100% del personal de enfermería aplique la clasificación de prioridad de pacientes que ingresen al servicio de emergencia pediátrica.
4. Que el 90% de los familiares conozcan el concepto de emergencia y urgencia.

### 3.4 .-PROGRAMA DE ACTIVIDADES :

#### Capacitación a todo el personal de enfermería del servicio emergencia pediátrica.

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
1.- Coordinación con la jefatura de Enfermería para la respectiva capacitación sobre triaje de enfermería	Enfermera jefa del servicio de Enfermería	Cuaderno de actas	1	15 de julio	Enfermera jefa del servicio de Emergencia pediátrica. Licenciada Janet Yactayo Licenciada Sonia Requena
2.- Socializar al personal de enfermería (licenciada y/o técnico) del servicio de emergencia pediátrica sobre la importancia del manejo de triaje y niveles de atención.	Licenciada y/o técnico de Enfermería del servicio de emergencia pediátrica	Listado de enfermeras y técnicas	90%	19 de julio	Enfermera jefa del servicio de Emergencia. Licenciada Janet Yactayo Licenciada Sonia Requena
3.-Evaluar al personal antes de la capacitación.	Licenciada y/o técnico de Enfermería del servicio de emergencia pediátrica	cuestionario	100%	13 de setiembre	Licenciada Sonia Requena.
4.-Capacitación al personal de enfermería del servicio de emergencia pediátrica referente a triaje y niveles de atención según prioridad.	Enfermera del servicio de emergencia pediátrica	Personal de enfermería capacitados	100%	20 de setiembre	Licenciada Sonia Requena.
5.- Evaluar al personal después de la capacitación	Enfermera jefa del servicio de enfermería	cuestionario	100%	13 de octubre	Licenciada Sonia Requena



- **Elaboración y actualización de las guías de atención.**

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
1.- Coordinación con jefatura de enfermería sobre la elaboración de la guía de atención en triaje de emergencia pediátrica.	Enfermera jefa del servicio de enfermería	Cuaderno de actas	1	30 de setiembre	Enfermera jefa del servicio de Emergencia. Licenciada Janet Yactayo Licenciada Sonia Requena.
2.-Sensibilizar a todos los enfermeros del servicio de emergencia pediátrica sobre la importancia de una guía de atención	Enfermeras del servicio de emergencia pediátrica	Listado de emergencia	100%	9 de octubre	Enfermera jefa del servicio de Emergencia. Licenciada Janet Yactayo Licenciada Sonia Requena.

<p>3.-revisión de la guía de atención de triaje tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Guía de intervención de enfermería para la atención pediátrica en insuficiencia respiratoria aguda</li> <li>-Guía de intervención de enfermería al paciente pediátrico en enfermedad</li> <li>-Guía de intervención de enfermería - obstrucción de cuerpo extraño</li> <li>-Guía de intervención de enfermería al paciente pediátrico con traumatismo encéfalo craneano</li> <li>-Guía de intervención de enfermería para la atención pediátrica en crisis convulsiva</li> <li>-Guía de intervención de enfermería en politraumatismo pediátrico</li> </ul>	Enfermera jefa del servicio de enfermería	Guía de triaje	1	18 de octubre	Enfermera jefa del servicio de Emergencia. Licenciada Janet Yactayo
4- Elaborar la guía de atención de triaje	Enfermera del servicio de emergencia pediátrica	Guía de atención	1	25 de octubre	Licenciada Sonia Requena.

- **Disminuir el tiempo de espera en la atención del paciente.**

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
1.-Aplicación de la guía de atención en triaje	Enfermeras del servicio de emergencia pediátrica	Guía	100%	4 de octubre	Enfermera jefa del servicio de Emergencia. Licenciada Janet Yactayo  Licenciada Sonia Requena
2.- La guía de Atención de pacientes en emergencia en la clínica Ricardo Palma se colocará en todas las computadoras del servicio para su fácil accesibilidad al personal .	Equipo informático	Ayudas visuales Trípticos Folletos impresiones	1	19 de octubre	Licenciada responsable Sonia Requena
3.-Retroalimentación continua en base a resultados de evaluaciones.	Guía de atención de pacientes en emergencia en la clínica Ricardo Palma	Educación constante al personal	100%	constante	Enfermera jefa del servicio de Emergencia Lic. Janet Yactayo Licenciada Sonia Requena
4.-Se brindará un informe escrito al departamento de enfermería.	Informe final	estadística	100%	15 de enero	Enfermera responsable Lic. Sonia Requena

- **Educación a familiares que acuden al servicio de emergencia pediátrica.**

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
1.- Coordinación con la jefa del servicio de emergencia pediátrica sobre la necesidad de educar a los padres.	Enfermera jefa del servicio de emergencia pediátrica	Cuaderno de actas	1	30 de setiembre	Enfermera jefa del servicio de Emergencia. Licenciada Janet Yactayo Licenciada Sonia Requena.
2.-Sensibilizar a todos los enfermeros del servicio de emergencia pediátrica sobre la importancia de la educación a los padres que acuden al a emergencia pediátrica.	Enfermeras del servicio de emergencia pediátrica	Listado de emergencia	100%	9 de octubre	Enfermera jefa del servicio de Emergencia. Licenciada Janet Yactayo Licenciada Sonia Requena.
3.- Elaborar unas cartillas referente a los niveles de atención , prioridades de atención,y tiempo de espera de atención en emergencia pediátrica	Enfermera del servicio de emergencia pediátrica	Cartillas	1	18 de octubre	Licenciada Sonia Requena.
4.-educar y entrega de cartilla a los padres que acuden al servicio de emergencia pediátrica para una atención	Padres	Entrega de cartillas	1	constante	Enfermera jefa del servicio de Emergencia. Licenciada Janet Yactayo

### **3.5.- RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS**

Para la ejecución del programa se hace necesaria la utilización de una serie de recursos, tanto humanos materiales, los cuales se detallan a continuación **A.- recursos materiales:** Se contó con los siguientes recursos materiales para poder brindar una mejor capacitación tales como:

- Auditorio
- Proyector
- diapositivas
- material impreso (diapositivas de exposición)
- Refrigerio
- 400 unidades de Papel bond
- 2 plumones de pizarra acrílica
- 1 caja de Lapiceros
- 1 computadora
- 1 impresora
- 1 Escritorio
- 1 Puntero laser

#### **B.-Recursos humanos**

Se contará con el apoyo del personal de enfermería, que labora exclusivamente en el servicio de emergencia pediátrica, para tener una mejor visualización del tema a exponer y capacitar.

- 1 enfermera jefa del servicio de enfermería
- 1 enfermera jefa del servicio de emergencia
- 15 Licenciados de enfermería asistenciales
- 15 técnicos en enfermería

### **3.6.- EJECUCION**

La realización del presente plan se empezó a ejecutar a partir del mes de julio del 2019, iniciando con la coordinación entre la jefatura de Enfermería y la encargada del servicio de emergencia pediátrica, para plantear la propuesta de la de la implementación del triaje para el área de emergencia pediátrica.

Una vez realizada la coordinación para su posterior aceptación, se procedió a la socialización del personal de enfermería, sobre la importancia de contar con un triaje en el servicio de emergencia pediátrica, luego se llevó a cabo la capacitación, con el fin de dar a conocer, la guía de “Atención de pacientes en emergencia pediátrica de la clínica Ricardo Palma” para priorizar las atenciones y dar mejor atención a los pacientes que requieran de un servicio de atención, donde la respuesta del personal de salud debe ser rápida y oportuna cumpliendo protocolos y procesos establecidos en el servicio por lo que en cada capacitación solo se considerará temas y puntos estratégicos basados en la atención diaria del servicio de emergencia pediátrica, basados en la problemática del servicio ya plasmados en puntos anteriores, establecidos en nuestro programa de actividades que será realizado a partir del 15 de julio

### **3.7.- EVALUACION DEL PLAN DE CAPACITACIÓN**

La intervención fue realizada en un 90%, logrando una mejor eficiencia en el reconocimiento de los niveles de atención de triaje, se han podido realizar todas las actividades del plan de intervención; logrando actualizar las guías de atención de enfermería, evidenciado que el 90% de personal de enfermería realiza una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes a su llegada a urgencias.

## CONCLUSIONES

- a) Se logra mejorar la atención de enfermería en el servicio de emergencia pediátrica.
- b) Se actualiza la guía de atención de enfermería en paciente 2019, con la cual se unifican criterios y protocolos para brindar una atención oportuna a todo paciente que acudan para una atención en el servicio emergencia pediátrica.
- c) No se logra aperturar el consultorio de atención inmediata (CAI), la cual sería de mucha ayuda para disminuir el tiempo de espera y la demanda de atención de pacientes en el servicio de emergencia.
- d) El 90% del personal de emergencia pediátrica reconoce los niveles de prioridad en triaje, según su factor de riesgo para su atención inmediata.
- e) El 95 % realiza una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes a su llegada a urgencias, identificando los casos agudos que requieren una atención inmediata

## RECOMENDACIONES

- a) A dirección médica de la clínica se le sugiere implementar un sistema de triaje establecido a nivel nacional o internacional, porque nos permite la selección del paciente correcto, en el lugar correcto y priorizar la atención según su prioridad en razón de su riesgo o gravedad de salud, con el fin de incrementar la calidad ofertada.
- b) Volver a aperturarse el servicio de consultorio de atención inmediata, (CAI), para que la estancia en el servicio de emergencia sea de menor a 6 horas.
- c) Concientizar al personal del servicio (enfermeros y técnicos) de brindar una atención oportuna, capacitándose continuamente sobre manejo de triaje.
- d) Se sugiere mantener una capacitación continua, referente a las guías de atención de pacientes del servicio de emergencia pediátrica, siendo recomendable ir ampliando la guía para ir mejorando cada vez la atención brindada a nuestros pacientes .
  
- e) Sería muy acertado implementar estrategias para capacitar al personal, para poder así mejorar su desempeño, incluyendo evaluaciones y seguimientos que permitan medir si la capacitación es efectiva o no; así como el desarrollo de proyectos de mejora continua que incluyan la adopción de un sistema o modelo de triaje estructurado en cuatro niveles.



## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Fabián V. Saturación de las guardias de emergencia. Parte I. Causas y efectos. Rev Nob. [Internet].2014 [citado 8 Nov]; 2(2):1-13. Disponible en: [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/28052014.1.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/28052014.1.pdf).
2. Linares Mendoza G. Congestión en el servicio de emergencias ¿retrasa la primera dosis de antibiótico o analgésico? [Tesis Doctor]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2013.
3. Fabian V. Saturación de las guardias de emergencia. Posibles soluciones. Rev Nob. [Internet].2014 [citado 8 Nov]; 2(2):1-13. Disponible en: [http://www.noblearp.com/src/img\\_up/28052014.0.pdf](http://www.noblearp.com/src/img_up/28052014.0.pdf).
4. Relación entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia – es salud, lima, Perú 2016 - autores :Osorio Yalán Rosita de Fátima,Palacios Sánchez Gladys Noelia, Pérez Contreras Karina Rosario, Trejo Chávez Magdaly Milen.
5. Ministerio de Salud (2007). Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. E – 1. NT. N° 042-MINSA/DGSP-V.O1, Lima - Peru. El Ministerio.
6. María MG. Estudio del triaje en un servicio de emergencias hospitalario. Rev Enf. [Internet].2013 [citado 2 Oct 2014]; 1(5). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91>
7. Vílchez Zapata C. Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud. [Tesis Doctoral] .Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010

8. Blagg CR. Triage: Napoleon to the present day. J Nephrol. 2004; 17:629- 632. Disponible en: [http://triage-urgence.com/historique\\_triagefr.php](http://triage-urgence.com/historique_triagefr.php)
9. Vila G, Réplica al artículo “El Triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermería”. Enfermería Clínica 2002;
10. Bermejo, R. S., Fadrique, C. C., Fraile, B. R., Centeno, E. F., Cueva, S. P., De las Heras, E. M. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2013; 25(1), 66-70.
11. Análisis de Situación de Salud Hospitalario 2014 Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Disponible en: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/epidemiologia/2014/asis\\_hch\\_2014.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/epidemiologia/2014/asis_hch_2014.pdf)
12. Bautista D. Análisis situacional de la atención de enfermería en la Implementación de triaje en el servicio de emergencia del Hospital General Puyo [tesis].Ecuador: Universidad Autónoma de los Andes. Facultad de ciencias de la Salud.2017. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7052/1/PIUAENF053-2017.pdf>
13. Silva R., Monteiro I., (2017) Prioridades de la clasificación de riesgo en una unidad de emergencia y resultado del atendimento. Recuperado el 07 de octubre del 2017 de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2974.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2974.pdf)
14. Marcos J. y González E. Efectividad del triaje realizado por enfermeras para reducir la saturación en urgencias hospitalarias [tesis].Barcelona: Universidad Gimbernat.2016. Disponible en:<http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/374/Efectiv>

idad%20del%20triaje%20realizado%20por%20enfermeras%20para%20reducir%20la%20saturaci%C3%B3n%20en%20urgencias%20hospitalarias.  
pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Andrade V. Cando A. (2015). 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 Abel Gilbert Pontón en la ciudad de Guayaquil. Recuperado 15 noviembre del 2015 de <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/1131?Mode=full>
16. Bustillos E., (2015) Estrategias de gestión para disminuir los tiempos de espera en el servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato, Enero a Junio del 2014. Recuperado 12 de julio 2015 de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/495>
17. PRADO Y CARDENAS (2018) ; en su trabajo de investigación “Nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la clínica Jesús del Norte” CALLAO, 2018 PERÚ
18. Jimenez T., Willington G., Espinoza C., Estuardo F., (2017) Factores personales en la aplicación del manual de atención en triaje del Servicio Emergencia Clínica privada de San Isidro, 2017. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/810>
19. Arana(2017); en su trabajo de investigación “Efectividad del sistema de triaje de Manchester para la jerarquización y manejo según riesgo clínico del paciente en estado de emergencia” Lima - Perú 2018
20. Jimenez Z.K., Rojas L.R., (2017) Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores, Lima, 2017. Recuperado el 26 de julio del 2017 de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/812>.
21. Zambrano R.Y., (2017) Tiempo de espera y satisfacción del paciente con prioridad III en el proceso de atención del servicio de emergencia del Centro Médico Naval

2016. Recuperado el 12 de diciembre del 2017 de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/8787>.

22. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. Pag. 8-9
23. Alvarez Leiva C. Macias S. (2001). Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes. Triage: Generalidades
24. Bustillos E. Estrategias de gestión para disminuir los tiempos de espera en el servicio de emergencia del hospital IESS Ambato,2015.
25. IBID 21
26. Vílchez Zapata C. Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote – EsSalud. [Tesis Doctoral] .Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
27. Almeyda A. J, Carbajal C. A, Palacios E. A, Sevillano M. L. Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042 MINSA / DGSP-V. 01, Perú – 2007.
28. Herrera O. Factores asociados a la calidad de atención en el servicio de emergencia hospital Sergio E. Bernales [tesis].Lima: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana.2015.
29. IBID 25
30. García M. Calidad del cuidado de enfermería y grado de satisfacción del paciente oncológico internado en el servicio de cirugía del Hospital III José Cayetano Heredia [tesis].Piura: Universidad Nacional de Piura. Facultad de Ciencias de la Salud.2019

31. Arrunátegui L. Satisfacción de los pacientes y/o acompañantes atendido en el servicio de emergencia hospital III-1 José Cayetano Heredia [tesis]. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana. 2019.
32. Rodríguez T . Nivel de satisfacción del paciente sobre la calidad de atención del personal de salud en el servicio de emergencia, Hospital Regional Virgen de Fátima [tesis]. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Facultad de Ciencias de la Salud. 2015.
33. IBID 29
34. Gómez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias 2003; 15: 165-174.
35. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia n° 042 minsa / dgspv. 01, Perú – 2007.
36. Documento técnico: atención de pacientes en emergencia en la clínica Ricardo Palma

# ANEXOS

## CUESTIONARIO AL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA

Estimado(a) compañera: la presente encuesta tiene el objetivo de conocer su recepción y acogida al usuario que solicita atención en emergencia. Sus respuestas son de gran valor para realizar un estudio y contribuir en la mejora continua de nuestra atención y satisfacer mejor sus necesidades profesionales.

Instrucción:

Por favor lea con cuidado las preguntas. Marque con una (X) la respuesta que Usted considera correcta a las siguientes preguntas:

¿Que profesión tiene usted?

Lic. Enfermería ( )

Medico ( )

Otros ( ) .....

### MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA CON UN (X) ASPA

#### 1. ¿Qué entiende por triaje?

- a) Clasificación por nivel de gravedad y / urgencia de atención
- b) control de funciones vitales
- c) registro y / admisión de paciente
- c) No sabe

#### 2.- ¿ La clínica clasifica la atención de triaje en base a :

- a) 4 prioridades
- b) 5 prioridades
- c) sistema ESI
- d) No sabe

#### 3.- ¿Qué prioridades pasan a tópicos de observación? a)

- Prioridad I
- b) Prioridad II
- c) Prioridad II y III
- d) prioridad IV

**4 ¿Cómo atiende al paciente que acude al servicio de emergencias? a)**

De acuerdo a la llegada

b) De acuerdo a la gravedad que presenta.

c) Por el dolor que manifiesta.

d) Por lo que manifiesta los padres

**5.¿ Cómo atiende a un paciente que llega inestable o crítico?**

a) Espera su turno

b) comunica inmediatamente al médico

c) Le recueste y espera que el médico termine de atender al paciente que se encuentra en consulta

d) Pasa directamente al área de TRAUMA SHOCK

**6.¿A los pacientes que se encuentran en sala de espera los revalúa nuevamente, cada que tiempo?**

a) cada 10 minutos

b) cada 30 minutos

c) cada 45 minutos

d) No se revalúa, solo espera el llamado

**7. ¿Porque se retiran los pacientes antes de ser atendido por el médico?**

a) Gran demanda de pacientes

b) Tiempo de espera prolongada

c) personal insuficiente

d) No sabe

**8.- . ¿Qué personal de salud recibe al paciente al momento que llega al área de triaje?**

a) Medico de turno.

b) Licenciada de Enfermería

c) técnico de Enfermería.

d) Admisión de emergencia

**9. ¿Quién considera que debe realizar el sistema de Triage?**



- a) El Médico
- b) Lic. Enfermera
- c) técnico. de Enfermería
- d) Personal administrativo

**10. ¿Usted cree que debemos implementar el sistema de triaje en el servicio? a)**

Si

b) No

c) no sabe

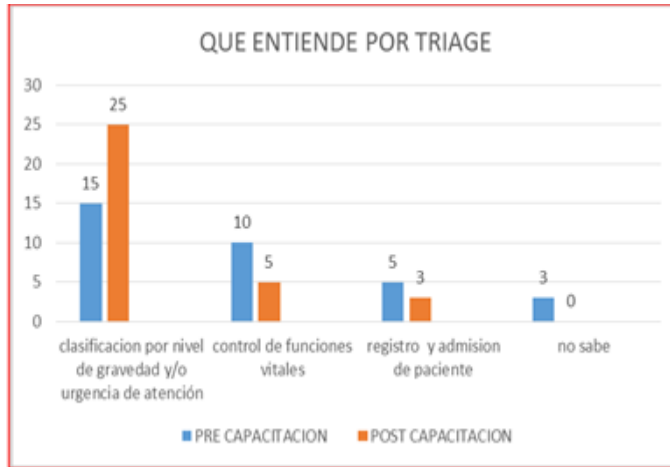
d) no opina

**Codificación de preguntas de encuesta**

<b>Pregunta</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>1</b>	Pre capacitación	15	10	5	3
	<b>Post capacitación</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>2</b>	Pre capacitación	10	10	3	10
	<b>Post capacitación</b>	<b>28</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>3</b>	Pre capacitación	10	10	8	5
	<b>Post capacitación</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>4</b>	Pre capacitación	10	10	10	3
	<b>Post capacitación</b>	<b>3</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>5</b>	Pre capacitación	0	8	5	20
	<b>Post capacitación</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	Pre capacitación	25	0	8	0
	<b>Post capacitación</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>7</b>	Pre capacitación	25	0	8	0
	<b>Post capacitación</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>8</b>	Pre capacitación	0	8	5	20
	<b>Post capacitación</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>9</b>	Pre capacitación	15	15	3	0
	<b>Post capacitación</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>10</b>	Pre capacitación	25	0	8	0
	<b>Post capacitación</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

GRAFICO N °1

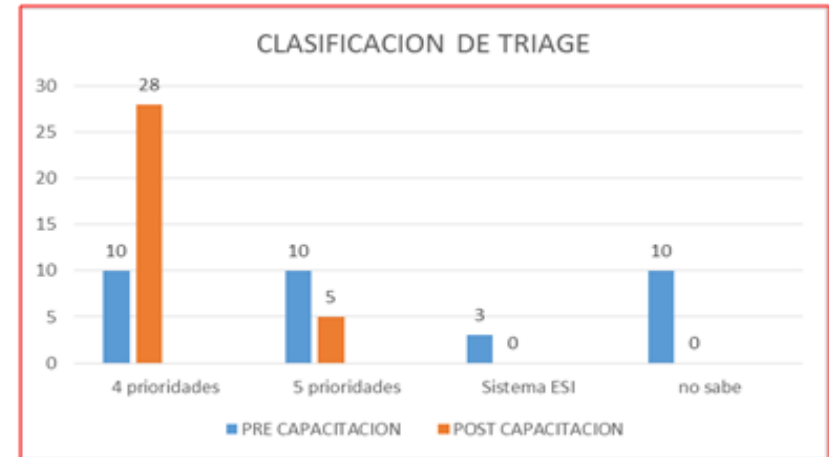
### ¿QUÉ ENTIENDE POR TRIAGE?



**Comentario:** Del total entrevistado el 25 % del personal conoce ya el concepto básico de triaje, mientras un 5 % considera que triaje es el control de funciones vitales y el 3 % considera que es un registro en admisión para la atención del paciente en emergencia; por lo que considero que aún es importante seguir capacitando al personal para llegar a una conciliación de concepto básico y poder así mejorar la atención de paciente a la llegada a emergencia.

GRAFICO N °2

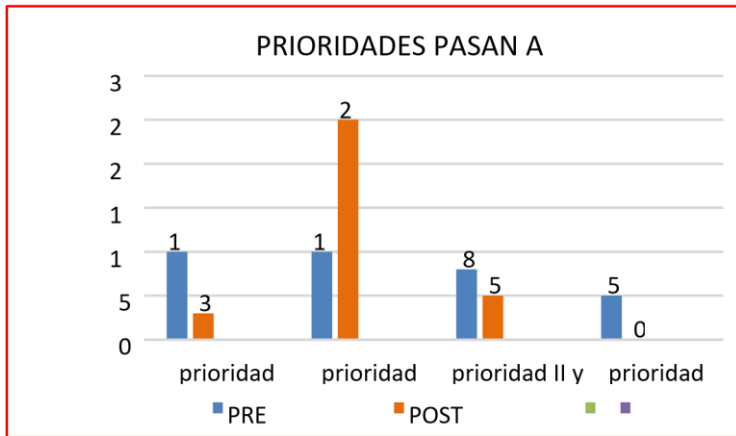
### LA CLÍNICA CLASIFICA LA ATENCIÓN DE TRIAJE EN BASE A ?



**Comentario:** Del total entrevistado el 28 % del personal conoce las 4 prioridades con la que está establecido la atención en emergencia, mientras un 5 % considera que triaje se maneja en 5 prioridades, por lo que es necesario establecer conceptos básicos y que todo el personal maneje las prioridades en el cual se maneja la clínica, se sugiere que la clínica cuente ya con una atención de triaje establecidos a nivel nacional o internacional

**GRAFICO N °3**

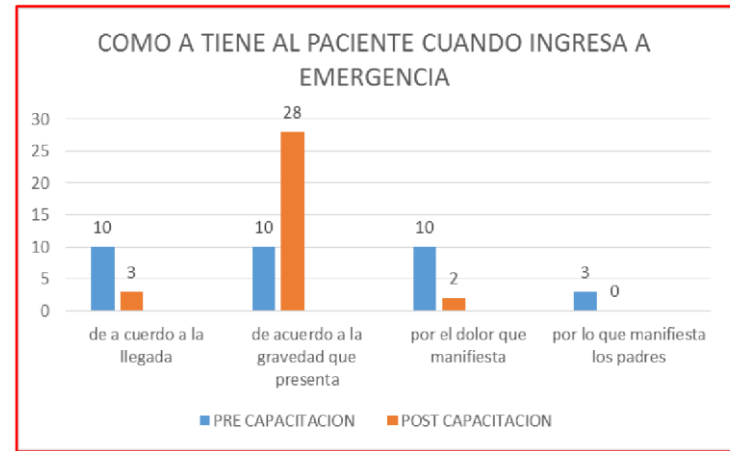
**¿QUÉ PRIORIDADES PASAN A TÓPICOS DE OBSERVACIÓN?**



**Comentario:** Del total entrevistado el 25 % del personal conoce según la prioridad II pasan a tópicos de observación, mientras un 3 % considera que deberían pasar prioridades tipo I y un 5 % prioridades tipo III y IV, por lo que es recomendable que la clínica así como maneja un protocolo de atención en emergencia por prioridades considere que patologías se encuentran en cada prioridad, así se podrá llevar una clasificación adecuada de paciente para la atención en emergencia.

**GRAFICO N °4**

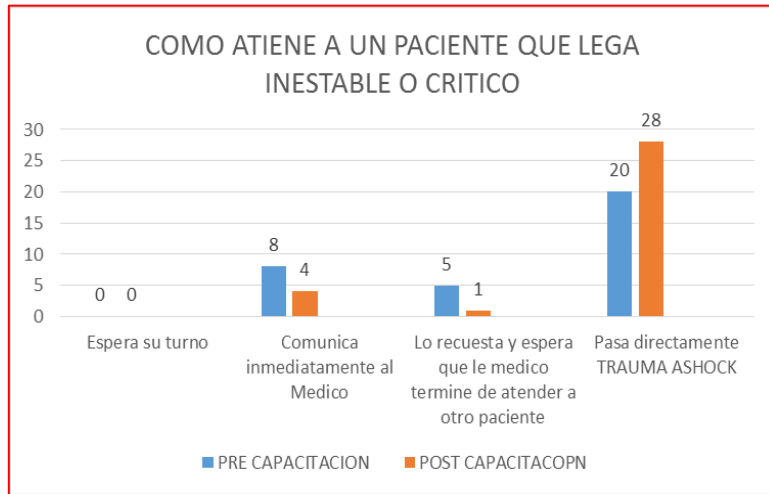
**¿CÓMO ATIENDE AL PACIENTE QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIAS?**



**Comentario:** Del total entrevistado el 28 % del personal conoce que todo paciente se atenderá de acuerdo a la gravedad que presenta, mientras un 3 % considera que todavía la atención es de acuerdo al orden de llegada y un 2% según por la manifestación de dolor, cabe resaltar que todavía de debe seguir capacitando al personal para poder concientizar conceptos básicos y poder realizar una clasificación y atención adecuada según la gravedad.

**GRAFICO N °5**

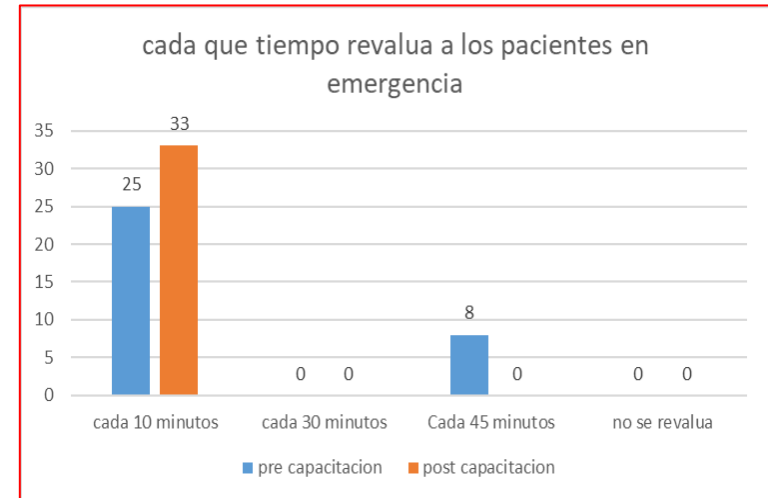
**¿ CÓMO ATIENDE A UN PACIENTE QUE LLEGA INESTABLE O CRÍTICO?**



**Comentario:** Del total entrevistado el 28 % del personal conoce que todo paciente se atenderá de acuerdo a la gravedad que presenta, mientras un 3 % considera que todavía la atención es de acuerdo al orden de llegada y un 2% según por la manifestación de dolor, cabe resaltar que todavía de debe seguir capacitando al personal para poder concientizar conceptos básicos y poder realizar una clasificación y atención adecuada según la gravedad.

**GRAFICO N °6**

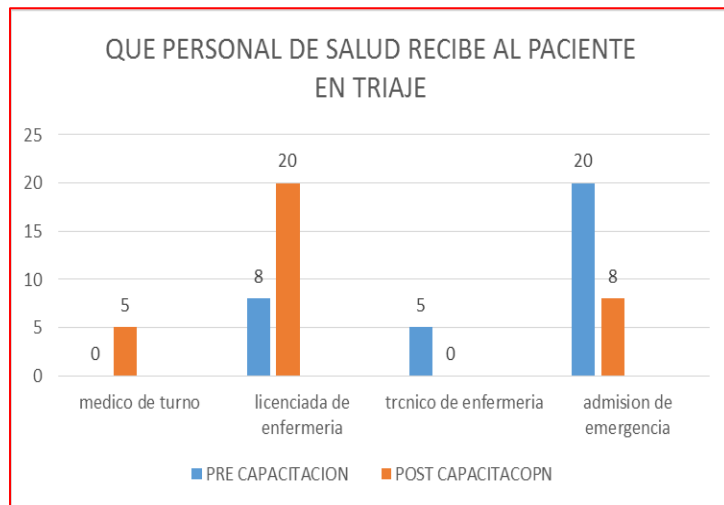
**¿A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN SALA DE ESPERA LOS REVALÚA NUEVAMENTE, CADA QUE TIEMPO?**



**Comentario:** Del total entrevistado el 33 % del personal manifiesta que los paciente en espera de triaje deben ser reevaluados cada 30minutos, para así poder determinar la clasificación de paciente en espera, y poder brindar una atención adecuada.

GRAFICO N °7

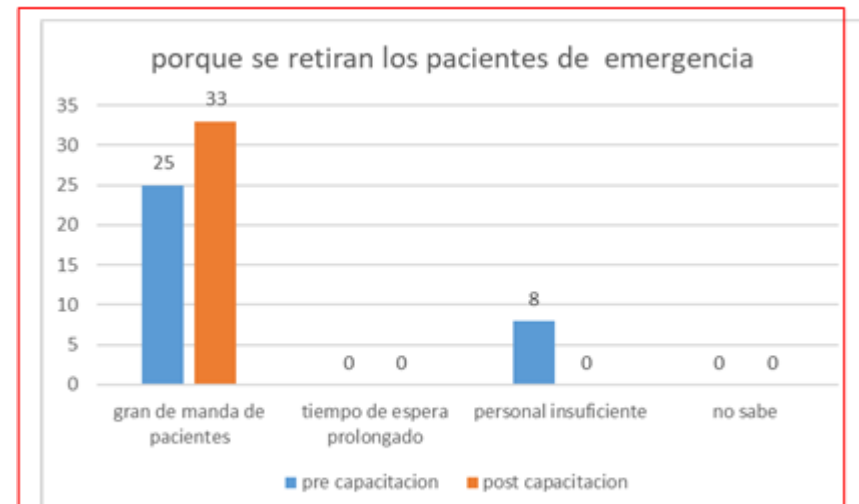
¿PORQUE SE RETIRAN LOS PACIENTES ANTES DE SER ATENDIDO POR EL MÉDICO?



**Comentario:** Del total entrevistado el 33% del personal reconoce que los pacientes se retiran del servicio de emergencia sin esperar atención por la gran demanda de pacientes, ya que no se realiza una buena clasificación de pacientes al momento de la atención según la gravedad lo cual se ve reflejado en el libro de reclamo por los pacientes.

GRAFICO N ° 8

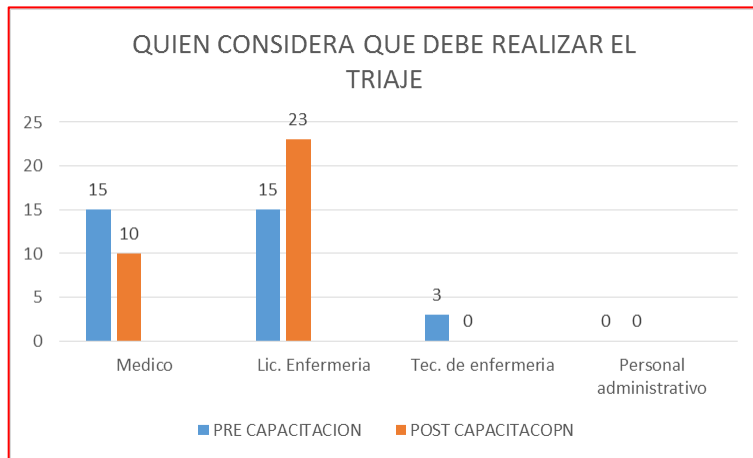
¿QUÉ PERSONAL DE SALUD RECIBE AL PACIENTE AL MOMENTO QUE LLEGA AL ÁREA DE TRIAGE?



**Comentario:** Del total entrevistado el 20 % del personal refiere que los pacientes son recibidos en su gran mayoría por la enfermera de turno, mientras que un 5 % manifiesta que el medico recepciona al paciente y un 8 % lo recepciona admisión, se debe concientizar al personal del servicio que la recepción del paciente es primordialmente del personal de salud , se establece que sea el personal de enfermería.

**GRAFICON °9**

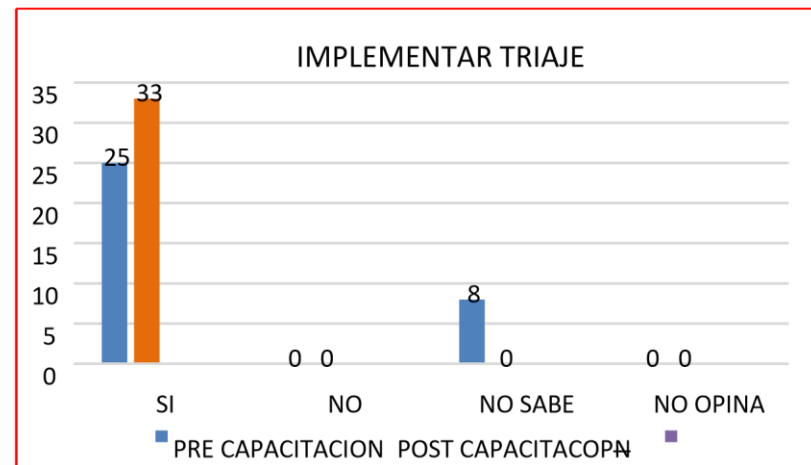
**¿QUIÉN CONSIDERA QUE DEBE REALIZAR EL SISTEMA DE TRIAGE?**



**Comentario:** Del total entrevistado el 23 % del personal consideran que la enfermera debe decepcionar al paciente en triaje, mientras un 10 % considera que debe ser decepcionado por el médico, cabe mencionar que el paciente en emergencia debe ser recepcionado si o si por un personal de salud preparado y capacitado en cuanto a triaje para así poder realizar una clasificación adecuada de atención en los pacientes.

**GRAFICO N °10**

**¿USTED CREE QUE DEBEMOS IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE TRIAGE EN EL SERVICIO?**



**Comentario:** Del total entrevistado el 33 % del personal consideran que si debería de implementar de nuevo el triaje en el servicio de emergencia pediátrica, ya que así se podrá realizar una mejor clasificación de atención de los pacientes, se reducirán quejas y la atención brindada será oportuna y eficaz.

## CUADRO N°1

### ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE LA CLÍNICA RICARDO PALMA 2015 - 2019

AÑO	ATENCIONES
2015	20,214
2016	21,320
2017	24,216
2018	26,498
2019	31,027

\*Fuente Estadística clínica Ricardo palma.



**CUADRO N°2**  
**TOTAL DE ATENCIONES PACIENTES EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE LA CLINICA**  
**RICARDO PALMA 2019**

MES	ATENCIONES
ENERO	2007
FEBRERO	1967
MARZO	3428
ABRIL	2961
MAYO	2988
JUNIO	3049
JULIO	2072
AGOSTO	2379
SETIEMBRE	2563
OCTUBRE	2481
NOVIEMBRE	2738
DICIEMBRE	2394
TOTAL	31027

\*Fuente Estadística clínica Ricardo palma.

**CUADRO N°3**  
**ATENCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PATOLOGÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**PEDIÁTRICA DE LA CLÍNICA RICARDO PALMA 2019**

PATOLOGIA	AÑO 2019	PRIORIDAD
SÍNDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL	1521	II
NEUMONIA	1124	II
ASMA NO ESPECIFICADA	1002	III
PROBLEMAS GASTROINTESTINALES	804	I
CONVULSIONES NO ESPECIFICADAS	110	II
CONVULSIONES SIN FIEBRE	81	II
TRAUMATISMOS	1501	II
SÍNDROME DOLOROSO ABDOMINAL	2342	I
RINOFARINGITIS	1213	III

\*Fuente estadística clínica Ricardo palma.

**CUADRO N°4**  
**ATENCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESPECIALIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**PEDIÁTRICA DE LA CLÍNICA RICARDO PALMA 2019**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>AÑO 2019</b>	<b>PRIORIDAD</b>
MEDICINA	7802	II
CIRUGIA	1710	II
TRAUMATOLOGIA	1581	III
PEDIATRIA	5907	I

\*Fuente estadística clínica Ricardo palma.

# CAPACITACIÓN DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA

**CLÍNICA RICARDO PALMA**

**TRIAJE EN EMERGENCIA PEDIÁTRICA**

**CLINICA RICARDO PALMA**

7. ¿Porque se retiran los pacientes antes de ser atendido por el médico?



**LICENCIADA SONIA REQUENA**

**Origen del triage**

- La palabra "triage" proviene del vocablo francés "trier" cuyo significado es clasificación o selección.
- Guerras de Napoleón: Barón Dominique Jean Larrey (1766-1842), cirujano de Napoleón.
- Sistema de atención a los soldados, independiente del rango.




- Los más urgentes se atienden primero.
- 2da guerra mundial Se inició la atención en escena por parte de médicos de campo y hospitales móviles de campaña.
- Evacuación aeromédica

**CLASIFICACIÓN DE TRIAGE**

TRIAJE PRIMARIO	TRIAJE SECUNARIO	TRIAJE TERCIARIO
Realizar en el mismo lugar del accidente o desastre.	Se utilizan equipos avanzados para la atención de pacientes y sistemas de comunicaciones.	Nivel hospitalario en la sala de urgencias
<b>Objetivo:</b> <input type="checkbox"/> Aplicación ABC, utilizando equipos básicos de primeros auxilios y tarjetas de Triage.	<b>Objetivos:</b> <input type="checkbox"/> Evaluar prioridades, <input type="checkbox"/> Aplicar tratamiento pre-hospitalario, <input type="checkbox"/> Estabilizar lesionados, <input type="checkbox"/> Establecer magnitud del problema <input type="checkbox"/> Solicitar ayuda. <input type="checkbox"/> Derivación Hospitalaria.	<b>Objetivo:</b> <input type="checkbox"/> Agilizar atención médica rápida conforme a su estado de salud y los servicios que cuenta la unidad médica




**SISTEMAS DE TRIAGE.**

- ESCALA DE CANADA (CTAS)
- SISTEMA MANCHESTER MTS
- SISTEMA ESTADOUNIDENSE (Triage Scale Standardization, TES),
- SISTEMA AUSTRALIANO (The Australasian Triage Scale, ATS).
- SISTEMA ANDORRANO O ESPAÑOL
- SISTEMA CRONOLÓGICO (POCO RECOMENDADO PERO MUY UTILIZADO)
- TRIAJE ESI

**¿QUÉ ES EL TRIAGE?**

- Clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias y que permite definir la prioridad de la atención.



**OBJETIVOS DEL TRIAGE**

- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes identificando a aquellos que requieran atención inmediata.
- Identificar al paciente en estado crítico y brindarle a oportunidad de atención de acuerdo a los niveles de prioridad.

## OBJETIVO ENFERMERO



**NO** DIAGNÓSTICO MÉDICO  
**SI** PRIORIZAR, CLASIFICAR Y UBICAR

## TRIAGE: Regla de lo correcto

- Seleccionar el paciente correcto, asignarle el proveedor adecuado, en la cantidad correcta de tiempo, para recibir la atención adecuada, para lograr el resultado correcto.  
(O'Neill, 2003)



## Definiciones: Urgencias y emergencias

Encuentra la sutil diferencia...

### EMERGENCIA

Dícese de la situación en que la vida corre peligro.

### URGENCIA

Dícese de la situación en que la vida podría correr peligro.

El resto de las situaciones se denominan **CONSULTA**.

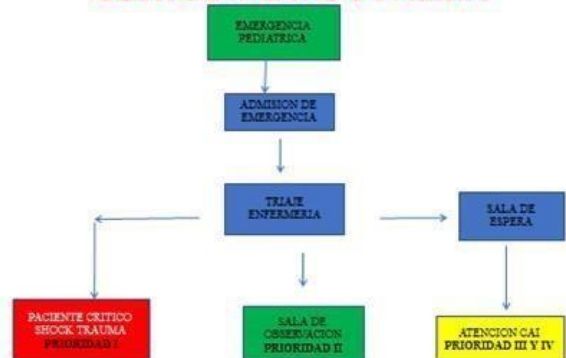
Los servicios de emergencia están para atender **EMERGENCIAS** y **URGENCIAS**; los consultorios para atender **CONSULTAS**.

Aprendamos entre todos el correcto uso de los servicios de emergencias y guardias médicas.



Del blog de Maki González: <http://sobrevivirrhne.com/2015/06/24/encuentra-la-sutil-diferencia/>

## DIAGRAMA FLUJO DE TRIAJE DE LA CLINICA RICARDO PALMA



## ¿Quién debe Clasificar? ¿Enfermera? ¿Médico?

- Evidentemente, personal sanitario
- Capacidad de valoración rápida
- Capacidad de toma de decisiones
- Mentalidad dirigida a valorar el estado y no a diagnosticar
- Mentalidad dirigida a detectar necesidades y no a indicar pruebas o tratamientos
- Adherencia a protocolos

## FUNCIONES DEL MEDICO O ENFERMERA DE TRIAGE

- Recibir al paciente
- Utilizar recursos clínicos básicos para valorar al paciente
- Ingresar al paciente según su prioridad
- Elaborar formato de triage
- Iniciar contacto con el paciente y la familia, e informarles acerca del proceso de atención de urgencias
- Mantener comunicación con todo el personal de urgencias, y de los familiares
- INFORMAR ORIENTAR Y EDUCAR A LOS USUARIOS.

## PROCESO DE ASIGNACIÓN

- Primero: Realizar evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación.



- Segundo: Motivo de la urgencia. Debe ser una anamnesis dirigida, específica que identifique de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta. Conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos en el primer contacto se asigna la prioridad del paciente.



- Tercero: Evaluar los signos vitales del paciente.



Escala de Glasgow

ATENCIÓN

SI ESTÁ POCO ENFERMO,  
TÓMESE UNA ASPIRINA  
Y VUELVA OTRO DÍA

SI ESTÁ ENFERMO,  
RECUERDE: LA PACIENCIA SIEMPRE ES LA MEJOR MEDICINA

SI ESTÁ MUY ENFERMO,  
TOTAL -¡O!, ¿PARA QUÉ CORRER?

- Cuarto: Asignación del área de tratamiento dentro del servicio de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente.





Clinica Ricardo Palma  
Acreditación JCI

# **GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA PEDIÁTRICA 2019**



## GUÍA PEDIÁTRICA N° 1

### GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

#### ASPECTOS GENERALES

**Crisis Asmática:** Es un episodio aislado, agudo o subagudo de tos, sibilancia y dificultad respiratoria progresiva y amenazadora de la vida que conduce a la insuficiencia respiratoria, si no se trata en forma adecuada. De acuerdo a la intensidad y grado de dificultad respiratoria, puede ser leve, moderada o grave.

**Síndrome Obstrucción Bronquial:** Es un grupo de enfermedades que ocurren generalmente en lactantes y niños menores de 2 años, que se manifiestan con episodios de obstrucción bronquial y dificultad respiratoria recurrente, caracterizado por tos, sibilancias y respiración prolongada, de variable intensidad, producida por un conjunto de causas exógenas o endógenas.

**Neumonía:** Es un proceso inflamatorio del pulmón causado por agentes patógenos como bacterias, virus, rickettsias y micosis, teniendo como complicaciones la insuficiencia respiratoria.

#### POBLACIÓN OBJETIVO

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes pediátricos menores de 13 años que acuden a la emergencia pediátrica.

#### OBJETIVO

Brindar cuidados de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad. Disminuir las complicaciones del paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda.

#### PERSONA RESPONSABLE

Enfermera.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C acumulo de secreciones.	El paciente mantendrá la vía aérea permeable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore la permeabilidad de la vía aérea, aspire secreciones</li> <li>- Ausculte los pulmones en busca de roncus, estertores o sibilancias.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vía aérea permeable.</li> <li>- Ruidos respiratorios audibles en ACP.</li> </ul>
Patrón respiratorio ineficaz R/C expansión pulmonar reducida.	El paciente mantendrá el patrón respiratorio dentro de los valores normales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coloque al paciente en posición corporal óptima: fowler o semi fowler. -</li> <li>Monitorice FC, FR, PA, SaO<sub>2</sub>, Temperatura y peso.</li> <li>- Administre oxigenoterapia ) en forma continua para mejorar el intercambio gaseoso y reducir el trabajo respiratorio.</li> <li>- Observe los cambios en la conciencia, orientación y comportamiento.</li> <li>- Canalice una vía periférica venosa con catéter de calibre según la edad del paciente.</li> <li>- Administre corticoides por prescripción médica.</li> <li>- Nebulice al paciente con bronco-dilatadores o suero fisiológico según prescripción médica.</li> <li>- Realice fisioterapia respiratoria (drenaje postural, percusión y vibración) después de cada nebulización .</li> <li>- Estimule la lactancia materna y/o la ingesta de líquidos tibios, excepto cuando exista contraindicaciones.</li> <li>- Observe signos de alarma : alateo nasal, cianosis, tirajes, retracción xifoidea, desbalance toraco abdominal.</li> <li>- Eduque al paciente y familia sobre medidas sanitarias preventivas en el hogar.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SatO<sub>2</sub>&gt; 95%.</li> <li>FR Normales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neonatos: 50-60 x'</li> <li>- Lactantes: 40-50x'</li> </ul> </li> <li>-- Pre-escol: 30-40x'</li> <li>Escolares: 20-30x'</li> </ul>

Déficit en el volumen de líquidos R/C el aumento de pérdidas insensibles.	El paciente se mantendrá con un equilibrio hidroelectrolítico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore el estado de hidratación del paciente (turgencia de piel y mucosas, lengua, etc).</li> <li>- Monitorice FA, FR, PA, Sa O2, Temperatura y peso.</li> <li>- Canalice una vía periférica endovenosa con catéter de calibre según la edad del paciente.</li> <li>- Administre líquidos por vía endovenosa, según prescripción médica. Controle el esquema de hidratación. Regularice el goteo por minuto y volumen a administrar.</li> <li>- Realice el balance hídrico estricto.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se evidencia signos de deshidratación.</li> <li>- Balance Hídrico +- 50</li> <li>- Diuresis normal: 0.5 a 5 ml/Kg/hora.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observe signos de alarma (vómitos, ojos hundidos, mucosa oral secas, compromiso de sensorio, etc).</li> </ul>		
Ansiedad del paciente y familia R/C desconocimiento de la enfermedad, tratamiento y pronóstico.	El paciente y familia evidenciará tranquilidad y disminución del temor y la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore el nivel de ansiedad del paciente y familia.</li> <li>- familia, en la atención del paciente. Incentive la participación directa de la</li> <li>- Brinde apoyo emocional al paciente y familia en todo momento motivando la seguridad de ellos.</li> <li>- Dé seguridad al paciente y familia en un ambiente adecuado.</li> <li>- Brinde educación sanitaria sobre los factores de riesgos ambientales (tabaco, polvo, clima, animales domésticos, alimentos, sustancias químicas, etc).</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente evidenciará disminución del temor.</li> <li>- Comunicación y participación activa.</li> </ul>

## GUÍA PEDIÁTRICA N° 2

### GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN ENFERMEDAD DIARRÉICA CON SHOCK ASPECTOS GENERALES

Diarrea aguda es la disminución de la consistencia de las heces, casi siempre en número mayor de tres en 24 horas, que dura menos de 14 días. De acuerdo al estado de hidratación los niños con diarrea aguda se clasifican en: hidratados, EDA con deshidratación y EDA con deshidratación y choque hipovolémico.

En la evaluación se consideran sólo tres posibilidades: 1. Paciente bien hidratado; 2. Paciente deshidratado, y 3. Paciente con choque hipovolémico por deshidratación con la presencia de dos o más signos característicos de cada situación. El paciente en choque hipovolémico resultante de la deshidratación producida por la diarrea o con cualquier otra complicación grave que requiere reposición de líquidos por vía intravenosa, será atendido de preferencia en un hospital, mediante un esquema de hidratación combinado (intravenoso -IV- y oral). La meta es que los pacientes reciban hidratación intravenosa por un tiempo corto, no más de tres o cuatro horas y que la mayor parte completen su hidratación por la vía oral, en las tres horas siguientes.

#### POBLACIÓN OBJETIVO

Niños menores de 13 años.

#### OBJETIVO

Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño con enfermedad diarréica aguda y shock de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.

Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas del paciente pediátrico con enfermedad diarréica aguda y shock.

Manejar la inestabilidad del paciente pediátrico que acude a emergencia con cuadro de enfermedad diarréica aguda y shock.

Estandarizar la atención que brinda el profesional de enfermería al niño con enfermedad diarréica aguda y shock que acude a los servicios de Emergencia.

#### PERSONA RESPONSABLE

Enfermera.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Déficit de volumen de líquidos r/c Diarrea, vómito, disminución de ingesta de líquidos, aumento del metabolismo.	Paciente mantendrá un equilibrio hídrico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle el peso y talla del paciente.</li> <li>- Cateterice vía periférica con catéter de mayor calibre según guía de procedimientos.</li> <li>- Administre reto de fluidos según indicación médica.</li> <li>- Coloque sonda nasogástrica</li> <li>- Coloque colector urinario para monitoreo de diuresis. - Monitoree constantes vitales.</li> <li>- Controle y registre balance hídrico estricto. - Monitoree diuresis horaria y densidad urinaria.</li> <li>- Tome muestra y evalúe pruebas de laboratorio.</li> <li>- Control de Gases Arteriales</li> <li>- Realice registro de enfermería.</li> </ul>	IV	<p>Estabilidad hemodinámica.</p> <p>Ausencia de signos de Niño deshidratación. alerta.</p> <p>Signo de pligüe (-) Llanto con lágrimas.</p> <p>Sed presente.</p> <p>Diuresis horaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 kg. = 0.5-5ml/kg/hora.</li> <li>- &gt; 10 Kg. = 12 a 18 cc /m 2/ h T° 36.5 - 37.2 °C</li> </ul> <p>Densidad urinaria: 1010-1013 cm H2O</p> <p>Na: 130-150 mEq/lt K :3.5-5.5 mEq/lt HCO3: 22-26 mEq/lt Urea:32-35 mEq/lt Creatinina: 0.8-1.3 mEq/lt.</p>
Riesgo de lesión r/c Alteración de equilibrio electrolítico. Disturbio acidobásico. Hipovolemia.	<p>El paciente mantendrá equilibrio ácido-básico.</p> <p>El paciente no presentará signos de lesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realice extracción de muestra de sangre para monitoreo de gases arteriales y electrolitos séricos.</li> <li>- Asegure saturación de O2 &gt; 95%.</li> <li>- Monitoree control de signos vitales: FC, FR,P/A.</li> <li>- Valore signos de compromiso electrolítico: irritabilidad, signos meníngeos o convulsiones, debilidad muscular, calambres, oliguria y otros.</li> </ul>	IV	<p><b>AGA:</b></p> <p>PaO2 90-100 cm H2O</p> <p>PCO2 &lt; 40 cm H2o - PH: 7.35 – 7.45 - HCO3 22 – 26 meq.</p> <p><b>Requerimiento:</b>Na = 130-150 Escolar mEq/L RNT 2-6 mEq/kg/d Lactante 2-4 mEq 100-150 total día. K = 3.5 y 5.5 mEq/Lt. Lactante <b>Requerimiento:</b> RNT 2-6 mEq/kg/d 2-3 mEq Escolar 100-150 total día.</p> <p><b>Cloro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mEq/kg/d RNT 2-3</li> <li>- Lactante 2-3 mEq - 1 a 11 2-3 mEq/Kg/d</li> <li>Escolar 100-150 total día.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Potencial alteración de la perfusión hística.	Niño mantendrá buena perfusión hística periférica.	- Mantenga al paciente en reposo, en posición decúbito dorsal con cabeza en lateral de seguridad.	IV	AGA - HCO3 22 – 26 meq. - Sat O2 > 95 %
Disminución del gasto cardiaco R/C dismunución de la precarga, alteración del flujo sanguíneo secundaria a la hipovolemia.		- Reduzca o elimine compresión venosa externa que impida flujo sanguíneo. - Administre oxígeno para una saturación de oxígeno > de 95%. - Valore el estado neurologico con la escala de Gasgow.		- PaO2 90 100 mmH2O - PaCO2 37 mmH2O Presión Arterial: - Lactan: 90/60mmHg- Preescolar 100/60mmhg - Escolar 110/60mmHg.
Aumento de pérdidas por diarrea, vómitos y pérdidas insensibles.		- Monitoree la gasometría arterial (AnexoA4). - Monitoree Funciones vitales (PA,R,FC). - Asegure una volemia adecuada. - Administre terapia hidratante y de electrolítica, para estabilizar PA. - Reponga líquidos según pérdidas. - Monitoree diuresis horaria. - Valore la glicemia, registre y comunique en caso de anormalidad. - Monitoree Hcto		FC: RN: 160 x' Lactantes. 140 x' Pre-escolar: 120 x' Escolares : 80-100 x' Diuresis horaria 10 kg. = 0.5-5ml/kg/ hora. > 10 Kg. = 12 a 18 cc/m 2/ h Hcto. 33-36
Alteración de la Temperatura corporal: Hipertermia R/C, diarrea infecciosa.	El paciente mantendrá T° dentro de límites normales.	- Monitoree la T° corporal. - Aplique medios físicos en caso de hipertermia. - Administre antipiréticos según con prescripción médica. - Administre líquidos según tolerancia.	IV	T° = 36.5- 37.2 °C (rectal).

Riesgo potencial de aspiración R/C compromiso de sensorio, vómitos.	El paciente no evidenciará signos de aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegure la lactancia materna en niños menores de 2 años.</li> <li>- Asegure permeabilidad de la vía aérea.</li> <li>- Asegure posición adecuada con cabeza en lateral de seguridad.</li> <li>- Coloque sonda orogastrica o nasogástrica (GP f).</li> <li>- Monitoree la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.</li> <li>- Valore signos de compromiso (ciannosis, alteración del patrón respiratorio).</li> <li>- Ausculte en busca de ruidos agregados: roncales.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No cianosis - Buen PMV en</li> <li>ACP</li> <li>FR: RN: 60x'</li> <li>Lactantes: 40-</li> <li>Preescolar. 30x'</li> <li>Escolar : 20x'</li> <li>Sat O2 &gt; 95 %</li> <li>Perfusión tisular</li> <li>CO2 : 14-20 cm</li> <li>&lt;2 seg.</li> <li>H2O</li> <li>Ausencia (ad'</li> </ul>
---	--	---	----	---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C efectos irritantes de las deposiciones liquidas, presión por inmovilidad desnutrición.	Niño mantendrá integridad cutánea.  El paciente mantendrá una piel sana y libre de infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúe la zona perineal. - Lavado de zona enrojecida con agua y jabón. - Limpieza y cambio frecuente de pañales.</li> <li>- Mantener la zona afectada seca.- Colocación de zona afectada con calor local, evitando la humedad.</li> <li>- Administre dieta enriquecida en proteínas e hidratos de carbono de acuerdo a tolerancia.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piel sana.</li> <li>- Piel libre de lesiones</li> </ul>
Dolor agudo R/C, calambres abdominales, diarrea y vómitos.	Paciente no experimentará dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúe signos de dolor.</li> <li>- Aplique técnicas de relajamiento.</li> <li>- Administre analgésico por indicación.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No signos de dolor.</li> <li>- Test de dolor negativo.</li> </ul>
Ansiedad/temor R/C separación del sistema de apoyo habitual, ambiente hospitalario desconocido, procedimientos invasivos.	El paciente manifestará disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore el nivel de ansiedad del niño</li> <li>- Facilite la permanencia de una persona significativa que acompañe al niño.</li> <li>- Tranquilece al paciente adaptando una actitud firme y comprensiva.</li> <li>- Dé seguridad al paciente.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del llanto.</li> <li>- Aumento de la comunicación personal.</li> <li>- Disminución de la irritabilidad.</li> </ul>

## GUÍA PEDIÁTRICA N° 3

### GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA - OBSTRUCCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

#### ASPECTOS GENERALES

La aspiración de un cuerpo extraño es una de las causas más frecuentes de obstrucción de las vías aéreas en los niños. Ante un cuadro de asfixia o insuficiencia respiratoria de instalación súbita en la infancia. Los cuerpos extraños en las vías aéreas de nariz, nasofaringe, garganta, laringe, traque y bronquios pueden ser de diverso origen.

Vías de entrada más frecuente:

La boca y la nariz. A través de la primera el cuerpo extraño puede insertarse en:

- La vía aérea más profunda: laringe, tráquea y bronquios principales.
- El tubo digestivo: esófago, estómago, intestino delgado y grueso.

Otros lugares de penetración de cuerpos extraños son: el conducto auditivo externo, el saco conjuntival, la córnea, el ano y la vagina. Según su localización el elemento usado puede ser:

- En la nariz: bolitas, monedas, partículas metálicas, guisantes, etc.
- En la región oral y faríngea: pequeños cuerpos extraños puntiagudos (astillas de hueso, espinas de pescado, cerdas de cepillos de dientes, agujas, alfileres, uñas, fragmentos de madera y de cristal) suelen enclavarse en las amígdalas, en la base de la lengua o lateralmente en la farínge.
- En la laringe: pueden quedar detenidos y enclavados cuerpos extraños de bordes cortantes, puntiagudos o cuerpos extraños de gran tamaño.
- En la tráquea y bronquios: avellanas, agujas, uñas, botones, monedas, bolitas, guisantes, fragmentos de plástico, etc. - En el tubo digestivo: los niños (menores de 3 años) suelen tragarse en los juegos, monedas, juguetes, etc.
- En el conducto auditivo externo: más frecuentes en niños y enfermos psiquiátricos. Se dividen en:

Orgánicos: papel, algodón, goma de borrar, semillas, insectos.

Inorgánicos: cualquiera que por su tamaño pueda penetrar en el conducto auditivo externo. -

En la conjuntiva y córnea: partículas de hierro, arena, carbón, granos de cereales, pelos de oruga, etc. Estos pueden afectar la conjuntiva bulbar o palpebral o epitelio corneal.

- En región anal: la introducción poco cuidadosa de un termómetro o una cánula de limpieza, etc.

#### POBLACIÓN OBJETIVO

Estos accidentes suelen ocurrir con mayor frecuencia en los primeros años de vida, especialmente cuando los niños comienzan a caminar solos y a llevarse a la boca o la nariz cualquier objeto que encuentran. **OBJETIVO**

Brindar cuidados de enfermería óptimos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a la enfermedad Disminuir las complicaciones del paciente pediátrico con Obstrucción por un cuerpo extraño.

Disminuir la mortalidad del paciente pediátrico que acude a la emergencia con un cuadro de Obstrucción por un cuerpo extraño.

#### PERSONA RESPONSABLE

Enfermera.



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
-Patrón respiratorio ineficaz R/C retención de las secreciones o edema de las vías aéreas, presencia de cuerpo extraño.	El paciente mantendrá la vía aérea permeable y patron respiratorio adecuado.	- Valore la permeabilidad de la vía aérea. Coloque al paciente en posición semifowler en lateral de seguridad. - Administre de oxigenoterapia, si lo requiere el paciente . - Coordine la evaluación con cirugía pediátrica o anestesiólogo.	Grado III	- SatO2> 95%. FR normales. - Neonatos: 60 x' - Lactantes: 40 a 50 x' - Pre-escol: 30 a 40 x' - Escolares: 20 a 30 x'
-Alto riesgo de asfixia R/C la depresión del sensorio y el deterioro de la función motora.	El paciente mantendrá la vía aérea permeable.	- Realice preparación psicológica previo al procedimiento. - Vigile signos de compromiso respiratorio. - Efective toma de radiografías.- Efective y valore gasometría arterial, si fuera necesario . - Brinde Educación sanitaria al paciente y familia. - Participe en el procedimiento de inducción anestésica local o inhalatoria. - Instrumente el procedimiento. - Registre el cuerpo extraño características, dimensiones y lesiones.	Grado III	- SaO2 > 95% - No signos de insuficiencia respiratoria aguda.
Ansiedad R/C ambiente hospitalario desconocido, tratamiento, procesos invasivos.	El paciente manifestará disminución de la ansiedad.	-Valore el nivel de ansiedad del paciente. - Tranquile al paciente adoptando una actitud firme y comprensiva. - Dé seguridad al paciente en un ambiente adecuado.  -Acompañe al paciente y familia, permitiendo que expresen sus angustias y temores al brindar apoyo emocional.	Grado II	Disminución del llanto.  Disminución de la irritabilidad.  - Aumento de la comunicación.

Ansiedad R/C ambiente hospitalario desconocido, tratamiento, procesos invasivos.	El paciente manifestará disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore el nivel de ansiedad del paciente.</li> <li>- Tranquilice al paciente adoptando una actitud firme y comprensiva.</li> <li>- Dé seguridad al paciente en un ambiente adecuado.</li> <li>- Acompañe al paciente y familia, permitiendo que expresen sus angustias y temores al brindar apoyo emocional.</li> </ul>	Grado II	<p>Disminución del llanto.</p> <p>Disminución de la irritabilidad.</p> <p>Aumento de la comunicación.</p>
--	---	--	----------	---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Ansiedad R/C ambiente hospitalario desconocido, tratamiento, procesos invasivos.	El paciente manifestará disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore el nivel de ansiedad del paciente.</li> <li>- Tranquilice al paciente adoptando una actitud firme y comprensiva.</li> <li>- Dé seguridad al paciente en un ambiente adecuado.</li> <li>- Acompañe al paciente y familia, permitiendo que expresen sus angustias y temores al brindar apoyo emocional.</li> </ul>	Grado II	<p>Disminución del llanto.</p> <p>Disminución de la irritabilidad.</p> <p>Aumento de la comunicación.</p>
Ansiedad de los familiares R/C desconocimiento de la obstrucción por un cuerpo extraño, procedimiento, tratamiento y pronóstico del estado de salud del niño.	La familia evidenciará disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore el nivel de ansiedad de los familiares.</li> <li>- Facilite la permanencia de personas significativas del niño.</li> <li>- Eduque a los familiares sobre el procedimiento de la atención.</li> </ul>	Grado II	Comunicación y participación activa.

<p>Riesgo de lesión R/C características del cuerpo extraño.</p>	<p>El paciente recibirá atención oportuna, garantizando el menor riesgo posible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifique características del cuerpo extraño a través de la información.</li> <li>- Facilite la permanencia de una persona significativa para el niño.</li> <li>- Provea de equipos y materiales necesarios para la extracción del cuerpo extraño.</li> <li>- Instrumente el procedimiento.</li> <li>- Monitoree al niño durante el procedimiento.</li> <li>- Brinde educación sanitaria a la familia.</li> <li>- Brinde apoyo emocional al niño y familia.</li> </ul>	<p>Grado III</p>	<p>El paciente no evidencia signos de daño agregado.</p>
<p>Dolor R/C objeto del cuerpo extraño.</p>	<p>El paciente referirá alivio de dolor de más de 50%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore y monitoree el dolor.</li> <li>- Apoye emocionalmente al paciente y a la familia.</li> <li>- Administre analgésico según prescripción médica.</li> <li>- Apoye al paciente en la adquisición de una posición antálgica.</li> <li>- Coordine esquema de analgesia.</li> <li>- Valore la eficacia de las medidas de alivio del dolor.</li> </ul>	<p>Grado II</p>	<p>Paciente manifiesta dolor de 0 a 5 en una escala del 1 al 10.</p> <p>El paciente expresa comprensión de los factores causantes del dolor.</p>

## GUÍA PEDIÁTRICA N° 4

### GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE PEDIÁTRICO CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO

#### ASPECTOS GENERALES

Se denomina traumatismo encéfalo–craneano (TEC) a cualquier impacto súbito o golpe en la cabeza que afecta el cuero cabelludo, la bóveda craneana o su contenido, con pérdida de conciencia o sin ella. Los casos graves (con síntomas claros de sufrimiento central).

Por la complejidad del cerebro en su estructura y sus mecanismos intrínsecos, aquel es susceptible a varias formas de daño fisiológico o mecánico.

Existen dos tipos de lesiones que determinan la extensión del daño, su gravedad y secuelas:

1. **La lesión cerebral primaria**, sobreviene como resultado de un daño mecánico directo infringido durante el trauma por fuerzas de traslación o rotación. Consiste en el daño directo de células nerviosas, parénquima cerebral o vasos sanguíneos. Su gravedad depende del tipo y cantidad de energía transmitida. Se subdivide según el mecanismo del golpe en: lesiones difusas, lesiones focales de desequilibrio metabólico como hipoxia, hipercapnia, alteraciones en la presión arterial, infección o aumento de la presión intracraneal y degradación de la función neuronal. La clasificación del TEC se realiza a través de la Escala de Coma de Glasgow que consta de tres características observadas: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora en cada grupo de edad. La sumatoria de 13–15 indica un traumatismo cerebral leve, 9–12 traumatismo craneal moderado y menor de 8, traumatismo craneal grave.

Las causas más frecuentes son: accidentes de tránsito (alrededor del 75%), caídas ( 20%), lesiones deportivas (5%).

#### **POBLACIÓN OBJETIVO**

Niños menores de 13 años.

#### **OBJETIVO**

Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño con TEC de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a esta enfermedad.

Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas al paciente pediátrico con TEC. Estandarizar la atención de enfermería al niño con traumatismo encéfalo craneano que acude a los servicios de emergencia.

#### **PERSONA RESPONSABLE**

Enfermera.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Alteración de la capacidad adaptativa intracraneal, Alteración de la perfusión tisular cerebral R/C traumatismo, hemorragia aumento de la PIC secundario a la pérdida de autorregulación del flujo sanguíneo y presencia de edema cerebral, alteraciones sistémicas.	El paciente mantendrá signos neurológicos estables.  El paciente mantendrá una buena perfusión tisular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegure la permeabilidad de la vía aérea.</li> <li>- Coloque en plano inclinado con cabeza de 30°-45°, ubique la cabeza y el cuello en posición de línea media sin flexión o extensión para favorecer el retorno venoso yugular, con cabeza en lateral de seguridad.</li> <li>- Coloque un collarín cervical para prevenir las lesiones medulares cervicales hasta que se descarte el diagnóstico.</li> <li>- Administre oxigenoterapia. - Valore el estado neurológico con la escala de coma de Glasgow modificada.</li> <li>- Examine pupilas del niño, observe su tamaño, simetría, y reacción a la luz.</li> <li>- Valore el reflejo corneal y nauseoso, el funcionamiento motor y sensitivo, observe movimientos espontáneos y la respuesta motora del niño a estímulos dolorosos.</li> <li>- Observe la adopción de posturas anormales indicadoras de decorticación y descerebración.</li> <li>- Monitoree la gasometría arterial.- Monitoree la tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y patrón respiratorio y valore sus alteraciones.</li> <li>- Observe la presencia de edema periorbitario, hematoma en párpados, equimosis en región mastoideas o laceraciones.</li> <li>- Observe la presencia de cualquier drenaje por oídos y nariz. Registre sus características. - Evite cualquier maniobra de Valsalva: tocer, estornudar, pujar y otros que disminuyan el retorno venoso cerebral.</li> <li>- Mantenga un ambiente bajo de ruidos y luz - Monitoree la T° corporal mantenga la normotermia. - Asegure una PAM &gt; de 60 mmHg.</li> <li>- Administre corticoides, terapia diurética e hidroelectrolítica, manitol, vasopresores para estabilizar PA. según indicación médica.</li> <li>- Valore la glicemia, registre y comunique en caso de anomalía. - Monitoree Hcto.</li> <li>- Realice la preparación preoperatoria.</li> <li>- Verifique que el formato de consentimiento informado haya sido firmado por el familiar. - Asegure que el traslado a SOP se realice en forma adecuada y con los insumos correspondientes</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PAM &gt; 60 mmHg - PaO<sub>2</sub> 90-100 cm H<sub>2</sub>O</li> <li>- PCO<sub>2</sub> &lt; 40 cm H<sub>2</sub>O</li> <li>- Ph 7.35</li> <li>- HCO<sub>3</sub> 21-24 meq.</li> <li>- T° 36.5 - 37°C</li> <li>- Sat O<sub>2</sub> &gt; 95%- Glasgow 13-15</li> <li>- Postura adecuada.</li> <li>- PA -80 RN: /50mmHg.</li> <li>- Lactantes:</li> <li>- 90/60mmHg - Preescolar:</li> <li>- 100/ 60mmHg.</li> <li>- Escolar:</li> <li>- 110/60mmHg. FC: RN: 160 x^</li> <li>- Lactantes.</li> <li>- 140x' Preescolar:</li> <li>- 120x' Escola - res:80-100x'</li> <li>- Hcto. 33-36%</li> </ul>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Disminución del gasto cardíaco R/C pérdida de volemia, traumatismo.	El niño mantendrá parámetros normales de funciones vitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instale dos accesos venosos periféricos, según guía de procedimientos.</li> <li>- Realice extracción de muestras de sangre antes transfundir líquidos para grupo sanguíneo, Hg. Glicemia, pruebas cruzadas.</li> <li>- Realice expansión de la volemia administrando líquidos endovenosos cristaloides tibios según protocolo médico.</li> <li>- Realice transfusión sanguínea o sus derivados tibios según prescripción médica.</li> <li>- Monitorice la P/A, FC y características del pulso y temperatura corporal.</li> <li>- Limpie las heridas y compruebe su extensión y profundidad, lave con solución salina tibia y cubra con apósitos estériles.</li> <li>- Evalúe el estado hemodinámico a través de el color de la piel, pulsos periféricos, ingurgitación yugular, llenado capilar, sudoración.</li> <li>- Mida gasto urinario.</li> <li>- Administre inotrópicos según prescripción médica.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llenado capilar &lt; 2 segundos.</li> <li>- Gasto urinario &gt; de 1cc/kg./hora</li> <li>- T° 36.- 36.8°C</li> <li>- Glicemia: 80 y 120 mg/ dl.</li> <li>- Hcto. 33-36</li> <li>- No cianosis periférica</li> <li>- Gasto urinario &gt; de 1cc/kg./hora</li> </ul>
Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C presencia de secreciones, sangre y/o cuerpos extraños.	Niño mantendrá las vías aéreas permeables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegure permeabilidad de vía aérea.</li> <li>- Si el niño no está politraumatizado, realice maniobra de tracción mandibular y verifique la colocación del collarín rígido o de Filadelfia.</li> <li>- Realice extracción de cuerpos extraños como restos de alimentos, secreciones, piezas dentarias, fragmentos óseos, entre otros.</li> <li>- Mantenga la cabecera elevada de 30 35°.</li> <li>- Realice aspiración de secreciones orofaringe, nasofaringe y endotraqueales, (GP A1) previa oxigenación y sedación.</li> <li>- Coloque cánula orofaríngea o de Guedel, de tamaño adecuado para la edad, en caso de estar inconsciente, excepto en caso de sospecha de fractura de base de cráneo.</li> <li>- Administre oxígeno (GP A1).</li> <li>- Observe y registre características de las secreciones.</li> <li>- Monitoree : FC, FR, saturación de O<sub>2</sub>. CO<sub>2</sub> Y PA.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vías aéreas permeables</li> <li>- PMV en ACP Buen</li> <li>- FR: RN: 60x'</li> <li>- Lactantes: 40-50x'</li> <li>- Preescolar: 30x'</li> <li>- Escolar : 20x'</li> <li>- Sat O<sub>2</sub> &gt; 95 %</li> <li>- Perfusión tisular &lt;2 seg.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
<p>Patrón respiratorio ineficaz Alto riesgo de aspiración</p> <p>R/C</p> <p>depresión del sistema respiratorio, ausencia de flujo de aire, inestabilidad de los músculos respiratorios, pérdida de conciencia.</p>	<p>El paciente mantendrá buena oxigenación sin evidencia de aspiración.</p>	<p>- Evalúe patrón respiratorio, frecuencia respiratoria y movimientos torácicos, presencia de respiración de Cheyne –Stokes, hiperventilación.</p> <p>- Proporcione ventilación con la bolsa autoinflable o ambú, con máscara adecuada para la edad y tamaño del niño.</p> <p>- Administre oxígeno al 100%</p> <p>- Monitoree la FR y la saturación de oxígeno.</p> <p>- Valore signos de aspiración (cianosis, alteración del patrón respiratorio).</p> <p>- Coloque Sonda orogástrica (cuando se sospecha fractura de base de cráneo) o nasogástrica para disminuir la distensión .</p>	IV	<p>- Saturación de O<sub>2</sub> &gt;95%</p> <p>FR - RN: 60x' - Lactantes: 40-50x' - Preescolar. 30x' - Escolar : 20x' -</p> <p>FC: RN: 160 x<sup>^</sup></p> <p>Lactantes. 14x'</p> <p>120x' Pre-escolar: - Escolares : 80-100x'</p> <p>- Buen PMV en ambos campos pulmonares. - Ausencia de ruidos adventicios.</p>
<p>Riesgo de déficit de Volumen de líquidos R/C vómitos, incremento de metabolismo, pérdidas anormales (sangrado, otorrea) sudoración.</p>	<p>El paciente mantendrá un adecuado hídrico circulante. volumen</p>	<p>- Controle el peso y talla del paciente.</p> <p>- Verifique la permeabilidad de la vía periférica con un catéter de grueso calibre.</p> <p>- Monitoree la diuresis horaria y la concentración de la orina.</p> <p>- Valore signos y síntomas de deshidratación (sensorio, aumento de la densidad urinaria, oliguria y otros).</p> <p>- Realice y registre el BHE del paciente. - Realice la reposición de fluidos de acuerdo a sus necesidades, según protocolo médico.</p> <p>- Realice registro de enfermería</p>	IV	<p>- Diuresis horaria</p> <p>=</p> <p>&lt;10 kg= 0.5-5ml /kg/h &gt;10 kg= 12-18 cc/m<sup>2</sup>/h</p> <p>- Densidad de la orina en límite normal: 1010-1013 cm H<sub>2</sub>O</p> <p>- BH: 0 ó positivo-</p> <p>Ausencia de signos de deshidratación</p>
<p>Riesgo de lesión R/C desequilibrio hídrico-electrolítico.</p>	<p>El paciente mantendrá equilibrio electrolítico.</p>	<p>- Realice extracción de muestra de sangre para monitoreo de gases arteriales y electrolitos.</p> <p>- Monitoree control de signos vitales: FC, FR, P/A.</p> <p>- Valore signos de compromiso electrolítico. Administre fluidos por indicación médica.</p> <p>- Verifique la permeabilidad periférica Controle Balance Hídrico Estricto.</p> <p>- Realice registro de enfermería.</p>	IV	<p>PaO<sub>2</sub> 90-100 cm H<sub>2</sub>O</p> <p>PCO<sub>2</sub>&lt;40 cm H<sub>2</sub>o PH: 7.35 – 7.45 Electrolitos</p> <p>Na = 140mEq/L RNT 2-6 mEq/kg/d Lactante:2-4 mEq Escolar 100-150 total día.</p> <p>K = 3.5 y 5.5 mEq/Lt.-</p> <p>150</p> <p>RNT 2-6 mEq/kg/d Lactante:2-3 mEq 1 a 11 2-3 mEq/Kg/d Escolar 100 total día.</p> <p>Cl RNT 2-3 mEq/kg/d Lactante: 2-3mEq 1 a 11 2-3 mEq/Kg/d Escolar 100-150 total</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Alteración de la termorregulación R/C Traumatismo, Deshidratación.	El paciente mantendrá la temperatura dentro de límites normales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoree la T° corporal.</li> <li>- Mantenga la normotermia, evitando hipotermia, en caso de presentarse utilice medios físicos, hielo si es necesario y antipiréticos con prescripción médica.</li> <li>- Realice registro de enfermería.</li> </ul>	IV	- T° 36.5 a 37°C
Riesgo de alteración de la integridad cutánea R/C disminución en la perfusión tisular.	El paciente mantendrá piel sana y libre de infecciones durante el período de inmovilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realice cambios de posición en bloque según la necesidad del niño.</li> <li>- Valore la presencia o aparición de zonas de presión: enrojecimiento, palidez.</li> <li>- Valore constantemente la integridad de la piel y cambios de posición.</li> <li>- Mantenga en reposo y soporte de articulaciones con lesiones agudas.</li> <li>- Instruya al paciente y familiar responsable sobre el manejo y cuidado de inmovilizaciones.</li> <li>- Coloque rollos y bolsas de agua en las zonas de mayor presión.</li> <li>- Realice curaciones con solución salina en los sitios de salida de LCR, deje cubierto con apósito estéril, cuantifique y registre las pérdidas.</li> <li>- Realice curación en otras heridas que pueda tener el niño utilizando solución salina y apósito estéril.</li> <li>- Coloque en reposo y soporte las articulaciones con lesiones agudas.</li> </ul>	IV	- Ausencia de zonas de presión.
Potencial riesgo de infección R/C alteración de las barreras naturales del organismo, procedimientos invasivos.	El paciente no presentará infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenga técnica aséptica en la manipulación de catéteres y demás procedimientos invasivos.</li> <li>- Monitoree la temperatura corporal</li> <li>- Administre antibióticos según prescripción médica.</li> <li>- Busque en la piel sitios de infección: rubor, calor o secreciones, en la entrada de catéteres.</li> <li>- Ausculte en busca de focos neumónicos y observe y registre la presencia de secreciones respiratorias.</li> <li>- Realice aseo oral con antiséptico o solución bicarbonatada. Mantenga la piel hidratada.</li> <li>- Vigile las características de la orina: color, olor y la presencia de sedimento.</li> </ul>	IV	<p>Manejo de de técnica aséptica en todos los procedimientos.</p> <p>T° 36.5 a 37°C</p> <p>Cultivos: negativos.</p> <p>Rx de torax dentro de límites normales.</p>



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Ansiedad/temor R/C separación del sistema de apoyo habitual, ambiente hospitalario desconocido, procedimientos invasivos.	El paciente manifestará disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore el nivel de ansiedad del niño. - Facilite la permanencia de una persona significativa que acompañe al niño.</li> <li>- Tranquile al paciente adaptandouna actitud firme y comprensiva. - De seguridad al paciente.</li> <li>- Brinde apoyo emocional.</li> </ul>	IV	<p>Disminución del llanto.</p> <p>Aumento de la comunicación personal. Disminución de la irritabilidad.</p>
Ansiedad familiar R/C Déficit de conocimientos ante el evento traumático.	La familia disminuirá su ansiedad .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañe al paciente y familia permitiendo que exprese todas sus angustias y temores brindando apoyo emocional.</li> <li>- Estimular el contacto físico conel niño durante el periodo convalecencia.</li> <li>- Brinde educación sobre los procedimientos que requiere el niño por su estado de salud. - Brinde apoyo emocional a la familia.</li> </ul>	IV	Comunicación y participación activa de los padres.

## GUÍA PEDIÁTRICA N° 5

### GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PEDÍATRICA EN CRISIS CONVULSIVA

#### ASPECTOS GENERALES

**Epilepsia:** Estado patológico crónico de etiologías múltiples, caracterizado por la presencia de crisis convulsivas recurrentes que no guardan relación ni con fiebre, no con lesiones cerebrales agudas.

**Convulsión:** Fenómeno paroxístico ocasional involuntario que puede inducir a la alteración de la conciencia, movimientos anormales o fenómenos autonómicos tales como cianosis, bradicardia y obedece a una descarga anormal en el SNC.

**Crisis Convulsiva:** Es un resultado de una descarga eléctrica paroxística del cerebro, si no se trata o se trata inoportunamente y/o adecuadamente hay secuelas neurológicas severas, llegando a producir inclusive la muerte.

**Status Convulsivo:** Intensificación paroxística de los síntomas. Son crisis convulsivas por más de 30 minutos ó más de 2 crisis inclusive sin recuperación de la conciencia.

#### POBLACIÓN OBJETIVO

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes pediátricos menores de 18 años que acuden a la emergencia.

#### OBJETIVOS

- Unificar la atención del niño que acude con un cuadro de Crisis Convulsiva.
- Brindar cuidados de enfermería óptimos, rápidos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a éste daño.
- Disminuir las complicaciones en el paciente pediátrico con Crisis Convulsiva.

#### PERSONA RESPONSABLE

Enfermera.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C relajación de la lengua y acumulo de secreciones.	El paciente mantendrá la vía aérea permeable.	- Valore la permeabilidad de la vía y patrón respiratorio, aspire secreciones.  - Instale tubo orofaríngeo. - Coloque al paciente en posición corporal óptima: decúbito lateral.	IV	- Vía aérea permeable.  - Ruidos respiratorios audibles en ambos campos pulmonares.
Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación y con disfunción neuromuscular.	El paciente mantendrá el patrón respiratorio dentro de los valores normales.	- Administre oxigenoterapia según indicación médica. - Monitorice FC, FR, PA, SaO2, Temperatura y peso. - Observe los cambios en la conciencia, orientación y comportamiento. - Canalice una vía periférica venosa con catéter de calibre según la edad del paciente. - Administre anticonvulsivante por prescripción médica. - Efective los análisis solicitados.- Observe su recuperación del paciente. - Observe signos de alarma: sensorio. otro episodio convulsivo, insuficiencia respiratoria, etc. - Imparta educación sanitaria al paciente y familia sobre medidas preventivas en el hogar.		- Saturación de oxígeno mayor de 95%.  - FR  Normales:  Neonatos 50-60 x' Lactantes:40-50x' Pre-escolar: 30-40 X' Escolares:20-30 X'
Riesgo de lesión R/C movimientos incontrolados, súbita inesperada pérdida de la conciencia. Alteración del estado de conciencia R/C inadecuada oxigenación cerebral.	El paciente se mantendrá libre de lesiones físicas y una adecuada oxigenación cerebral.	- Valore los factores ambientales de riesgo: barrandas, colocar tubo de mayo en boca, retirar objetos peligrosos ,etc. - Valore el nivel de conciencia.  - Administre Oxigenoterapia (GP A1). - Coloque al paciente en decúbito lateral. - Monitorice control de funciones vitales. - Monitorice signos neurológicos ( pupilas, sensorio). - Registre la crisis convulsiva ( características y duración).	IV	- Escala de Glasgow pediátrico: TEC leve: >12 TEC Moderado: 9 – 12 - TEC Grave: < 9

<p>Hipertermia R/C aumento de la tasa metabólica y exposición a ambientes excesivos calientes.</p>	<p>El paciente mantendrá la temperatura dentro de los límites normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore la temperatura corporal del paciente.</li> <li>- Monitorice la temperatura, FC, FR, SaO2 y peso.</li> <li>- Aligere cubiertas del paciente.</li> <li>- Administre antipirético por vía IM según prescripción médica.</li> <li>- Aplique medios físicos mediante el baño de inmersión.</li> <li>- Brinde educación sanitaria a la madre</li> </ul>	<p><b>IV</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valor es normales de la temperatura:</li> <li style="padding-left: 20px;">Axilar: 36°C a 36.5°C</li> <li style="padding-left: 20px;">Oral: 36.5°C a 37°C</li> <li style="padding-left: 20px;">Rectal: 37°C a</li> <li style="padding-left: 20px;">37.5°C</li> </ul>
--	---	---	------------------	--

## **GUÍA PEDIÁTRICA N° 6**

### **GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN POLITRAUMATISMO PEDIÁTRICO**

#### **ASPECTOS GENERALES**

El paciente politraumatizado constituye hoy un grave problema de salud pública, dados los altos índices de accidentes tránsito que ocurren en el Perú. El alto costo biológico y económico que genera la atención del trauma, no solamente en el tratamiento del estado agudo sino también en la rehabilitación obliga a un manejo inicial coordinado y disciplinado por parte del equipo de salud, tanto en la fase prehospitalaria como en el nivel hospitalario. Los cuidados del paciente politraumatizado comienzan con la evaluación primaria que incluye la vía aérea, con las respectivas precauciones en cuanto a la columna cervical, la respiración, la circulación y un breve examen neurológico.

#### **POBLACIÓN OBJETIVO**

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes pediátricos menores de 18 años que acuden a los servicios de Emergencia.

#### **OBJETIVO**

Estandarizar la atención que brinda el profesional de enfermería al niño politraumatizado que acude a los servicios de Emergencia.

Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño politraumatizado de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos asociados.

Manejar la inestabilidad del paciente pediátrico que acude a emergencia con cuadro politraumatizado.

Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas del paciente pediátrico politraumatizado. Disminuir la mortalidad de pacientes pediátricos que acuden a la Emergencia con cuadro politraumatismo.

#### **PERSONA RESPONSABLE**

Enfermera.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Alteración de la perfusión tisular cerebral, renal, pulmonar, cardíaco. Riesgo de disminución del gasto cardíaco R/C traumatismo, compresión de vasos sanguíneos, respuesta simpática por estrés, aumento de la PIC y lesiones cerebrales, disminución de la precarga secundaria a hemorragia.	El paciente mantendrá adecuada capacidad adaptativa intracraneal y adecuada perfusión tisular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegure la permeabilidad de la vía aérea.</li> <li>- Coloque en posición plano inclinado de 30°-45° con cabeza en lateral de seguridad.</li> <li>- Coloque collarín cervical.</li> <li>- Administre oxígeno.</li> <li>- Valore el estado neurológico con la escala de coma de Glasgow modificada .</li> <li>- Coloque acceso vascular doble con catéteres de calibre grueso. En casos de canalización difícil, asistir al médico en el acceso intraóseo (en niños menores de cinco años) o en el acceso a la ena por venosección.</li> <li>- Efective los exámenes auxiliares de radiografías.</li> <li>- Monitoree la gasometría arterial, Hb, Hto. y glicemia</li> <li>- Monitoree funciones vitales</li> <li>- Aplique presión directa sobre el sitio sangrante con una compresa estéril o un vendaje compresivo en caso de hemorragia externa.</li> <li>- Evalúe signos de taponamiento cardíaco como hipotensión, ingurgitación yugular, disminución de los ruidos cardíacos.</li> <li>- Evalúe en el paciente: estado de conciencia, llenadocapilar, coloración de la piel y la temperatura corporal.</li> <li>- Coloque sonda vesical .</li> <li>- Previa evaluación de las contraindicaciones del procedimiento, tales como sangrado genital o trauma pélvico, monitoree el estado de la volemia, la diuresis 1 mL/kg / hora en el paciente pediátrico.</li> <li>- Mantenga ambiente bajo en ruidos y luz. - Evite maniobra de mansalva.- Valore signos de aumento del PIC (FC, PA).</li> <li>- Administre vasopresores para estabilizar PA. según prescripción médica. Administre corticoides, terapia diurética e hidroelectrolítica, manitol, vasopresores para estabilizar PA, según protocolo médico. - Valore la glicemia, registre y comunique en caso anormalidad. Realice la preparación preoperatoria.</li> <li>- Verifique que el formato de consentimiento informado haya sido firmado por el familiar.</li> </ul> <p>Asegure que el traslado a SOPE se realice en forma adecuada y con los insumos correspondientes.</p>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente evidenciará:</li> <li>- PAM 60 mmHg.</li> <li>- Ph 7.35 – 7.45.</li> <li>- PaO2 90-100 cm H2O.</li> <li>- PCO2 37 cm H2o.</li> <li>- HCO 3 - 21-24 meq/lt.</li> <li>- Sat O2 95-100%.</li> <li>- T° 36.5 - 37°C.</li> <li>- Glasgow 13-15. - FC: RN: 160 x^ Lactantes. 140 Pre-escolar: 120 Escolares : 80 100 Glicemia: 80 y 120 mg/dl.</li> <li>- Hcto. 33-36.</li> <li>- PA: RN: 80/50mmHg. - Lactante. 90/ 60mmHg. - Preescolar 100/60mmHg. - Escolar 110/ 60mmHg.</li> <li>- CO2: 14-20 cmH2O.</li> <li>- Preparación física realizada.</li> <li>- PAM&gt;60mmHg.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Alteración en el intercambio gaseoso.	El paciente mantendrá patrón respiratorio de acuerdo a la edad.	- Asegure apertura de la vía aérea mediante elevación del mentón por tracción de la mandíbula, sin hiperextensión del cuello. Retirar cuerpos extraños.	IV	- Vías aéreas permeables. - Buen PMV en ACP - FR: RN: 60x'. - Lactan.40-50 x'.
Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C por obstrucción de la vía aérea. presencia de secreciones y/o cuerpos extraños.	Niño mantendrá las vías aéreas permeables.	- Realice aspiración de secreciones oro faringe, nasofarínge y endotraqueales , previa oxigenación y sedación. - Inmovilice el cuello con un collar rígido. - Coloque cánula orofaríngea o de Guedel, de tamaño adecuado para la edad, en caso de estar inconsciente, excepto en caso de sospecha de fractura de base de cráneo.- Administre oxígeno a concentraciones altas mediante un dispositivo de boca y válvula (100%) o con máscara de Venturi(50%) . - Observe y registre características de las secreciones. - Realice monitoreo no invasivo: FC, FR, saturación de O <sub>2</sub> . CO <sub>2</sub> Y PA. Prepare material y equipo para intubación endotraqueal y participe en las maniobras de RCP		- Preescolar. 30 x'.- Escolar : 20x'. - Sat O <sub>2</sub> > 95 %.- Perfusión tisular <2 seg. - CO <sub>2</sub> : 14-20 cmH <sub>2</sub> O. - No cianosis. Saturación >95%.
Alteración de la ventilación: hipoventilación alveolar R/C, obstrucción mecánica, lesión de estructura anatómica (lesión de médula cervical, hemo-	El paciente mantendrá buena perfusión tisular.	- Verifique la permeabilidad de la vía aérea. - Exponga el pecho del paciente e inspeccione los movimientos respiratorios y determinar la frecuencia respiratoria. - Si no hay respiración espontánea, realice la reanimación básica y avanzada. Asistir al médico en la intubación endotraqueal.	IV	- Perfusión tisular < 2 seg. - No cianosis. - Buen pasaje de murmullo vesicular. - FR: RN: 60x' - Lactantes: 40 50x'

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
neumotórax, tórax inestable, contusión pulmonar). Déficit de la oxigenación tisular, R/C aumento de la demanda de oxígeno y disminución del aporte.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si hay respiración espontánea, administre oxígeno a concentraciones altas con un dispositivo de bolsa y válvula (100%) o con máscara Venturi (50%).</li> <li>- Valore signos de neumotórax a tensión.</li> <li>- Participe con el médico en la colocación del drenaje torácico.</li> <li>- Monitoree el patrón respiratorio.</li> <li>- Cubra la herida torácica con una gasa estéril, sólo en tres extremos. El extremo libre permite la presión negativa y evita neumotórax a tensión.</li> <li>- Monitoree signos de alarma: ausencia del murmullo vesicular del lado afectado, hiperresonancia, dificultad respiratoria, cianosis, aleteo nasal, taquicardia, hipotensión sudoración, ingurgitación de venas yugulares.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preescolar.</li> <li>- 30x'- Escolar : 20x'</li> <li>- Ausencia de sangrado.</li> <li>- Ausencia de signos de neumotorax.</li> </ul>
Alto riesgo de aspiración R/C depresión del sistema respiratorio, obstrucción de la vía aérea o edema. inestabilidad de los músculos respiratorios, pérdida de conciencia.	<p>El paciente mantendrá buena oxigenación.</p> <p>El paciente no evidenciará signos de aspiración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúe patrón respiratorio, frecuencia respiratoria y movimientos torácicos presencia de respiración de Cheyne =Stokes, hiperventilación.</li> <li>- Proporcione ventilación con la bolsa autoinflable o ambú, con máscara adecuada para la edad y tamaño del niño. - Administre oxígeno al 100%.</li> <li>- Monitoree la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.</li> <li>- Valore signos de aspiración (cianosis y otros).</li> <li>- Coloque Sonda orogástrica (cuando se sospecha fractura de base de cráneo) o nasogástrica para disminuir la distensión (GP C1).</li> <li>- Realice registro de enfermería.</li> </ul>	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vías aéreas permeables - Buen PMV en ACP</li> <li>- Hcto: 33-36</li> <li>- Sat O2 &gt; 95%-</li> <li>- FR: RN: 60x'</li> <li>- Lactan: 40-50x'</li> <li>- Preescolar.</li> <li>- 30x'- Escolar : 20x'</li> <li>- RN: 80/ 50mmHg.</li> <li>- PA:</li> <li>- Lactante:90/60mmHg.</li> <li>- Preescolar: 100/60mmHg.</li> <li>- Escolar: 110/60mmHg.</li> <li>- CO2: 14-20 cm.H2O.</li> </ul>



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Riesgo potencial de hipotermia r/c disminución de la perfusión tisular y las medidas de reanimación. exposición prolongada al medio ambiente.	El paciente mantendrá la temperatura dentro de límites normales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoree la T° corporal.</li> <li>- Conserve la temperatura corporal.</li> <li>- Evite la hipotermia por exposición prolongada. En lo posible, colocar cobijas térmicas, administrar líquidos endovenosos y sangre calientes (a la temperatura corporal 37°C)</li> </ul>	IV	T° > 36.2° C
Dolor R/C estimulación de las terminaciones nerviosas. Lesión tisular por agentes lesivos.	Paciente manifestará disminución de signos de dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúe las características del dolor.- Mantenga al paciente en alineación corporal y cama dura.</li> <li>- Movilización en bloque</li> <li>- Administre analgésico según prescripción médica.</li> <li>- Evalúe mediante la escala modificada de coma de Glasgow la severidad de la lesión (GPE1).</li> <li>- Administre analgésico según prescripción médica</li> </ul>	IV	Escala de dolor de 1 al 10 el paciente manifestará de 0-5.

<p>Riesgo potencial de lesión de la integridad de la piel relacionado con inmovilidad secundaria a parálisis y déficit de la perfusión tisular.</p> <p>Múltiples lesiones. Deformidad del tejido óseo.</p> <p>Riesgo de infección R/C objetos empalados en la pared torácica, pared abdominal, extremidades, cuerpos extraños, procesos invasivos.</p>	<p>Niño mantendrá integridad cutánea. El paciente mantendrá una piel sana y libre de infecciones.</p> <p>El paciente no presenta infecciones.</p>	<p>-según la necesidad del niño. Realice cambios de posición en bloque</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore la presencia o aparición de zonas de presión : enrojecimiento, palidez.</li> <li>- Mantenga humectada la piel y no utilice cremas grasosas. - Coloque rollos y bolsas de agua en las zonas de mayor presión.</li> <li>- Mantenga la médula espinal en forma lineal por medio de la tabla para inmovilización espinal.</li> <li>- Oxigene al paciente.</li> <li>- Realice curación en otras heridas que pueda tener el niño utilizando solución salina y apósito estéril. - Mantenga técnica aséptica en la manipulación de catéteres y demás procedimientos invasivos.</li> <li>- Monitoree la temperatura corporal. - Administre antibióticos según prescripción médica.</li> <li>- Busque en la piel sitios de infección (rubor, calor o secreciones) en la entrada de catéteres.</li> <li>- Ausculte en busca de focos neumónicos, observe y registre la presencia de secreciones respiratorias.</li> <li>- Realice aseo oral con antiséptico o solución bicarbonatada. Mantenga la piel hidratada.</li> <li>Vigile las características de la orina: color, olor y presencia de sedimento.</li> </ul>	<p>IV IV</p>	<p>Ausencia de zonas de presión. Ausencia de zonas de lesión cutánea.</p> <p>- Uso de técnica aséptica en todos los procedimientos.</p> <p>T° 36-36.5°</p> <p>- Cultivos: negativos. Rx de torax dentro de límites normales.</p>
--	---	---	------------------	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
<p>Riesgo de alteración del volumen sanguíneo r/c hemorragia contenida en extremidades, sangrado interno abdominal o pélvico.</p>	<p>El paciente mantendrá un adecuado volumen hídrico circulante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle el peso y talla del paciente. - Verifique la permeabilidad de la vía periférica con un catéter de grueso calibre. - Monitoree la diuresis horaria y la concentración de la orina.</li> <li>- Valore signos y síntomas de deshidratación (sensorio, aumento de la densidad urinaria, oliguria , y otros).</li> <li>- Evalúe y registre sangrado.</li> <li>- Realice y registre el BHE del paciente.</li> <li>- Realice la reposición de fluidos de acuerdo a sus necesidades, según protocolo médico.</li> </ul>	<p>IV</p>	<p>Diuresis horaria= &lt; 10 kg. = 0.5 5ml/kg/hora. &gt; 10 Kg. = 12 a 18 cc /m<sup>2</sup>/h.</p> <p>- Densidad de la orina en Límite normal:1010-1013 cm H<sub>2</sub>O. - BH: POSITIVO</p>

Riesgo de lesión r/c desequilibrio hidroelectrolítico	El paciente no evidenciara lesion por desequilibrio hidroelectrolítico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realice extracción de muestra de sangre para monitoreo de gases arteriales y electrolitos.</li> <li>- Monitoree control de signos vitales: FC, FR,P/A. - Valore signos de compromiso electrolítico. - Registre elBHE</li> </ul>	IV	BHE + - 50
<p>Ansiedad/temor r/c separación del sistema de apoyo habitual, ambiente hospitalario desconocido, procedimientos invasivos. Ansiedad familiar R/c Déficit de conocimientos ante el evento.</p>	<p>El paciente manifestará disminución de la ansiedad.</p> <p>La familia disminuirá su ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valore el nivel de ansiedad del niño.- Coordine para la permanencia del familiar como programa madre acompañante.</li> <li>- Tranquile al paciente adaptando una actitud firme y comprensiva.</li> <li>- Dé seguridad al paciente.</li> <li>- Acompañe al paciente y familia permitiendo que exprese todas sus angustias y temores brindando apoyo emocional. - Estimule el contacto físico con el niño durante el período de convalecencia.</li> <li>- Brinde educación sobre los procedimientos que requiere el niño por su estado de salud. - Explique la importancia del uso de monitores, tubo, catéteres y otros. Facilite la participación de la familia en los cuidados básicos.</li> </ul>	<p>IV</p> <p>IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del llanto.</li> <li>- Aumento de la comunicación personal.</li> <li>- Disminución de la irritabilidad. Comunicación y participación activa de los padres</li> </ul>

## CARTILLA DE EDUCACION A LOS PADRES DE FAMILIA



Clínica Ricardo Palma  
Acreditación JCI



**PAPITO RECUERDA SIEMPRE  
CUANDO LLEGUES A  
ATENDERTE CON NOSOTROS:**

**¿CONOCES LA DIFERENCIA?**

**URGENCIA**  
SITUACIÓN DE SALUD QUE **NO** PONE EN RIESGO TU VIDA

- Alto en el embarazo
- Enfermedades Respiratorias
- Torceduras
- Ricocha

**EMERGENCIA**  
SITUACIÓN DE SALUD QUE **SI** PONE EN RIESGO TU VIDA

- Paro Cardíaco
- Accidentes
- Accidente Vehicular
- Quemaduras

**CENTRAL DE EMERGENCIAS 116**

### SISTEMA DE TRIAJE MANCHASTER

PRIORIDAD	ATENCIÓN	COLOR	TIEMPO
1	Inmediata	Rojo	Inmediato
2	Muy Urgente	Naranja	Antes de 10 minutos
3	Urgente	Amarilla	Antes de 60 minutos
4	Menos Urgente	Verde	Antes de 120 minutos
5	No Urgente	Azul	Antes de 240 minutos



**GRACIAS**

## FOTOS DE ACTIVIDADE REALIZADAS



*Un gran equipo de trabajo, licenciadas y técnicos*



*Mi grupo de rotación, un grato ambiente de trabajo*



*Iniciando la capacitación con unas palabras de nuestra jefa del departamento de enfermería*



*Con el grupo técnico del servicio de pediatría de emergencia*



*Una foto con el personal del servicio de pediatría de emergencia de la clínica Ricardo Palma, un gran grupo, muy entusiasmados después de la capacitación*