



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

ATENCIÓN DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON –PUNO – 2019

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

JULIA NORMA QUEA CALDERON

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

EMERGENCIAS Y DESASTRES

PUNO-PERÚ

2020



DEDICATORIA

En verdad la dedico y doy gracias al
Espíritu y la Esposa por soportarme con
paciencia con humildad y amor en
abundancia durante tanto tiempo,
dándome sabiduría e inteligencia
misericordia que no me lo merezco.

La dedico a Dios padre y a Dios madre
celestiales que es el principio y el fin, Él
es el Alfa (A) y la Omega (Ω) y el que ha
de venir, el todo poderoso porque Dios es
amor que nos dio la vida para toda buena
obra para con el prójimo



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Universidad Nacional del Altiplano a la carrera profesional de enfermería segunda especialización de emergencias y desastres a todos mis maestros ya que ellos me enseñaron a valorar mis estudios y a superarme cada día y agradezco sobre todas las cosas a Dios diciendo. La bendición y la gloria y la sabiduría y la acción de gracias y la honra y el poder y la fortaleza, sean a nuestro Dios padre y Dios madre celestial.

Estoy segura que mis metas planteadas darán fruto y por ende me debo esforzar cada día sin olvidar el respeto del Espíritu y la Esposa dicen: Ven. Y el que oye, diga: Ven. Y el que tiene sed, venga; y el que quiera, tome del agua de la vida gratuitamente. Mas la Jerusalén de arriba, la cual es madre de todos nosotros, es libre.



ÍNDICE

RESUMEN	6
TITULO	7
I. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	10
1.3. OBJETIVOS	12
1.3.1 OBJETIVO GENERAL:	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	12
II. REVISIÓN TEÓRICA.....	13
III. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS	53
3.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS	53
3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS	53
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
3.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO	58
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.7. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	58
IV. ANALISIS Y DISCUSION.....	59
V. CONCLUSIONES	69
VI. RECOMENDACIONES	70
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
ANEXO 1	76

Área : Ciencias Médicas y de Salud: Ciencias de la Salud

Tema : Triaje en el servicio de emergencia

Fecha de Sustentación: 17/01/2020



INDICE DE TABLAS

Tabla 1 ATENCION DE TRIAJE SEGUN SEXO	59
Tabla 2 ATENCION DE TRIAJE SEGUN EDAD	61
Tabla 3 ATENCION DE TRIAJE SEGUN SIGNOS VITALES.....	63
Tabla 4 ATENCION DE TRIAJE SEGUN NIVELES DE PRIORIDAD	65



RESUMEN

La presente monografía se realizó con el objetivo de determinar el triaje en el servicio de emergencia del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno- 2019; según sexo, edad, signos vitales, niveles de prioridad y tiempo de espera. En la monografía se utilizó el tipo de investigación, descriptiva, transversal, la población conformada por tres mil trescientos doce pacientes que ingresaron al servicio de emergencia, la técnica utilizada fue la revisión documentaria, el instrumento la guía de recolección de datos, se aplicó la estadística descriptiva porcentual. Llegándose a la conclusión que son de sexo femenino cincuenta y uno % y de sexo masculino cuarenta y nueve%; según edad el porcentaje más alto fueron pacientes de veinte seis a cincuenta y nueve años setenta y cinco%, seguido de cero a veinticinco años quince % y en menor porcentaje sesenta a más años diez% ; según la toma de signos vitales completos setenta y cinco%, incompletos veinticinco%; según niveles de prioridad de nivel I sesenta y dos%, nivel II treinta y tres% , y nivel III cinco%; según tiempo de espera fueron atendidos en menos de quince min sesenta y dos%, de dieciséis a treinta min treinta y tres%, de treinta y uno a cuarenta y cinco min cero cinco %, mas no se reportaron pacientes con atención a menos de cuarenta y seis min.

PALABRAS CLAVES: Atención, Triage, Emergencia.



TITULO:

**ATENCION DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON-PUNO – 2019**



I. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación actual de los sistemas de salud de nuestro país y del mundo ha sufrido cambios. La transición demográfica y la epidemiológica traducen el incremento de la esperanza de vida, pero también de las enfermedades crónicas y pluripatología. Ya desde el Censo de 1993, la pirámide por edad presentó una reducción relativa en las edades menores y un leve aumento en las edades intermedias. La edad mediana de la población aumentó de 19 a 22 años durante el periodo intercensal, y al 2017 la transformación de la pirámide poblacional de una base ancha y vértice angosto a una con una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en los centros refleja un número menor de nacimientos y mayor población en edad activa, figura que tiende a ser rectangular, lo que demuestra que el Perú se encuentra en una etapa de transición hacia el envejecimiento demográfico y de un notable aumento de la demanda de los servicios de emergencia¹.

En la mayor parte de las ciudades de nuestro país, los establecimientos de salud se encuentran saturados, más aún en los servicios de urgencias y emergencias, debido probablemente al desigual crecimiento de la población que tiene acceso a estos y la cartera de servicios de salud que se brindan, problemática que al parecer no ha sido prevista ni afrontada a tiempo. Las poblaciones en las zonas urbanas crecen exponencialmente, los altos índices de violencia, delincuencia y la generalización del pandillaje juvenil se traducen en altas cifras de víctimas con graves lesiones, potenciándose con un caótico crecimiento vehicular y la aparición de modalidades de transporte como son los mototaxis².



El hacinamiento en los servicios de emergencia traduce la problemática de los diversos sistemas de salud. Hoy en día, los principales problemas que aquejan a la población mayor de 60 años son los relacionados a patologías crónico-degenerativas, donde las enfermedades cardiovasculares están en el primer orden, lo que conduce a una mayor utilización de los servicios de salud, en particular las Emergencias, mayor costo de la atención y mayor capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Lo mencionado crea una necesidad de servicios de salud que deben ofrecer calidad, oportunidad y eficacia en la atención del paciente crítico de emergencia en concordancia con las nuevas concepciones de atención en salud³.

Este aumento en la demanda de atención médica en los departamentos de emergencia ha planteado la necesidad de diseñar estrategias para atenderla oportunamente. Tradicionalmente, los departamentos de emergencia en todo el mundo han tenido que atender a dos tipos de poblaciones bien definidas; aquellas que requieren atención inmediata por situaciones que ponen en peligro la vida y otros que ven los servicios ofrecidos por los departamentos de emergencia su mejor alternativa, aunque sus motivos de consulta se ubiquen en el ámbito de la atención primaria⁴.

El constante incremento del número de atenciones en los servicios de urgencias o emergencias hospitalarios determina la necesidad de disponer de un sistema para clasificar pacientes que acuden a dichos servicios, en función de su gravedad probable, para atender de forma prioritaria a quien más lo amerita, este proceso es el Triage y el lugar donde se realiza el primer contacto de los usuarios de los servicios de emergencia con el personal de salud son las áreas de Triage las



que pueden estar organizadas en mayor o menor medida en los servicios de emergencia⁵.

La medición de las constantes vitales son acciones de enfermería las mismas que orientan desde años atrás al médico a su valoración clínica son componentes de la historia clínica los mismos que deben estar registrados en ellos la tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno.

Ante esta situación y con los riesgos que representa los tiempos de espera prolongados en el área de emergencia pretendemos conocer la situación actual de los mismos al arribar al servicio de emergencia del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno, dándonos cuenta que la priorización y clasificación de los pacientes, son clave para el mejor funcionamiento de las salas de emergencia.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El proceso de clasificación de los pacientes que acuden al servicio de emergencia se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de pacientes o usuarios. Hoy en día los pacientes buscan en los hospitales ser atendidos, con prontitud, garantizándoles que la atención brindada este acorde con sus problemas de salud y que a la vez sea de gran impacto para él y sus familiares. Mediante un manejo eficiente del profesional de enfermería asignado a este servicio, el cual será capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente y de establecer prioridades en su atención.

La utilización de herramientas de Triage hospitalario en los servicios de urgencias es básica y de suma importancia con el fin de desarrollar los procesos hospitalarios dentro de los estándares de calidad a nivel global. El triaje es un



método de selección y clasificación que define la prioridad para la atención de un paciente en el Servicio de Emergencia según la gravedad de su estado clínico, mediante la valoración clínica en el área de triaje debe ser realizado por un profesional capacitado.

Podemos observar que la magnitud del problema es relevante, pues la implementación de criterios de estandarización para que los pacientes reciban atención médica adecuada y oportuna podrá mejorar el pronóstico de los mismos, disminuyendo la mortalidad, las secuelas y los costos de atención, haciendo más eficientes los procesos de atención de la población que solicita servicios de urgencias.

Esta monografía es relevante por el gran aporte del marco teórico, que fue elaborado mediante la revisión actualizada de diferentes fuentes de información, también el presente estudio proporcionara instrumentos adaptados y validados para su aplicación, lo cual estarán disponibles para futuras investigaciones, y formar parte de nuevas ideas de investigación y por último los resultados nos permitirán tener un conocimiento certero de la realidad del área de triaje y posteriormente serán beneficiados los profesionales de enfermería, mejorando este aspecto, así mismo los usuarios en su atención del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno.



1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el triaje en el servicio de emergencia del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la atención en triaje según sexo.
- Identificar la atención en triaje según edad.
- Identificar la atención en triaje según los signos vitales.
- Identificar la atención en triaje según niveles de prioridad.
- Identificar el tiempo de espera para ser evaluado por el médico.

II. REVISIÓN TEÓRICA

A continuación se presenta la base teórica el cual ha permitido dar sustento a los hallazgos. Así tenemos:

REFERENTES TEÓRICOS SOBRE EL SISTEMA DE TRIAJE

Historia del triaje.

Esta palabra proviene del inglés “traje”. Esta palabra se utiliza para referirse a la jerarquización de necesidades asistenciales, y a su vez proviene del término francés “trier” que significa seleccionar o escoger o elegir o clasificar. Se empezó a usar para ubicar a los heridos en desastres y situaciones de conflictos bélicos.

El Médico adjunto a Napoleón cirujano barón Dominique-Jean Larrey es considerado como el creador del primer proceso sistematizado de triaje en el escenario de la guerra, evaluaba y clasificaba a los soldados heridos en la batalla tratando y evacuando aquellos que necesitaban atención más urgente y no esperando al fin del combate.

El triaje empezó siendo muy importante ya que mediante este sistema se comenzó a tratar a los heridos más graves en primera instancia con las habilidades de las enfermeras en el campo de batalla la cual fueron asignadas para tratar a los heridos de manera rápida evitando la muerte del paciente.

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las “plantas de accidente” abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los cuartos de urgencias hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 19648.



Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triaje moderno⁹.

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los cuartos de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS) (3,4). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triaje, incluyendo el australiano:

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



El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996) (7,8). □ El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index© 5 level triaje: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los E.E.U.U. en 1999).

El Modelo andorrano de triaje (Model Andorrà de triage: MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU) en 2002 y como estandar andorrano por la Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente.

En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triaje (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje (14,15)¹⁰.

Esta herramienta contribuyó a la disminución del número de fallecimientos, ya que, se realizaba una primera valoración de las heridas, y prestaba una rápida atención a aquellos heridos más graves. En el siglo XX este vocablo se trasladó a nivel civil, donde se empezaron a manejar este tipo de sistemas en los servicios sanitarios a nivel mundial. A partir de la década de los años 60, se implantaron en los servicios de Urgencias hospitalarias de Estados Unidos. En España, aproximadamente en 1980, comenzó a utilizarse el triaje para clasificar a los pacientes según su nivel de prioridad.

Con el triaje ya que es una herramienta muy importante para tratar a los heridos, las enfermeras prestaban una atención rápida a los pacientes, para



disminuir el número de fallecidos y valorar el nivel de gravedad, para que el paciente sea atendido de acuerdo a los niveles de prioridad¹¹.

2.1 Concepto de Triage.

El término triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar.

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y utilización de recursos¹².

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 selección¹³.

Éste método surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable que facilite y permita determinar la complejidad del padecimiento, al mismo tiempo dar mayor objetividad al proceso, facilitar el desarrollo de las habilidades del médico para la evaluación del paciente, y establecer la prioridad de atención¹⁴.

Representa una forma práctica para decidir quién y cuándo deben recibir atención médica de acuerdo con el diagnóstico y pronóstico establecido. Es considerado también como un proceso de clasificación de los pacientes por el centro coordinador de urgencias y emergencias, en base a la valoración



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

El triaje, como centro de la organización de la asistencia en el servicio, mejora el pronóstico general de los pacientes, nos ha de indicar cuándo ha de ser tratado un paciente y que es lo que el paciente necesita, es una de las claves de la eficiencia y efectividad clínica del servicio y ha de tener capacidad para predecir el destino y las necesidades de recursos de los pacientes.

Actualmente, en el servicio de urgencias, se encuentran médicos que proceden de distintas especialidades, siendo generalmente residentes de los primeros años. Por ello es necesario unificar conductas diagnósticas y terapéuticas según protocolos de atención. El objetivo fundamental es solucionar el problema por el que el enfermo consulta y tomar decisiones rápidas. Con frecuencia hay que limitarse a mantener al enfermo con vida y, muchas veces sólo se llega a un diagnóstico sindrómico y manejo sintomático. Por ello, es fundamental seleccionar el orden de atención de los enfermos según su gravedad, por lo que es prioridad implementar un sistema de triaje al momento de solicitar atención médica, enfocándonos en los conceptos de atención de emergencia o de urgencia de acuerdo al nivel de gravedad detectado.

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.

La implementación permanente del triaje en el servicio de emergencia permitirá además de la identificación de pacientes graves, en la derivación de los enfermos a los distintos niveles asistenciales o la orientación de cuál es el más adecuado para la resolución de su demanda¹⁶. Para ello hay que entender que en la medicina de urgencias y emergencias existe un criterio definitorio fundamental: “el factor tiempo”. Según este criterio podemos definir como:

Urgencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 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”.

En este concepto se deben englobar tanto los aspectos objetivos (gravedad y agudeza del proceso) como subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención) que generen en el paciente una expectativa de solución rápida y eficaz a la demanda planteada.

La definición de urgencia, además de los conceptos objetivos (gravedad y necesidad de intervención), lleva implícitos dos conceptos subjetivos que son el grado de sufrimiento de los pacientes y sus expectativas.

Situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importante



consumo de recursos, en un corto período de tiempo por lo que amerita asistencia rápida (horas).

La urgencia es un problema de salud que necesita de una atención inmediata al paciente y evitar complicaciones durante su estado de salud sin que peligre la vida del mismo dando una solución rápida al problema y manejando correctamente la situación del paciente que requiere una atención rápida.

El perfil clínico de los pacientes potencialmente derivables a un centro de Atención Primaria, en función de los recursos de los que dispongan, puede ser lesiones y traumatismos, cura de heridas, inflamación, fiebre, alergia y reacciones cutáneas urticariformes, síntomas oculares y auditivos¹⁷.

a) Emergencia :

En relación al término emergencia, éste se define según la OMS como aquella situación con riesgo vital inminente que obliga a poner en marcha unos recursos y medios especiales, y que exige un tratamiento inmediato para salvar la vida del enfermo y, en algunos casos, un diagnóstico etiológico con la mayor premura posible.

La emergencia es una situación en la que se atiende al paciente de manera inmediata porque se encuentra en peligro a vida del mismo, y dar un tratamiento inmediato para salvar la vida, sin ninguna espera ya que se complicaría el paciente y puede llegar a que el paciente pierda la vida.

Circunstancia en la que la vida de la persona corre peligro o puede resultar con secuelas irremediables si no es asistido con precocidad.

2.2 Tipos de triaje

a) **Triaje estructurado.**

Se lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles. Actualmente existen 5 sistemas de triaje estructurado:

- ATS (Australian Triage Scale).
- El CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale).
- El MTS (Manchester Triage Scale).
- ESI (Emergency Severity Index).
- El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrá de Triage:
MAT

Según la OPS en su Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de Urgencias (GOMEZ - OPS 2010), los principios fundamentales del sistema de triaje estructurado y moderno están caracterizados por:

1. Ha de ser un sistema de triaje de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).
2. Ha de ser un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.
3. Se ha de constituir en un modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triaje, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.



4. Ha de ser un sistema de triaje médico y de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.
5. Ha de ser un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro a amnésico del triaje.
6. Ha de ser un sistema integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad del triaje, que defina un estándar de motivos de consulta a urgencias y permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.
7. Se ha de poder integrar en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería, estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa del cuarto de urgencias.
8. Ha de proponer adaptaciones estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triaje, y formación específica para el personal de triaje.
9. Ha de ser un sistema de triaje estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extra hospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia¹⁹.

b) Triaje avanzado.

Contempla la posibilidad, en un triaje estructurado y con protocolos específicos especialmente elaborados para enfermería, de realizar, antes de la



visita convencional, determinadas pruebas complementarias (analíticas y radiologías simples), incluso acciones terapéuticas (vías periféricas, administrar analgesia, etc.).

c) **Triage multidisciplinar**

Incluye, entre el personal sanitario que lo realiza, un equipo en el que, como mínimo, participa un médico y una enfermera. También pueden participar personal administrativo y auxiliar sanitario. A parte de la valoración inicial, que en este caso la realiza el médico²⁰

2.3. Indicadores de Calidad del triaje.

Se han establecido indicadores de calidad para el triaje. Ellos necesitan ser tomados en cuenta al momento de hacer el monitoreo de las acciones en dicha área y del cumplimiento de sus objetivos. Al llegar a Emergencia y ser evaluados en triaje no debe tomar un tiempo mayor de 10 minutos que constituye el tiempo de espera para ser atendido y constituye un indicador. La proporción de pacientes que abandonan la emergencia sin ser atendidos es otro indicador y debería ser menor de 2%.

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

- El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (menor o igual del 2 % de todos los pacientes que acuden a urgencias), incluyendo aquellos que no son clasificados y los que se trían, pero se van antes de ser visitado por el facultativo.



- Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos)
- Tiempo que dura la clasificación (menor de 5 minutos como recomendación)
- Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triaje y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente²¹.

2.4. Niveles de atención (Prioridad).

En cuanto a este último indicador de calidad, se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de triaje estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros.

Se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de triaje estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales.

- **Nivel I** (código rojo, urgencia vital): prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. Estos pacientes no necesitan triaje informático y su acceso es inmediato.

Como, Paro Cardio respiratorio, Trauma mayor, Estado de shock, Asma en pre-paro, Insuficiencia respiratoria grave, Estado mental alterado (inconsciente/delirando), Status epiléptico.



- **Nivel II** (código naranja, emergencia): situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

Como ,Trauma craneal (signos de riesgo \pm estado mental alterado), Trauma severo, Estado mental alterado (letargia, somnolencia, agitación), Ojos: explosión productos químicos, Reacción alérgica severa, Dolor torácico visceral, no traumático, Dolor abdominal (> 50 años) con síntomas viscerales, Dolor de espalda (no traumático, no músculo-esquelético), Sangrado gastrointestinal con signos vitales alterados, Asma severa, Moderada/ severa disnea/ dificultad en respirar, Sangrado vaginal agudo, escala de dolor > 5 , \pm signos vitales alterados, Vómitos y/o diarrea (con sospecha de deshidratación), Signos de infección severa (erupción purpúrica, tóxica), Quimioterapia o inmunodeprimido, Fiebre (lactante ≤ 3 meses con T° rectal $\geq 38^{\circ}$), Episodio psicótico agudo/ agitación extrema.

- **Nivel III** (código amarillo, urgencia): procesos agudos, no críticos y estables hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

Como, Traumatismo craneal, alerta, vómitos, Traumatismo moderado, Abuso-negligencia-agresión, Vómito y/o diarrea ≤ 2 años, Problemas de diálisis, Signos de infección, Sangrado gastrointestinal con signos vitales normales, Sangrado vaginal agudo. Signos vitales normales, Crisis comicial consciente a la llegada, Psicosis \pm intento de suicidio, Escala de



dolor 8-10/10 con daños menores, Escala de dolor 4-7/10(cefalea, dolor cólico espalda).

- **Nivel IV** (código verde, semiurgente): urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Son procesos banales y pueden requerir asistencia médica, en su mayoría, en un Centro de Salud de Atención Primaria. Demora máxima de 120 minutos.

Como, Traumatismo craneal, despierto, sin vómitos, Traumatismo menor, Dolor abdominal (agudo), Dolor de oído, Dolor torácico, trauma menor o músculo-esquelético, Vómitos y/o diarrea (>2 años sin deshidratación). Intento de suicidio/ depresión, Reacción alérgica (menor), Cuerpo extraño en cornea, Dolor de espalda (crónico), Síntomas de infección de orina, Escala de dolor 4-7, Dolor de cabeza (No migraña, no súbito).

- **Nivel V** (código azul, no urgencia). Poca complejidad en patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Son procesos banales y que no precisan atención en SUH. Demora de hasta 240 minutos.

Como, Traumatismo menor. No necesariamente agudo, Dolor de garganta, sin síntomas respiratorios, Diarrea (sin deshidratación), Vómitos, estado mental normal, (sin deshidratación), Alteraciones menstruales, Síntomas menores, Dolor abdominal (crónico), Dolor psiquiátrico, Escala de dolor < 4.

Estos cinco niveles se establecen en base a:

- Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.



- Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc²¹

A nivel mundial, los sistemas de triaje estructurado basados en 5 niveles, son los que han conseguido mayor grado de evidencia científica.

Según la 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.

2.5. Modelos de sistema de triaje

a) La Australian Triage Scale (ATS).

En Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de Triaje para los servicios de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de cinco niveles. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, es la primera escala con ambición de universalización basada en cinco niveles de priorización:

- Nivel 1: Resucitación
- Nivel 2: Emergencia
- Nivel 3: Urgente



- Nivel 4: Semi-urgente
- Nivel 5: No urgente

En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala Australiana de Triage (Australasian Triage Scale: ATS), que se ha diseñado para su uso en los servicios de emergencias a lo largo de Australia y Nueva Zelanda.

En este sistema se encargan del triaje miembros experimentados y con formación específica que pueden ser de enfermería, médicos o una combinación de ambos. La evaluación del triaje no debería exceder los 5 minutos, la evaluación del triaje y la categoría asignada deben quedar registrados para poder llevar a cabo un control de los pacientes y una reevaluación continua, si las características clínicas de un paciente cambian este debe ser retirado en consecuencia.

La Escala Australian Triage es un sistema muy importante que necesita de personal experimentado sean médicos enfermeras, ya que es muy importante para poder clasificar a los pacientes de manera correcta, siendo en el principio de tres niveles, luego superándolo a cuatro niveles y por último finalizando con cinco niveles de atención²².

b) La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).

La Escala Canadiense de triaje y urgencia para los servicios de urgencias; fue desarrollado por Robert Beveridge, introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) y la Asociación Nacional de enfermeras de urgencias (NENA) en 1995 tras una adaptación de la NTS.

- El triaje, según este modelo, lo realiza una enfermera muy entrenada y con experiencia.



- Los pacientes deben ser valorados (al menos visualmente) en un plazo inferior a 10 minutos.
- Los gravámenes no se han de realizar al completo a no ser que no haya paciente en espera.
- La información que se solicitará será para poder asignar al paciente un nivel de triaje que quedará registrado.

En dicha entrevista es muy importante que la enfermera tenga buena actitud y muestre empatía; que observe los gestos, escuche lo que le explican, que palpe al paciente para observar el ritmo cardiaco, temperatura o sudoración y sobretodo que no realice juicios basándose en el aspecto o actitud del paciente. Esta entrevista ayuda a disminuir el miedo y ansiedad del paciente y/o familia. La enfermera registrará toda la información obtenida durante la entrevista (fecha y hora del gravamen, nombre de la enfermera, historia subjetiva limitada, observación objetiva, nivel de triaje, localización del paciente en el servicio; comunicando todo a la enfermera del área de tratamiento, alergias, tratamiento habitual, el diagnóstico, los primeros auxilios, las intervenciones terapéuticas y las nuevas valoraciones).

La enfermera de triaje debe estar a la disposición del paciente, brindar una atención de calidad con calidez, ser amable, respetuosa que tenga buena actitud, que el paciente sea valorado por la enfermera con rapidez y con amabilidad para que así el paciente se sienta satisfecho ante la atención de la enfermera²³.

c) **El Manchester Triage System (MTS)**

Esta escala clasifica al paciente que llega al servicio de urgencias en 52 motivos diferentes según signos y síntomas, con discriminantes, y en cada motivo



se despliega un árbol de preguntas cuya contestación es si/no. Tras estas tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una se traduce en un color y un tiempo máximo de atención. Esta clasificación permite priorizar al paciente en función de la gravedad. Este sistema de triaje proporciona información clara al paciente sobre su estado y el tiempo máximo de espera, ganando en la satisfacción del usuario y disminuyendo su ansiedad y nerviosismo. Se crea así el primer contacto con el paciente y se da una respuesta clara a su demanda. El triaje es realizado por una enfermera que a través de una entrevista con el paciente realiza la recepción, la acogida y la clasificación del paciente (RAC).

Esta escala se realiza mediante cinco niveles los cuales son muy importantes para la enfermera de triaje, ya que mediante esta escala se podrá clasificar a los pacientes de acuerdo a su patología y con los tiempos de espera que tienen asignado para cada enfermedad, ganando así la satisfacción del usuario y disminuyendo su ansiedad y nerviosismo por su patología.

Con dicha entrevista valora el estado general del paciente, realiza la toma de constantes, indica el motivo de consulta, realiza ECG si está indicado (dolor torácico, epigástrico, síncope o arritmia) y aplica el procedimiento del sistema MTS para obtener el nivel de urgencia del paciente. La enfermera orienta los flujos de pacientes en función de la gravedad y permite ir haciendo revaloraciones e ir reordenando los recursos del servicio de urgencias en cualquier momento. Este sistema da una respuesta eficaz a un problema como la gestión de flujos en el servicio, permitiendo realizar controles de calidad de los tiempos de espera.

Mediante la función de la enfermera que tiene para entrevistar al paciente y para ser atendido de acuerdo a su enfermedad se valora el estado general del



paciente lo que nos permitirá realizar la toma de constantes vitales y nos permitirá resolver el problema que presente el paciente de manera rápida²³.

d) El Sistema Español de Triage (SET).

Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en junio de 2000, en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra, un nuevo sistema de triaje estructurado denominado «Model Andorrá de Triatje» (MAT), convierte una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela, en una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico. Sus principios fundamentales son:

- Triage de 5 niveles normalizado, con un programa informático de gestión del triaje y otro de ayuda a la decisión clínica en el triaje.
- Modelo de triaje de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un sistema de mejoría continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triaje.
- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

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

Algunas categorías sintomáticas hacen referencia a situaciones concretas, otras hacen referencia a necesidades del paciente debidas a una sintomatología concreta y otras están relacionadas con la edad del paciente o con situaciones en las que se hace difícil establecer un síntoma o síndrome concreto; aunque la mayor parte de las categorías hacen referencia a síntomas o síndromes concretos.



En 2003 fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de triaje en castellano para todo el territorio español y se denominó «Sistema Español de Triaje» (SET)²⁰.

e) **Aplicación de triaje según prioridad en los servicios de emergencia**

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.

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. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo al nivel de prioridad o de atención:

- **Prioridad I (inmediata y /o < 5 minutos) (rojo):** 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 20 daños entre ellos; Paro Cardio Respiratorio, shock, trauma severo, obstrucción vía aérea alta, además considera signos vitales de riesgo como: Frecuencia cardiaca <50 x min, Frecuencia cardiaca >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 (10 minutos) (amarillo):** 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) (verde):** Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Contiene una lista con 22 daños de las cuales se menciona; Dolor abdominal, deshidratación moderada, broncoespasmo leve, síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
- **Prioridad IV (<30 minutos) (negro):** Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en Consulta Externa o Consultorios Descentralizados. Contiene lista de 10 daños entre ellas; enfermedades diarreicas agudas, enfermedades crónicas no descompensadas, resfrió común²⁵.

2.6 Objetivos del Triage

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, mediante un sistema de clasificación, válido, útil y reproducible con el objetivo de priorizar su asistencia (disminuir su riesgo).
- Determinar el área de tratamiento más adecuado para los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia.
- Disminuir la congestión en las áreas de tratamiento de los servicios de Emergencia.



- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas.
- Permitir una información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y los tiempos de espera.
- Proporcionar información que permita conocer los Servicios de Emergencia, con la finalidad de optimizar los recursos y mejorar su gestión (mejorar la eficiencia).
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias, independiente del tamaño estructura o ubicación de los centros asistenciales²⁶.

El sistema de triaje de Emergencia tiene objetivos que apuntan hacia la identificación oportuna, rápida de los pacientes en situación de riesgo vital. Intenta disminuir la congestión de pacientes asegurando el otorgamiento de la prioridad adecuada destinándolo al área más adecuada para tratar el caso. Como ya se ha señalado no es la intención establecer diagnósticos sino otorgar la prioridad de atención. Un aspecto importante es tener como objetivo la información a los pacientes y sus familiares sobre el estado general del paciente y de los tiempos probables de espera.

2.7. Ventajas del Triaje

El triaje proporciona al paciente una primera información acerca de su dolencia por la que acude a emergencia y le hace conocer el tiempo de espera para su atención priorizando su atención de acuerdo a su gravedad clínica. Asimismo, direcciona los flujos del paciente en razón a su gravedad permitiendo un adecuado uso de los recursos de emergencia en función de la demanda. Del mismo modo



para los gestores permite desarrollar evaluaciones sobre la calidad de atención y permite desarrollar acciones para dotar de los recursos necesarios a emergencia en función a la demanda vista.

2.8. Funciones del triaje

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.
- Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en un servicio de urgencias.
- Informar a los pacientes y a sus familias sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable²⁶.

2.9. La enfermera de triaje

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

La atención por una enfermera de práctica avanzada de urgencias supone un paso adelante para una adecuada gestión con respecto a la demanda asistencial del usuario que acude a estos servicios. Esto es motivado por la capacidad



resolutiva de la enfermera debido al aumento de competencias, además del elevado porcentaje de motivos por los que los usuarios acuden al servicio de urgencias, en muchos casos demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes.

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

La enfermera de triaje debe identificar los signos y síntomas de los pacientes para que sean atendidos de acuerdo a la gravedad de su patología y pacientes que no necesitan de una atención inmediata pero que se encuentran en el área de triaje para que sean atendidos sin importar la situación de pacientes que necesitan de una atención inmediata.

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

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



- Manejar el flujo de pacientes y la congestión en el servicio.
- Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

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

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

Todas estas características de una enfermera de triaje con un modelo ESI, son las que hacen de ésta un profesional experto al que se le ha añadido una herramienta probada y fiable que la ayudará en la asignación de un nivel de prioridad en la atención de un paciente²⁷.

2.10. Funciones de la enfermera de triaje

- Recibir el paciente en el sitio de llegada, realizando una adecuada inmovilización y traslado hasta el área de tratamiento.
- Valorar y clasificar el paciente.
- Ingresar el paciente prioridad I al área de tratamiento.



- Diligenciar en forma completa la historia clínica de Triage.
- Iniciar el contacto con el paciente y la familia e informarles acerca del proceso de atención en el departamento de urgencias. Esta información, idealmente, debe ser complementada con un instructivo para el paciente.
- Mantener comunicación con el personal médico y de enfermería de las áreas de tratamiento para proporcionar información oportuna a los familiares acerca de la evolución de los pacientes.
- Informar y educar a los usuarios sobre la utilización óptima y racional del servicio de Urgencias²⁸.

2.11. Signos Vitales

Los signos vitales llamados también signos cardinales reflejan el estado fisiológico del cuerpo y alteraciones de las funciones normales del organismo; Por lo que deben realizarse mediciones confiables y no como práctica rutinaria ni automática.

Así mismo los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. También los SV son la cuantificación de acciones fisiológicas, como la frecuencia y ritmo cardíaco (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (PA o TA) y la oximetría (OXM), que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico.

Los SV normales cambian de un individuo a otro y en el mismo ser en diferentes momentos del día; pero también por las variables a referenciar más



adelante. Cualquier alteración de los valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido.

También los valores de los SV son buenos indicadores que se rescatan en el traje para los diferentes pacientes y de gran ayuda para reconocer el grado de compromiso y el lapso promedio de espera para la atención médica. Muy útil si se trata de pacientes con traumas o patologías neurológicas, cardiovasculares e infecciosas entre otras, en especial si son agudas y severas. De lo anterior se afirma que los trajes realizados sin tomar los SV, no tienen utilidad porque no reflejan la real urgencia del paciente.

Principales variables que afectan los signos vitales

- **Edad.** El pulso y la frecuencia cardíaca (FC) sufren variaciones normales desde recién nacido hasta la senectud, La FC es mayor en los niños y más baja en el adulto; a estos le toma más tiempo para que la FC se acelere durante el ejercicio y para que se desacelere al iniciar el reposo.
- **Género:** La mujer mayor de 12 años, suele tener el pulso y la respiración más rápidos que los hombres con edades similares. La PA tiende a ser más altas en personas mayores; en los varones jóvenes más que en mujeres; sin embargo, luego de los 50 años, la tendencia se invierte
- **Ejercicio físico:** La velocidad del pulso aumenta con la actividad física. Los atletas mantienen normalmente un estado de bradicardia debido a la mayor fuerza de contracción del corazón (por hipertrofia miocárdica). El ejercicio, aumenta la producción de calor, por la actividad muscular y aumenta temporalmente la FR por aumento del metabolismo.



- **El embarazo** acelera el pulso a medida que avanza la edad gestacional; también apura y superficializa la respiración, en especial al final del mismo y el patrón respiratorio torácico es el predominante, acompañado de una sutil disnea fisiológica. El embarazo, es una condición funcional que afecta mucho la PA, por tal razón se le debe brindar especial atención, ya que son muy cercanas y complejas las condiciones que delimitan lo normal de lo patológico.
- **Estado emocional:** El miedo, la ansiedad y el dolor entre otros, pueden estimular el sistema nervioso simpático (adrenalina y noradrenalina) aumentando la actividad cardíaca y la FR, el metabolismo y la producción de calor. El estrés es un factor importante de la hipertensión arterial (HTA).
- **Hormonas:** En las mujeres, la progesterona secretada durante la ovulación aumenta la Temperatura Corporal (TC). La ovulación aumenta 0.3 a 0.6 ° C por encima de la temperatura basal.
- **Medicamentos:** Algunos medicamentos pueden afectar el pulso; unos lo aumentan (terbutalina, adrenalina) y otros lo disminuyen (propranolol, digital). Otros medicamentos disminuyen la FR (sedantes y relajantes). Siempre se debe indagar por los medicamentos empleados.
- **Fiebre:** Aumenta el pulso compensando la vasodilatación periférica secundaria al ascenso de la temperatura. Cuando hay aumento de la temperatura ambiental y corporal, se acelera la FR.
- **Hemorragias:** La pérdida de sangre mayor de 500 ml (masiva por volumen y/o velocidad de instauración) aumenta el pulso y la FR.

Los signos vitales son los siguientes:

a) Pulso arterial



Es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias; representa el rendimiento del latido cardiaco y la adaptación de las arterias. Así mismo, proporciona información sobre el funcionamiento de la válvula aórtica. El pulso periférico se palpa con facilidad en las muñecas, cuello, cara y pies. Realmente puede palparse en cualquier zona donde una arteria, pueda ser fácilmente comprimida contra una superficie ósea. La velocidad del pulso (latidos por minuto) por lo general corresponde a la frecuencia cardiaca (FC).

Características del pulso

- **Frecuencia:** Es el número de ondas percibidas en un minuto. Los valores normales de la frecuencia cardiaca (FC) varían de acuerdo con la edad.
- **Ritmo:** El ritmo normal es regular. La irregularidad está asociada con trastornos del ritmo como en la fibrilación auricular. El pulso regular con pausas (latidos omitidos) o los latidos adicionales reflejan contracciones ventriculares o auriculares prematuras.
- **Volumen o amplitud:** Es la fuerza de la sangre en cada latido y obedece a la presión diferencial o presión de pulso. Se habla de amplitud normal cuando el pulso es fácilmente palpable, desaparece de manera intermitente y todos los pulsos son simétricos, con elevaciones plenas, fuertes y rápidas. El pulso disminuido, débil, filiforme o hipoquinésico se asocia con disfunción ventricular izquierda, hipovolemia o estenosis aórtica. Por el contrario, el pulso fuerte, rápido ó hiperquinésico (pulso saltón) refleja la eyección rápida del ventrículo izquierdo, como en el caso de la insuficiencia aórtica crónica. La disminución de la amplitud del pulso, incluso hasta desaparecer, se denomina pulso paradójico como en el



derrame pericárdico. Cuando hay irregularidad en el pulso y a pulsaciones fuertes siguen otras débiles, se trata de un pulso alternante; este tipo de pulso se encuentra en casos de acentuada degeneración de la fibra miocárdica y es de mal pronóstico.

- **Elasticidad:** Es la capacidad de expansión o de deformación de la pared arterial bajo la onda pulsátil. Una arteria normal, por lo general, es lisa, suave y recta. La elasticidad refleja el estado de los vasos sanguíneos. Arterias arterioscleróticas son duras propias de la senectud.

Técnica para tomar el pulso arterial

- El paciente debe estar cómodo con la extremidad apoyada o sostenida con la palma hacia arriba.
- Aplique suavemente las yemas de su dedo índice, medio y anular en el punto en que la arteria pasa por encima de hueso (parte externa de la muñeca).
- Cuento los latidos durante 15, 20 ó 30 segundos y multiplique ese valor por 4, 3 ó 2 respectivamente si el pulso es regular. Si el pulso refleja alguna irregularidad, se debe llevar el conteo durante un minuto completo o incluso más.
- Registre e interprete el hallazgo y tome las decisiones pertinentes.

Recomendaciones para la valoración del pulso

- Manos limpias, secas y en lo posible tibias
- Para la toma del dato en condiciones basales ponga en reposo al paciente unos 10 a 15 minutos antes de controlar el pulso.
- Verificar si el paciente ha recibido medicamentos que afectan la frecuencia cardiaca (FC).



- Evite usar el dedo pulgar, porque el latido de este dedo es muy fuerte y se pueden confundir los pulsos del paciente y del examinador.
- No controle el pulso en sitios que presenten dolor, heridas, hemorragias o fístulas arteriovenosas.
- Comprima suavemente la arteria para no hacer desaparecer totalmente el pulso.
- El pulso cardíaco apical y los tonos cardíacos, se valoran mediante auscultación con el fonendoscopio en el adulto y con palpación en el niño.
- Palpar cada pulso en forma individual y evaluar sus características y en forma simultánea para detectar cambios en la sincronización y la amplitud. Comparar los pulsos de las extremidades del mismo lado y del contralateral con el fin de detectar variaciones. Los pulsos asimétricos y/o desiguales sugieren oclusión arterial.

Sitios para tomar el pulso

Pulso temporal (arteria temporal), pulso carotideo (arteria carótida), pulso braquial (arteria humeral), pulso radial (arteria radial), pulso femoral (arteria femoral), pulso poplíteo (arteria poplíteo), pulso pedio (arteria pedía), pulso tibial (arteria tibial posterior) y pulso apical (en el ápex cardíaco), como los más comúnmente empleados.

b) Temperatura corporal (TC)

La temperatura corporal (TC) se define como el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis) por el organismo.

Factores que afectan la termogénesis:



- Tasa metabólica basal
- Actividad muscular
- Adrenalina, noradrenalina y estimulación simpática
- Producción de tiroxina.

Factores que afectan la termólisis:

- Conducción
- Convección
- Evaporación.

El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la TC sobrepasa el nivel normal se activan mecanismos como la vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. Si por el contrario, la TC cae por debajo del nivel normal se activan otros procesos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que producen los escalofríos y generan calor.

La TC normal, de acuerdo a la Asociación Médica Americana, oscila entre $36,5^{\circ}$ y $37,2^{\circ}$ C.

Alteraciones en la temperatura corporal

La temperatura del cuerpo puede ser anormal debido a la fiebre (temperatura alta) o a la hipotermia (temperatura baja). De acuerdo con la Asociación Médica Americana, se considera que hay fiebre cuando la TC es mayor de 37° C en la boca o de $37,7^{\circ}$ C en el recto. La hipotermia se define como una disminución de la TC por debajo de los 35° C.



Hallazgos anormales

- **Pirexia ó hipertermia:** TC por encima del límite superior normal (38° C). Se acompaña de aumento de la FC, escalofríos, piel rubicunda y malestar general. Suele indicar que existe algún proceso anormal en el cuerpo. La gravedad de una condición no se refleja necesariamente en el grado de fiebre. Es así como una gripa puede causar fiebre de 40° C, mientras que una persona con neumonía puede tener una fiebre baja ó incluso no tenerla.
- **Hipotermia:** TC por debajo del límite inferior normal (35.5° C). Favorecida por la inadecuada producción de calor.

Sitios para la toma de la temperatura corporal

La TC se puede controlar en varias zonas: bucal, axilar, óptica, inguinal y rectal. También en la piel de la frente, cuando se emplean termómetros de contacto.

c) Frecuencia respiratoria (FR), respiración

El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración. La frecuencia respiratoria (FR) es el número de veces que una persona respira por minuto. Suele medirse cuando la persona está en reposo (y sin tener conciencia de estar haciéndolo) y consiste en contar el número de respiraciones durante un minuto visualizando las veces que se eleva el tórax. La FR puede aumentar con la fiebre y otras condiciones médicas. Cuando se miden las respiraciones, es importante tener en cuenta también si la persona tiene dificultad para respirar.



La FR normal de un adulto que esté en reposo oscila entre 15 y 20 ciclos por minuto. Cuando la FR en reposo es mayor de 25 respiraciones por minuto es menor de 12, podría considerarse anormal.

Técnica para valorar la frecuencia respiratoria

- Lo más cómodo posible y sin alertar al paciente mire y cuente los movimientos torácicos.
- Cuente durante 30" y multiplique este valor por 2 si la respiración es regular. Controle durante 1 minuto o más tiempo si es necesario, en pacientes con respiración irregular.
- Registre el dato, interprete y actúe según el hallazgo.
- Existe también el método auscultatorio y palpatorio (o combinando la inspección, la palpación y la auscultación).

Alteraciones de la frecuencia respiratoria

- **Bradipnea:** Es la lentitud en el ritmo respiratorio con una FR inferior a 12 respiraciones por minuto. Se puede encontrar en pacientes con alteración neurológica o electrolítica, infección respiratoria o pleuritis.
- **Taquipnea:** FR persistentemente superior a 20 respiraciones por minuto; es una respiración superficial y rápida. Se observa en pacientes ansiosos, con dolor por fractura costal o pleuritis, en el ejercicio y afecciones del SNC.
- **Apnea:** Es la ausencia de movimientos respiratorios. Por lo general es una condición grave.
- **Disnea:** Sensación subjetiva del paciente de esfuerzo para respirar. Puede ser inspiratoria, espiratoria o en las 2 fases. La disnea inspiratoria se presenta por



obstrucción parcial de la vía aérea superior y se acompaña de tirajes, suele ser la que acompaña a los procesos agudos. La disnea espiratoria se asocia con estrechez de la luz de los bronquiolos y la espiración es prolongada como en los pacientes con asma bronquial y enfisema pulmonar, es más relacionada con afecciones crónicas.

- **Tirajes:** Indican obstrucción a la inspiración; los músculos accesorios de la inspiración se activan y crea mayor tracción de la pared torácica.
- **Ortopnea:** Es la incapacidad de respirar cómodamente en posición de decúbito.
- **Alteraciones del patrón y ritmo respiratorio.** Son indicativas de severo compromiso del paciente. a. Respiración de Kussmaul: FR mayor de 20 por minuto, profunda, suspirante y sin pausas. Se presenta en pacientes con Insuficiencia renal y Acidosis metabólica. b. Respiración de Cheyne-Stokes: hiperpnea que se combina con intervalos de apnea. En niños este patrón puede ser normal. En adultos, se presenta en lesión bilateral de los hemisferios cerebrales, ganglios basales, bulbo, protuberancia y cerebelo. c. Respiración de Biot: Se caracteriza por extrema irregularidad en la frecuencia, el ritmo y la profundidad de las respiraciones. Se presentan periodos de apnea. Se observa en meningitis y otras lesiones neurológicas graves⁵.

d) **Presión o tensión arterial (PA o TA)**

La presión arterial resulta de la fuerza ejercida por la columna de sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La fuerza de la sangre contra la pared arterial es la presión sanguínea y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es la tensión arterial. Estas dos fuerzas son contrarias y equivalentes. La presión sistólica es la presión de la sangre debida a la contracción de los



ventrículos y la presión diastólica es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan.

La presión arterial media (PAM) se calcula con la siguiente fórmula: presión sistólica + 2 veces la presión diastólica / 3, siendo lo normal una cifra menor de 95 mmHg. La PA está determinada por el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica; por ello la PA refleja tanto el volumen de eyección de la sangre como la elasticidad de las paredes arteriales. Se cuantifica por medio de un manómetro de columna de mercurio o aneroide (tensiómetro), sus valores se registran en milímetros de mercurio (mm/Hg).

Un correcto control de la PA permite clasificar a las personas en normotensas (PA normal), hipotensas (PA baja) o hipertensas (PA alta). El punto de demarcación entre normalidad y anormalidad es convencional.

Técnica para la toma de la presión arterial

- Idealmente el paciente debe estar descansado, acostado o sentado. Ubicar el brazo apoyado en su cama ó mesa en posición supina.
- Colocar el tensiómetro en una mesa cercana, de manera que la escala sea visible.
- Fijar el brazaletes alrededor del brazo, previa selección del manguito de tamaño adecuado (niño, adulto, obesos o extremadamente delgados) con el borde inferior 2.5 cm. por encima de la articulación del codo, altura que corresponda a la del corazón, evitando excesiva presión del brazo.
- Palpe la arteria radial, insufla en forma continua y rápida hasta el nivel que deje de percibir el pulso: esto equivale a presión sistólica palpatoria.



- Desinflen totalmente el manguito en forma rápida y continua. Espere 30'' antes de re insuflar.
- Colocar el estetoscopio en posición de uso, en los oídos con las olivas hacia delante.
- Con las puntas de los dedos medio e índice, localizar la pulsación más fuerte, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que éste no quede por abajo del brazalete, sólo que toque la piel sin presionar. Sostener la perilla de goma con la otra mano y cerrar la válvula.
- Mantener el estetoscopio sobre la arteria. Realizar la acción de bombeo con la perilla, e insuflar continua y rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve 20 o 30 mmHg por arriba del nivel de la presión sistólica palpatoria.
- Aflojar cuidadosamente la válvula y dejar que el aire escape lentamente (2 a 4 mmHg por segundo). Escuchar con atención el primer latido claro y rítmico. Observar el nivel de la escala de Hg y hacer la lectura. Esta cifra es la presión sistólica auscultatoria.
- Siga abriendo la válvula para que el aire escape lentamente y mantener la mirada fija en la columna de mercurio. Escuchar cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este último sonido claro es la presión diastólica auscultatoria. Abrir completamente la válvula, dejando escapar todo el aire del brazalete y retirarlo.
- Repetir el procedimiento para confirmar los valores obtenidos ó bien para aclarar dudas.
- Registrar las anotaciones correspondientes y tomar las conductas pertinentes a los hallazgos.



Alteraciones de la presión arterial

Para clasificar un individuo en una categoría, se debe promediar al menos dos mediciones de PA tomadas en dos o más controles sucesivos, distintos al control inicial. Cuando el nivel de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) corresponde a categorías distintas, se debe clasificar en la categoría más alta. Ejemplos: 160/85 mmHg y 130/105 mmHg, corresponden a un estadio II.

- **Hipertensión arterial (HTA):** Elevación de la presión vascular sanguínea. Es la PA anormalmente por encima de 140 mmHg para la PAS o de 100 mmHg para la PAD en varias tomas.
- **Hipotensión arterial:** Tensión o presión baja en la sangre. Es una PA anormal baja, por debajo de 100 mmHg de la PAS y 50 mmHg de la PAD. Esta condición puede no ser tan molesta como la hipertensión, a pesar de producir mareos, debilidad, lipotimia, somnolencia y malestar inespecífico asociado a disminución del gasto cardiaco. La hipotensión postural: disminución de la PAS >15 mmHg y caída de la PAD y se caracteriza por mareo y síncope, que afecta más al anciano. Se diagnostica midiendo primero la PA sanguínea en decúbito supino y repitiendo la medición con el paciente de pie.

Para las personas con HTA, la supervisión en casa permite al médico controlar hasta qué punto la presión de su sangre cambia durante el día o de un día para otro. También puede servirle a su médico para saber si los medicamentos para la presión están funcionando de forma adecuada.



Sitios para la toma de la presión arterial

Arteria braquial o humeral, arteria femoral, arteria poplítea y arteria tibial como las más asequibles.

e) Oximetría

De la mano de una adecuada función respiratoria y circulatoria, ha ganado espacio la oximetría (OXM) que se basa en los principios fisiológicos de que la hemoglobina oxigenada y desoxigenada tiene diferente espectro de absorción. La hemoglobina desoxigenada absorbe más luz en la banda roja (600 a 750 nm) y la oxigenada absorbe más luz en la banda infrarroja (850 a 1000 nm). La prueba del oxímetro emite luz a diferentes longitudes de onda, abarcando los dos espectros nombrados, la cual se transmite a través de la piel y es medida por un foto detector; de acuerdo con el radio de la absorbancia de la luz, se correlaciona con la proporción de hemoglobina saturada y de saturada en el tejido. Se considera que aproximadamente una saturación periférica de oxígeno (SpO_2) de 85% corresponde a una presión arterial de oxígeno (PaO_2) mayor de 50 mmHg. Los valores mínimo y máximo normal de saturación medida por oximetría de pulso durante la respiración regular de los recién nacidos (RN) de término a nivel del mar son de 97 a 100% y en los RN pre término de 95 a 100%. Estas características las convierten (FR y OXM) indispensables en la valoración de pacientes con enfermedades agudas y crónicas (sepsis, traumatismos, hemorragias, posoperatorios, estados dolorosos, convulsiones, EPOC, asma, cardiopatías incluidas las coronariopatías, etc.).



Características de la oximetría Se utiliza en la clínica desde 1984. Da una confiabilidad del oxímetro de pulso de acuerdo con una sensibilidad de 100% con especificidad baja, ambas para detectar PaO₂ mayor de 90 mmHg. El oxímetro calcula para cada longitud de onda la diferencia entre la luz emitida y la recibida, indicándonos la cantidad de luz que ha absorbido la sangre pulsátil.

Este dato sirve para calcular la rata de oxihemoglobina y des oxihemoglobina en circulación o lo que es lo mismo, la saturación de la hemoglobina, mediante la siguiente fórmula: $SaO_2 = HbO_2 / (HbO_2 + Hb)$. HbO₂ es la hemoglobina oxigenada y Hb es la desoxigenada.

Técnica para tomar la oximetría

La técnica suele ser muy simple: Se precisa de un aparato de pulsioximetría, que dispone de un sensor en forma de pinza en la que se aloja un productor de luz que se refleja en la piel del pulpejo del dedo para estimar la cantidad de la oxihemoglobina circulante en el paciente que depende de la luz absorbida por ella.

Se debe masajear el pulpejo del dedo del paciente, luego se coloca el sensor y se espera recibir la información.

Brinda varios datos:

- Índice de saturación de oxígeno,
- Frecuencia cardiaca y
- Curva del pulso.

Alteraciones de la oximetría



Detecta pacientes normo saturados (mayor de 95%) o con de saturación leve (saturación entre 93 y 95%), moderada (saturación entre 88 y 92%) y grave (saturación entre menor de 88%).

Sitios para tomar la oximetría

Una parte del cuerpo cuya piel sea “traslúcida” y con buen flujo sanguíneo como los dedos de la mano o del pie y el lóbulo de la oreja⁷.



III. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS

3.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS

Se realizó una búsqueda de investigaciones con las siguientes palabras clave, triaje, emergencia, urgencia, hospitales.

Diversos estudios se realizaron acerca de factores que predisponen el triaje en cuanto a sus características y factores asociados, encontrándose publicaciones a nivel, nacional e internacional los cuales nos muestran datos estadísticos importantes sobre este tema.

3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

Antecedentes Internacionales.

Vargas R.G, González V.M. en su tesis Comparación de Parámetros de Atención en una Escala de Triage de 5 Niveles con los parámetros estándar, Colombia-2015, tuvo como objetivo comparar los parámetros de atención por niveles de triaje de la escala de severidad ESI versión 4.0 de la Fundación Santa Fé de Bogotá con los parámetros estándar de la guía ESI 4.0 como medida de calidad de la atención en urgencias para evaluar su implementación. Se trata de un estudio observacional analítico de corte transversal. Se incluyeron 385 pacientes aleatorizados por nivel de atención. Se tomaron datos demográficos y variables como consumo de recursos y destino del paciente para su descripción y análisis; los resultados fueron que el promedio de edad fue 44.9 años IC95%42.9–46.9, el 54.5% fueron mujeres. Se encontró un tiempo promedio de espera para nivel 1 de 1.39 min, para el nivel 2 de 22.9 min 2, para el nivel 3 de 41.9 min, para el nivel 4 de 56.9 min y para el nivel 5 de 52.1 min. El tiempo promedio de



estancia en urgencias fue 5.9 horas y el 78.9% consumió recursos. Al comparar los tiempos con estándares mundiales en el nivel 1, 2 y 3 son significativamente mayores ($P < 0,05$), en el nivel 4 es similar ($p = 0,51$) y en el nivel 5 es significativamente menor ($p = 0,00$). Se concluye que la aplicación de la ESI 4.0, muestra un impacto positivo en la oportunidad de atención a los pacientes, en todos los niveles de atención²⁹.

Muñoz S.E en su tesis denominada Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia realizado en España-2015 la cual tiene por objetivo conocer los tiempos de espera de los pacientes, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Palencia; observar si los pacientes que demandan atención urgente acuden por orden facultativa o por iniciativa propia y determinar las características socio demográficas de los pacientes que acuden al Servicio. Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, teniendo una muestra total a 889 casos, la edad media fue de 51 años y el 51,3% fueron mujeres. Los pacientes entre 81 y 90 años asistieron con más asiduidad al Servicio. La frecuencia resultó mayor en el turno matutino, existiendo una hora de máxima atención a las 12 de la mañana y siendo el lunes el día de mayor afluencia; 366 pacientes fueron triados con un nivel III de urgencia (41,2%) y 512 casos (57,6%) acudieron al Servicio por orden facultativa; 231 casos requirieron hospitalización (26%). El tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el triaje, fue de 8 minutos. El tiempo de espera desde la clasificación a la atención médica, fue superior al protocolizado en cada nivel de urgencia. Concluyendo que el porcentaje de pacientes que acude por orden facultativa es elevado, a pesar de ello, un alto porcentaje podría haber sido tratado en niveles asistenciales primarios para evitar el colapso en este Servicio³⁰.



Martin M. realizó un estudio con el objetivo de verificar el número de pacientes que no le dan el uso adecuado al SUH, así como evaluar el cumplimiento de criterios de calidad en cuanto al tiempo de espera desde el registro de los pacientes hasta la atención de los mismos. El estudio fue observacional, descriptivo y transversal, se seleccionaron 406 casos. Los resultados demostraron que un 76% son pacientes que acuden a petición propia u orden facultativa y son clasificados con niveles de triaje de I, II o III. En cuanto al tiempo de espera de 0 a 10 minutos fueron atendidos 266 personas (65%), de 10 a 20 minutos 81 personas (20%), más de 20 minutos 59 personas (15%). El estudio concluye que la asistencia en los servicios de urgencias inadecuadas y están asociadas a factores locales y poblacionales; además, un porcentaje considerable de pacientes son atendidos pasado el tiempo de espera establecido por el nivel de prioridad del triaje³¹.

Castelo W. realizó un estudio descriptivo de corte transversal conformado por 382 pacientes, a quienes se le aplicó una encuesta para conocer y evaluar la satisfacción de los pacientes. Aquí coinciden con otros estudios en el sentido de que el personal de enfermería establece vínculos más estrechos con los pacientes y sus familiares. En cuanto al tiempo de espera para la atención fue de 16 minutos aproximadamente, el cual coincide con los valores de la OMS³².

Antecedentes Nacionales

Carrasco J. realizó un estudio para evaluar la atención en el servicio de emergencia en función a la implementación de un sistema de triaje, el cual considera 5 niveles de priorización de atención. Así mismo separo a los pacientes en dos grupos, un grupo se ordenó en forma de llegada de los usuarios al servicio y el segundo grupo según



el nivel de prioridad. El resultado fue a favor de la aplicación del sistema de triaje dado que se demostró mayor fluidez de atención y optimización del tiempo para ser atendidos³³.

Pinedo C. realizó un trabajo de investigación que tuvo como finalidad identificar los factores que influyen en el tiempo de espera de los pacientes. El estudio fue descriptivo observacional. El estudio concluye en que el personal de enfermería que aplica el protocolo ordenado y sistematizado de triaje, brinda un servicio de calidad, generando mayor satisfacción para los pacientes³⁴.

Castillo Z. y otros desarrolló un estudio cuya finalidad fue determinar la prevalencias de las de las consultas atendidas. La metodología empleada fue de tipo cuantitativo, descriptivo no experimental, empleando un muestreo no probabilístico. Además estableció los porcentajes de prioridades según nivel de gravedad. El porcentaje de mujeres fue mayor que el de los hombres. Concluyo que había un porcentaje significativo de pacientes con patologías comunes que podrían tratarse fácilmente en centros de salud más cercano, este hecho es lo que aumentaba la afluencia de usuarios a los servicios³⁵.

El presente estudio ha tenido por finalidad evaluar el resultado de la aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en el servicio de emergencia del Hospital III Chimbote –Es Salud. Noviembre del 2008 a Setiembre del 2009. Por ello, se estudiaron 600 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, la información fue recogida empleando una ficha especialmente diseñada para el estudio. Así mismo, la recolección de datos estuvo a cargo del médico de turno en triaje. Se obtuvo los siguientes resultados: La media de edad fue de 58.02 años, siendo más frecuentes los pacientes mayores de 70 años, en donde el 58.67% fueron del sexo



masculino y el 41.33% del sexo femenino; que tuvieron como antecedentes comunes la hipertensión arterial y diabetes mellitus. El medio de arribo al hospital fue caminando, siendo los motivos de consulta más frecuentes síndrome de dolor abdominal y enfermedad gastrointestinal aguda. La toma de funciones vitales fue en su mayoría. (70%) incompletas .El tiempo promedio de duración del triaje médico por paciente fue de 3.48 minutos. y el tiempo promedio de espera del paciente que pasó triaje para ser evaluado por el médico de tópico fue de 58.69 Minutos, teniendo como máxima espera a más de 180 minutos; Por otro lado se ha visto que la clasificación del médico de triaje concuerda con la revaloración de la clasificación del médico de tópico en las prioridades I y III Con respecto a la prioridad II y IV hay mucha diferencia entre la valoración de ambos médicos. Dentro de las deserciones, fueron 12 los pacientes que se clasificaron en el triaje, pero que no esperaron a ser atendidos por el médico de tópico. Se concluye; que existe la necesidad de implementar en el Hospital III de Chimbote- Es Salud el sistema de triaje de V niveles las 24 horas del día, con recurso humano capacitado lo cual permita brindar una atención de calidad e Implementar un sistema informático de registro del triaje de V niveles que permita monitorizar, evaluar cuantificar el número de deserciones de pacientes³⁶.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En la presente monografía se aplicó el tipo de investigación cuantitativa descriptiva, porque permitió determinar el triaje en el servicio de emergencia del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno.

Transversal: porque permitió obtener la información en momento determinado.



3.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población y muestra estuvo conformada por 3312 pacientes atendidos en el servicio de emergencia (triaje), los que fueron registrados en libro de ingresos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno de enero a junio 2019.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Se aplicó la revisión documental

Instrumento: se utilizó es la guía de recolección de datos.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

De la **coordinación** se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó autorización al jefe del Establecimiento de Salud.

De la **Ejecución**

- Realizados los trámites administrativos y coordinaciones pertinentes,
- Se revisó toda la información del libro de ingresos al servicio de emergencias.
- La aplicación de la guía de observación se realizó de manera individual aproximadamente en 10 minutos por paciente.

3.7. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los métodos para el procesamiento de los datos recolectados se realizaron en base a la estadística descriptiva porcentual.

Se inició primeramente con el conteo, codificación y calificación del instrumento según la categoría, posteriormente los datos obtenidos se procesaron, se elaboraron tablas y cuadros estadísticos, teniendo en cuenta la variable y los objetivos y finalmente la interpretación de resultados.

IV. ANALISIS Y DISCUSION

CUADRO N ° 01

ATENCION DE TRIAJE SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, PUNO 2019

Tabla 1 ATENCION DE TRIAJE SEGUN SEXO

SEXO	N°	%
Masculino	1639	49
Femenino	1673	51
TOTAL	3312	100

Fuente: Libro de registro de emergencia HMNB-Puno 2019

En el presente cuadro se observa de un total de 100% (3312) de pacientes que acudieron al servicio de emergencia el porcentaje más alto fueron de sexo femenino 51% (1673), seguido de sexo masculino 49% (1639)

Los resultados son similares al estudio de Jiménez Z. Rojas L. donde concluye que el porcentaje de mujeres fue mayor que el de los hombres. Así mismo Vargas R.G, González V.M. en su tesis comparación de parámetros de atención en una escala de triaje de 5 Niveles el 54.5% fueron mujeres.

El servicio de emergencia puede ser considerado como el cuidado de la salud más complejo, con una demanda de mayor servicio a su capacidad de absorción. Con este aumento de la demanda, se puede ver el desequilibrio entre la oferta y la demanda de atención en estos servicios, por lo que la reorganización del proceso de trabajo es fundamental. Por otra parte, la acción debe ser conjunta con un sistema de



reglamentación con referencia y contra-referencia, centrada en la atención ambulatoria y clasificación dentro del entorno hospitalario, proporcionando sitios de seguimiento.

La mujer mayor de 12 años, suele tener el pulso y la respiración más rápidos que los hombres con edades similares. La PA tiende a ser más altas en personas mayores; en los varones jóvenes más que en mujeres; sin embargo, luego de los 50 años, la tendencia se invierte.

En cuanto a los resultados de los pacientes en el estudio asisten con más predominio las mujeres luego los hombres, muchas veces acuden pacientes con patologías comunes que podrían tratarse fácilmente en centros de salud más cercano, este hecho es lo que aumentaba la afluencia de usuario al servicio.



CUADRO N ° 02

ATENCIÓN DE TRIAJE SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, PUNO 2019

Tabla 2 ATENCION DE TRIAJE SEGUN EDAD

EDAD	N°	%
0 - 25 Años	510	15
26 – 59 Años	2488	75
60 - + Años	314	10
TOTAL	3312	100

Fuente: Libro de registro de emergencia HMNB-Puno 2019

En el presente cuadro se observa de un total de 100% (3312) de pacientes que acudieron al servicio de emergencia el porcentaje más alto fueron pacientes de entre 26 – 59 años 75% (2488), seguido de 0 – 25 años 15% (510) y en menor porcentaje 60 a más años 10% (314).

Resultado similar al estudio de Núñez y Flores cuyo promedio de edad fue de 48.5 años, lo cual tiene relación con mayor prevalencia de enfermedades crónicas en este rango de edad. Así mismo Muñoz S.E Encontró que la edad media fue de 51 años y el 51,3% fueron mujeres. Otro estudio de Anthauer C. y Col. concluye que la labor del personal de enfermería es vital a la hora de la aplicación del sistema de triaje. Brindando de esta manera un servicio de calidad produciendo satisfacción de los pacientes.

El recibimiento del paciente en el servicio de emergencia debe ser realizado por un protocolo de clasificación de riesgo, con el objetivo de dar prioridad a la atención de acuerdo a la gravedad del caso. Entre los protocolos de clasificación de riesgo existentes,



se destaca el sistema de triaje Manchester (STM), creado en Inglaterra, que determina el nivel de urgencia de cada paciente.

Los resultados muestran que los pacientes que acudieron al servicio de emergencia predominaron pacientes de 26 – 59, algunos de ellos son las principales víctimas de trauma como velocidad excesiva, maniobras arriesgadas, violencia y consumo de alcohol. Para prevenir la ocurrencia de eventos traumáticos, disminuir la gravedad de las ocurrencias, la ocupación de camas hospitalarias y los índices de años perdidos e incapacitados, principalmente en la población joven, se debe invertir en estrategias de control de peligros y riesgos, utilizando medidas sistemáticas de promoción de la salud y prevención.

CUADRO N ° 03

ATENCION DE TRIAJE SEGÚN SIGNOS VITALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, PUNO 2019

Tabla 3 ATENCION DE TRIAJE SEGUN SIGNOS VITALES

SIGNOS VITALES	N°	%
COMPLETAS	2488	75
IMCOMPLETAS	834	25
TOTAL	3312	100

Fuente: Libro de registro de emergencia HMNB-Puno 2019

En el presente cuadro se observa de un total de 100% (3312) de pacientes que acudieron al servicio de emergencia a los que se les tomo signos vitales completos 75% (2488), y en menor porcentaje fueron signos vitales incompletos 25% (834).

Resultado no es similar al estudio de Vélchez Zapata, C. A. Ya que en su estudio la toma de funciones vitales fue en su mayoría (70%) incompletas.

Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Por lo que es imperativo, que los médicos revisen acuciosamente estas medidas. Apoyados en las nuevas tecnologías, se detectan fácilmente las alteraciones en los SV que demandan del médico intervenciones propias y oportunas.

Los SV son la cuantificación de acciones fisiológicas, como la frecuencia y ritmo cardíaco (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (PA o TA) y la oximetría (OXM), que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cualquier alteración de los valores normales,



orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido.

Los signos vitales constituyen una actividad esencial en la práctica de enfermería ya que reflejan el estado de salud del usuario.

Los resultados muestran que en más de la mitad de los pacientes se controlan los signos vitales completos, los que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón y pulmones) los que se constituyen de gran ayuda para reconocer el grado de compromiso, así mismo en menor cantidad los signos vitales son controlados incompletos, lo cual estaría reflejando una regular atención de calidad

CUADRO N ° 04

ATENCION DE TRIAJE SEGÚN NIVELES DE PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, PUNO 2019

Tabla 4 ATENCION DE TRIAJE SEGUN NIVELES DE PRIORIDAD

NIVEL	Nº	%
Prioridad I	2040	62
Prioridad II	1090	33
Prioridad III	182	05
Prioridad IV	-----	-----
TOTAL	3312	100

Fuente: Libro de registro de emergencia HMNB-Puno 2019

En el presente cuadro se observa de un total de 100% (3312) de pacientes que acudieron al servicio de emergencia el porcentaje más alto fueron los de nivel I 62% (2040), seguido del nivel II 33% (1090), y en menor porcentaje el nivel III 05% (182), mas no se reportó casos en el nivel IV.

Los resultados del presente estudio difieren de los que encontró Muñoz S.E en España 366 pacientes fueron triados con un nivel III de urgencia (41,2%), podría atribuirse por tratarse de otro contexto.

El recibimiento del paciente en el servicio de emergencia debe ser realizado por un protocolo de clasificación de riesgo, con el objetivo de dar prioridad a la atención de acuerdo a la gravedad del caso. Entre los protocolos de clasificación de riesgo existentes, se destaca el sistema de triaje Manchester (STM), creado en Inglaterra, que determina el nivel de urgencia de cada paciente.



El enfermero responsable de la clasificación selecciona el diagrama de flujo más adecuado para la queja principal, la historia clínica y los signos y síntomas que presenta el paciente, se encuentra un discriminador y el paciente se clasifica en categorías. El sistema sugiere que el personal de enfermería debe ser el responsable de adelantar este proceso de clasificación; esta debe ser iniciada dentro de los diez primeros minutos posteriores al arribo del paciente.

Los resultados muestran que más de la mitad de los pacientes se clasifican en el nivel I los que representan una prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora, seguido del nivel II donde los pacientes están en situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso y finalmente en nivel III los que ingresan con procesos agudos, no críticos y estables hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.

CUADRO N ° 05

ATENCIÓN DE TRIAJE SEGÚN EL TIEMPO DE ESPERA QUE PASO PARA SER EVALUADO POR EL MEDICO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, PUNO 2019

TIEMPO DE ESPERA	N°	%
< 15 min	2040	62
16 – 30 min	1090	33
31 – 45 min	182	05
> 46 min	-----	
	3312	100

Fuente: Libro de registro de emergencia HMNB-Puno 2019

En el presente cuadro se observa de un total de 100% (3312) de pacientes que acudieron al servicio de emergencia el porcentaje más alto fueron atendidos en < 15 min 62%, seguido de 6 – 30min 33% (1090), en menor grado 31 – 45 min 05 (182), mas no se reportaron pacientes con atención a > 46 min

Resultados similares a Martin M. En cuanto al tiempo de espera de 0 a 10 minutos fueron atendidos 266 personas (65%), de 10 a 20 minutos 81 personas (20%), más de 20 minutos 59 personas (15%). Así mismo Castelo W. realizó un estudio descriptivo de corte transversal conformado por 382 pacientes, a quienes se le aplicó una encuesta para conocer y evaluar la satisfacción de los pacientes. Aquí coinciden con otros estudios en el sentido de que el personal de enfermería establece vínculos más estrechos con los pacientes y sus familiares. En cuanto al tiempo de espera para la atención fue de 16 minutos aproximadamente, el cual coincide con los valores de la OMS.



El tiempo de espera también se puede considerar como un indicador de la calidad de atención que se brinda. En otras palabras refleja de algún modo el grado de satisfacción que tienen los pacientes al momento de acudir al servicio de emergencia. Sin embargo el grado de satisfacción no solo depende del tiempo de espera del paciente si no también el lugar y de la forma que tiene que esperar hasta que sea atendido, es decir influye también las condiciones ambientales, estructura adecuadas para la espera de pacientes, ambientes con la menor perturbación posible de ruidos molestos u otro factores que incomode la estadía momentánea del paciente.

Los resultados muestran que la atención en emergencias en más de la mitad es menor de 15 minutos, así mismo un porcentaje considerable la atención oscila entre 16 a 30 minutos y en un mínimo porcentaje de 31 a 45 minutos, considerándose que los tiempos de espera en los servicios de emergencia se asocian con importantes riesgos para los pacientes, los mismos que se deben evaluar para así mejorar la calidad y controlar la eficiencia.



V. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó respecto a la atención de triaje en el servicio de emergencia del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno, son:

- La atención de triaje según sexo más de la mitad son femeninos, seguido de sexo masculino.
- La atención de triaje según edad más de la mitad son pacientes de 26 – 59 años, seguido de 0 – 25 años y en menor porcentaje de 60 a más años.
- La atención de triaje según el control de signos vitales las tres cuartas partes del porcentaje se realizaron completos, seguido de una cuarta parte de incompletos.
- Según niveles de prioridad más de la mitad fueron los de nivel I, seguido del nivel II y en menor porcentaje de nivel III, mas no se reportó casos en el nivel IV.
- La atención de triaje según tiempo de espera más de la mitad fueron atendidos en < 15 min, seguido de 16 – 30min, en porcentaje, en mínimo cantidad de 31 – 45 minutos.



VI. RECOMENDACIONES

Considerando los hallazgos de la presente monografía se presentan las siguientes recomendaciones:

- Coordinar con la jefa del servicio de emergencia para Implementar equipos de última tecnología y disminuir la mortalidad adecuadamente en el área de triaje en los servicios de Emergencia.
- Se sugiere que profesional de enfermería casi en su totalidad debe ser especialista en Emergencias, para optimizar el cumplimiento de sus funciones como: clasificación de pacientes de acuerdo a la gravedad de su patología..
- Coordinar con la unidad de gestión de la calidad para acortar el tiempo de espera y disminuir la mortalidad, las secuelas y los costos de atención, haciendo más eficiente la atención incrementando especialistas capacitados en emergencias.
- El paciente debe ser atendido por el profesional de enfermería especialista capacitado en emergencias para que sea clasificado correctamente de acuerdo a los niveles de gravedad y de su patología.
- Implementar un sistema informático de registro del triaje, que permita monitorizar, evaluar y hacer estudios posteriores que estos se vienen realizando en forma manual dando lugar a sub registros.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática– https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf
2. Morales-Soto N. Algunas consideraciones para la organización de servicios de salud para emergencias y desastres. *An Fac med.* 2001; 62(1):44-55.
3. Pereda J, Díaz I, Pereda R, Sosa A. "Filtro sanitario" en las urgencias médicas. Un problema a reajustar *Rev Cubana Med* 2001;40(3):181-188
4. Núñez Rocha G, Flores Guerrero F, et al, ¿Tiempos de espera? Triage. Una alternativa en el departamento de emergencias. *Revista de Investigación clínica / Vol. 56, No 3/ Mayo – Junio, 2004/ pp 314 – 320.*
5. Berdud Godoy I, Martín-Malo A, Jiménez Murillo L, Aljama García P. En: *Medicina de urgencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 2ª ed.* Córdoba. Hospital universitario Reina Sofía. 2000. 453-460.
6. Organización Panamericana de la Salud. “Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias”. Washington, D. C.: OPS, © 2011. 60 págs. Disponible en versión electrónica el 04.01.2017 en http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf.
7. Iserson, K. V., y Moskop, J. C. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Annals of Emergency medicine*, 49(3), 275-281, 2007. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>.
8. Weinerman, E. R.; Rutzen, S. R.; and Pearson, D. A. Effects of Medical “Triage” in Hospital Emergency Service. *Pub. Health Rep.* 80:389-399 (May), 1965.



9. The Science of Triage. Beveridge B, Kelly AM, Richardson D, Wuerz R. San Francisco SAEM Conference 2000. Información disponible en: <http://www.saem.org/download/kelly.pdf>.
10. Australasian College for Emergency Medicine. Policy Document - The Australasian Triage Scale in Emergency Departments. November 2000. Información disponible en: <http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triageguide.htm>.
11. Gonzales G. ucm. [Online]; 2011 [cited 2015 Octubre 7. Available from: <http://eprints.ucm.es/33692/1/T33396.pdf>.
12. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33(Supl.1):55-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>.
13. Rodríguez AJ, Peláez MN, Jiménez LR, editores. Manual de triaje prehospitalario. 4a ed. España: Elsevier; 2008. p. 7.
14. Bezem J, Theunissen M, Kamphuis M, Numans ME, Buitendijk SE, Kocken P. A Novel Triage Approach to Identifying Health Concerns. Pediatrics. 2016 March; 137(3).
15. Joseph Gómez Jiménez. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias 2003;15:165-174
16. S.E.M.E.S (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) Actitud integral en urgencias. [Citado en 15 de Noviembre del 2000]. Disponible en URL: http://www.semes.org/web_institucional/la_semes/semes_institucional.htm



17. Gómez Jiménez J, Becerra O, Boneu F, Burgués L, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac Sanit.* 2006; 20(1):40-46. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v20n1/original4.pdf>.
18. Gutierrez Estepa FM, Lanzas Jiménez J, Aragón Martínez G, Osuna Esbrí C, Ortega Deballón IM. Generalidades. En: formación continuada LOGOSS. Cuidados de enfermería en urgencias y emergencias. LOGOSS; 2009: 69-124.
19. Gómez, J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *emergencias*, 15, 165-74. 2003.
20. González A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. In *emergencias Ad*, editor. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Madrid: Jiménez, Agustín; 2014. p. 12
21. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33(Supl.1):55-68. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>.
22. Galbán L. Enfermería. [Online]; 2015 [cited 2016 Noviembre 5. Available from: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/14730/TFG_Enfermaria_V%C3%A1zquez_Galb%C3%A1n_Laura.pdf.pdf?sequence=2
23. Serrano A.dspace.[Online]; 2014 [cited 2016 Octubre 12. Available from: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1.
24. 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
25. Morocco E. Calidad de atención de enfermería desde la percepción del paciente adulto y adulto mayor, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón [tesis].Puno: Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermeria.2017.
26. Bravo N. sap.org.ar. [Online]; 2012 [cited 2016 Noviembre 12. Available from: <http://201.216.215.171/www3.sap.org.ar/descargas/conarpe2013/presentaciones/bravo.triage.pdf>. Lopez, J., Montiel, M., y Licona, R. (2006). Triage en el servicio de urgencias. Medicina interna de México, 22(4), 310-316.
27. Rodríguez A. riull.ull.es. [Online]; 2015 [cited 2016 Septiembre 16. Available from:<http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2239/Satisfaccion%20del%20usuario%20del%20Servicio%20de%20Triage%20de%20Urgencias%20del%20Hospital%20General>.
28. Chamba E. Urgencias y emergencias. utpl. [Online]; 2011 [cited 2016 Octubre 7. Availablefrom:http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4736/3/UTPL_Chamba_Edha_360X1742.pdf.
29. Vargas Rodríguez G,González Varela M, Comparación de parámetros de atención en una escala de triaje de 5 niveles con los parámetros estándar[Tesis Especialización].Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario Programa de Especialización en Medicina de Emergencias Fundación Santa Fe de Bogotá;2015.
30. Muñoz Sánchez E. Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. [Tesis Licenciatura].España: Universidad de Valladolid; 2015.



31. Martín M. Estudio del triaje en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Rev. enferm. C y L Vol 5 - N° 1 (2013) Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91>
32. Castelo W P, Castelo A F, Rodríguez Díaz Jorge Luis. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. Rev Cubana Enfermer. 2016 Sep [citado 2019 Abr 11]; 32 (3).
33. Carrasco J, Mirtha Ingrid. Evaluación de la Atención en el Servicio de Emergencias del H.N.M.A.V. Después de la implementación de un sistema de triaje. Residencia Médica - Pediatría; RM. 2016.
34. Pinedo C A. Factores determinantes del tiempo de espera en pacientes que requieren cirugía no obstétrica de emergencia Departamento de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo [tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo..2017.
35. Castillo Z K, Rojas L R, Lazar K Y. Prevalencia de urgencias y emergencias según prioridad de atención, atendidas en el Servicio de Emergencias de una Clínica Privada de Miraflores [tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión.2017. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/812/Zoraida_Trabajo_Investigaci%c3%b3n_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
36. Vilchez Zapata, Carlos Alberto Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del HospitalIII Chimbote – Essalud. Noviembre del 2008 a setiembre 2009 <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2093>



ANEXO 1

GUIA DE RECOLECCION DE DATOS

Código (H.C.): _____

I.- DATOS GENERALES:

a) Sexo:

Masculino () Femenino ()

b) Edad:

0 -25años () 26 – 59años () 60 - + años ()

c) Signos vitales:

Completas () Incompletas ()

d) Prioridad de la atención:

I () II () III () IV ()

e) Tiempo de espera: Que paso para ser evaluado por el médico.

< 5min () 6 – 10 min ()

11 – 20min () 20 - + ()

FIGURA N ° 01

ATENCION DE TRIAJE SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE
HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, PUNO 2019

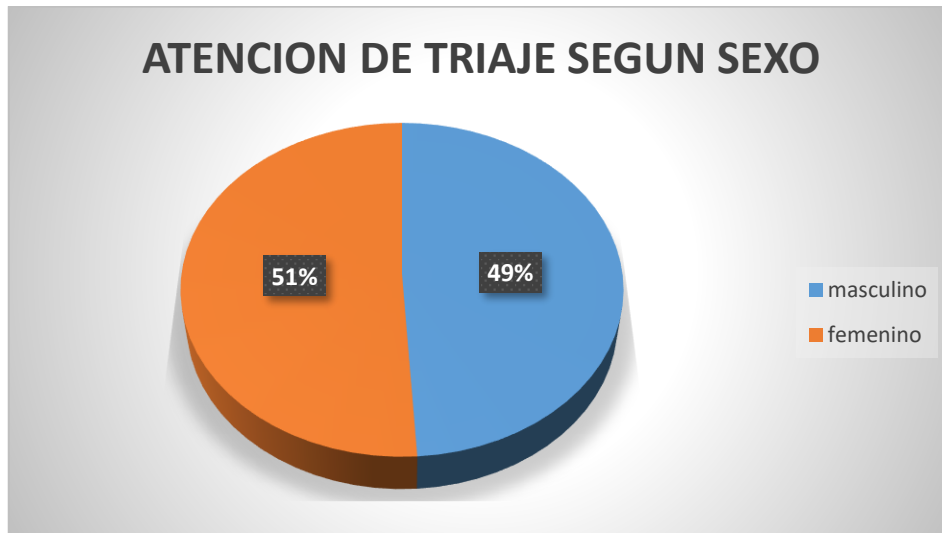


FIGURA N ° 02

ATENCION DE TRIAJE SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE
HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, PUNO 2019

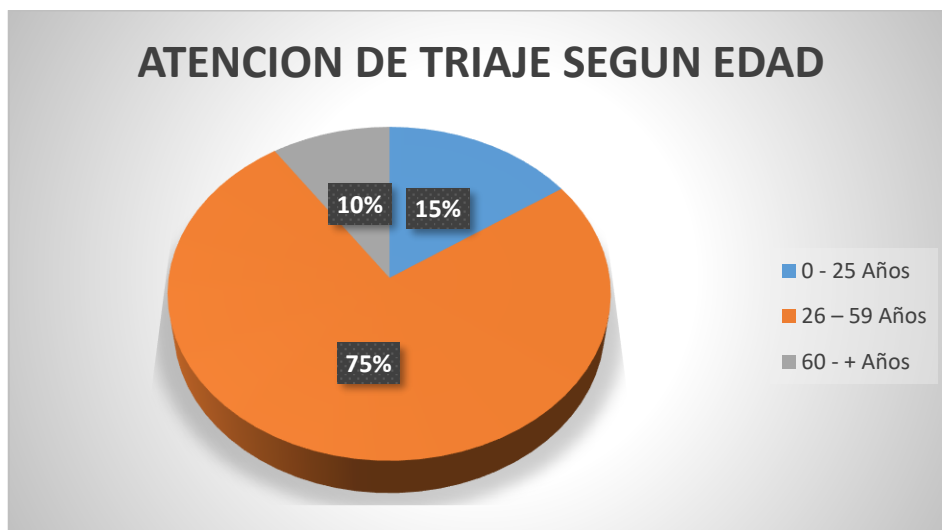


FIGURA N ° 03

ATENCION DE TRIAJE SEGÚN SIGNOS VITALES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL MANUEL NUEÑEZ BUTRON, PUNO 2019

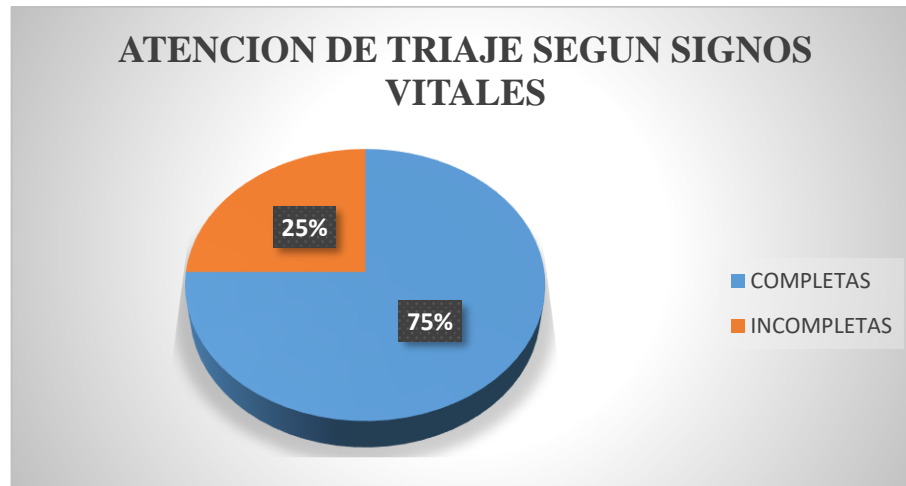


FIGURA N ° 04

ATENCION DE TRIAJE SEGÚN NIVELES DE PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, PUNO 2019

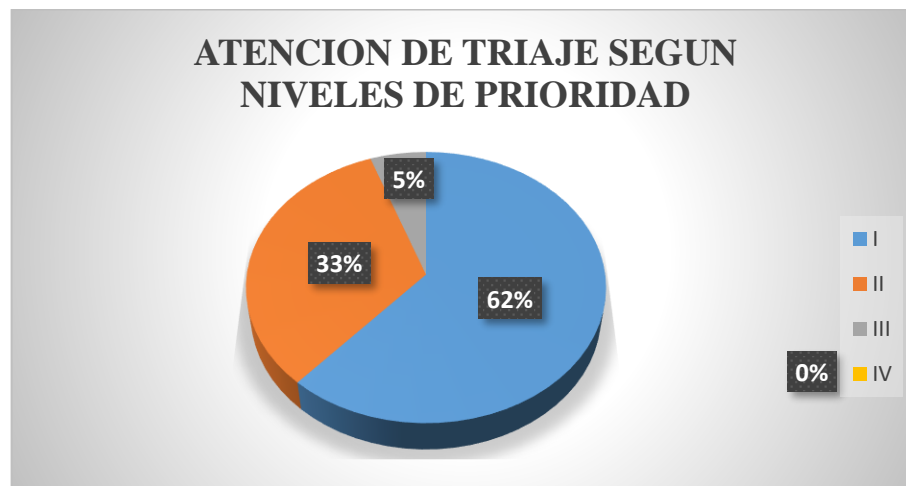


FIGURA N ° 05

ATENCION DE TRIAJE SEGÚN EL TIEMPO DE ESPERA QUE PASO PARA SER
EVALUADO POR EL MEDICO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE
HOSPITAL MANUEL NUEÑEZ BUTRON, PUNO 2019

