

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



**CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN SISTEMA DE
TRIAGE EMERGENCIAS DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ,
CUARTO TRIMESTRE GESTIÓN 2018.**

POSTULANTE: Lic. Nancy Peralta Alcon

TUTOR: M. Sc. Lic. Félix Cortéz Nina

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICO.**

La Paz – Bolivia

2021

DEDICATORIA.

A Dios por darme la sabiduría y la fortaleza que necesite para realizar mi trabajo.

A mi hijo, por todo el amor y comprensión, que cada día me ofrece sin pedirme nada a cambio.

A toda mi familia por estar a mi lado cuando los necesite, con su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar, a Dios por darme otra oportunidad para poder cumplir una de mis metas.

A todo el personal de la Caja Bancaria Estatal de Salud, por su gran colaboración.

A mi tutor M. Sc. Lic. Félix Cortez Nina, quién con su gran conocimiento y apoyo me guio en cada una de las etapas, de la elaboración de mi trabajo.

A los docentes, quienes con profesionalismo paciencia y comprensión me guiaron en la elaboración y culminación del presente trabajo.

Al jurado calificador que con su experiencia profesional me dedicaron su tiempo para concluir con el trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	3
2.1. Justificación.....	3
2.2. Antecedentes.....	4
2.2.1. A Nivel Internacional.....	4
2.2.2. A Nivel Nacional.....	10
2.2.3. A Nivel Departamental.....	11
III. MARCO TEÓRICO.....	13
3.1. Introducción.....	13
3.2. Definición.....	13
3.3. Objetivo general del triage.....	14
3.4. Objetivos específicos de triage.....	15
3.4.1. Organización.....	15
3.4.2. Capacitación.....	15
3.4.3. Eficiencia.....	15
3.4.4. Optimización.....	15
3.4.5. Afectividad.....	16
3.5. Justificación de triage.....	16
3.6. Diferencia de urgencia médica real y urgencia médica sentida.....	17
3.6.1. Urgencia médica real.....	17
3.6.2. Urgencia médica sentida.....	17
3.7. Ejes principales de la estrategia de triage.....	17
3.7.1. Mejorar la efectividad y la resolución.....	17
3.7.2. Apoyar la derivación de pacientes.....	18
3.7.3. Impulsar un modelo de gestión en el área de urgencias.....	18

3.7.4. Promover la atención digna en los servicios de urgencia.	18
3.7.5. Efectos de la saturación y tardanza en la atención.....	18
3.8. Funciones de la enfermera encargada de <i>triage</i>	18
3.9. Características de la clasificación.	19
3.9.1. Personalizada:	19
3.9.2. Dinámica:.....	19
3.9.3. Permanente:	19
3.9.4. Adaptada:	20
3.9.5. Socialmente aceptable:	20
3.9.6. En sentido anterógrado:	20
3.10. Objetivos del triage.	20
3.11. Elementos necesarios para establecer un sistema de triage.	21
3.12. Circunstancias que dificultan la clasificación.....	22
3.13. Elementos rápidos para valorar a las víctimas.....	22
3.13.1. Inspección:.....	22
3.13.2. Evaluación:	22
3.14. Secuencia para valoración.....	23
3.15. Decisión terapéutica.....	24
3.16. Categorías clásicas.....	24
3.16.1. Etiqueta roja.....	24
3.16.2. Etiqueta amarilla.	25
3.16.3. Etiqueta verde.....	26
3.16.4. Etiqueta gris.....	27
3.17. Clasificación.....	27
3.18. Estandarización del proceso de triage.	28
3.18.1. Flujograma en el proceso de triage.	29
3.18.2. Proceso de atención en triage.	30

3.18.3. Flujograma de atención en triage.	32
3.19. Actividades de la enfermera de triage.	33
3.20. Valoración de enfermería.	34
3.20.1. Interrogatorio o anamnesis.	34
3.20.2. Examen físico.	34
3.20.3. Valoración del dolor.	35
3.21. Escala de prioridades del triage.	35
3.22. Niveles de prioridad de la atención.	36
3.22.1. Nivel de priorización.	37
3.22.2. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas cardiovasculares.	39
3.22.3. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.	40
3.22.4. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas respiratorios.	42
3.22.5. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas neurológicos.	43
3.22.6. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas musculoesqueléticos.	45
3.22.7. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas oculares.	46
3.22.8. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas oído, nariz, boca y garganta.	47
3.22.9. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas urinarios.	49
3.22.10. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas genitales masculinos.	50
3.22.11. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas genitales y sistema reproductor femenino.	51
3.22.12. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas endocrinos.	52
3.22.13. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas tegumentario.	53

3.22.14. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas de comportamientos psiquiátricos.	55
3.23. Marco histórico.....	56
3.24. Marco legal.....	57
IV. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	59
4.1. Caracterización del problema.....	59
4.2. Delimitación del problema.....	61
4.3. Formulación del problema.....	61
V. OBJETIVOS.....	62
5.1. Objetivo General.....	62
5.2. Objetivos Específicos.....	62
VI. DISEÑO METODOLÓGICO.....	63
6.1. Tipo de Estudio.....	63
6.2. Estudios cuantitativos.....	63
6.3. Estudios transversales.....	63
6.4. Área de estudio.....	64
6.5. Universo y muestra.....	66
6.5.1. Universo.....	66
6.5.2. Muestra.....	66
6.6. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	66
6.6.1. Criterios de inclusión.....	66
6.6.2. Criterios de exclusión.....	67
6.7. Variables.....	67
6.7.1. Variables Dependientes.....	67
6.7.2. Variables Independientes.....	67
6.8. Operacionalización de Variables.....	68
6.9. Técnicas e instrumentos.....	72
6.9.1. De obtención de la información.....	72
6.9.2. De procedimiento y análisis estadístico.....	73

6.9.3. De discusión y síntesis.	73
6.9.4. Indicadores para determinar el conocimiento sobre el sistema de triage en el personal de enfermería.	73
VII. CONSIDERACIÓN ÉTICA.	74
7.1. Principios éticos.	74
VIII. RESULTADOS.....	76
IX. CONCLUSIONES.	93
X. RECOMENDACIONES.....	95
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
XII. ANEXOS.....	99
Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	99
Anexo 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	102
Anexo 3. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.	107
Anexo 4. FORMULARIO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO	108
Anexo 5. PERMISOS SOLICITADOS A LA INSTITUCIÓN.	111
Anexo 6. TABLAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA. .	114

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO N° 1. OBJETIVOS IMPORTANTES DEL TRIAGE	20
CUADRO N° 2. DIFICULTADES QUE LIMITAN AL TRIAGE	22
CUADRO N° 3. PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN EN TRIAGE	23
CUADRO N° 4. PRIMERA CATEGORÍA ETIQUETA ROJA	24
CUADRO N° 5. SEGUNDA CATEGORÍA ETIQUETA AMARILLA.....	25
CUADRO N° 6. TERCERA CATEGORÍA ETIQUETA VERDE.....	26
CUADRO N° 7. CUARTA CATEGORÍA ETIQUETA GRIS.....	27
CUADRO N° 8. CLASIFICACIÓN DE EQUIVALENCIAS.....	27
CUADRO N° 9. SECUENCIA DEL PROCESO EN TRIAGE	30
CUADRO N° 10. ESCALA DE PRIORIDADES DEL TRIAGE	37
CUADRO N° 11. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	39
CUADRO N° 12. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS ABDOMINALES Y GASTROINTESTINALES	40
CUADRO N° 13. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.....	42
CUADRO N° 14. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS.....	43
CUADRO N° 15. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS MUSCULO ESQUELÉTICOS	45
CUADRO N° 16. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS OCULARES	46
CUADRO N° 17. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL OÍDO.....	47
CUADRO N° 18. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS NARIZ, BOCA Y GARGANTA.....	48
CUADRO N° 19. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS URINARIOS	49
CUADRO N° 20. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS GENITALES MASCULINOS	50
CUADRO N° 21. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS GENITALES Y SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	51
CUADRO N° 22. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS ENDOCRINO	52
CUADRO N° 23. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS TEGUMENTARIO	53

CUADRO N° 24. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS COMPORTAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS	55
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD	76
GRÁFICO 2. GENERO DE SEXO DE LAS/LOS ENCUESTADOS.....	77
GRÁFICO 3. MAYOR GRADO ACADÉMICO ALCANZADO HASTA EL MOMENTO COMO PROFESIONAL.....	78
GRÁFICO 4. TIEMPO DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	79
GRÁFICO 5. ASISTENCIA A CURSOS, TALLERES, SEMINARIOS O JORNADAS DE TEMAS SOBRE EL TRIAGE HOSPITALARIO	80
GRÁFICO 6. DETERMINE EL CONCEPTO CORRECTO DE TRIAGE.....	81
GRÁFICO 7. ¿USTED APLICA EL SISTEMA DE TRIAGE EN EL MOMENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN EMERGENCIA?.....	82
GRÁFICO 8. DETERMINE, CUÁL ES LA CLASIFICACIÓN CORRECTA SEGÚN EL TIEMPO DE ATENCIÓN EN TRIAGE.....	83
GRÁFICO 9. ¿REALIZAS REVALORACIONES PERIÓDICAS CUANDO EL PACIENTE SUPERA LOS TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA RECOMENDADOS PARA LA ASISTENCIA SEGÚN TRIAGE?.....	84
GRÁFICO 10. INDIQUE CUALES SON LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE TRIAJE.....	85
GRÁFICO 11. ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEBERÍA CUMPLIR UN ENFERMERO/A, PARA REALIZAR LA LABOR DE TRIAGE?	86
.....	86
GRÁFICO 12. ACTUALMENTE, ¿CÓMO SE REALIZA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EMERGENCIAS?.....	87
GRÁFICO 13. ¿TE CONSIDERAS MENOS PRECIADO, INTIMIDADO, O PRESIONADO POR LOS PACIENTES, ¿QUE DEMANDAN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS?.....	88
GRÁFICO 14. ¿TE GENERA TENSIÓN Y/O ANSIEDAD TENER QUE REALIZAR LA FUNCIÓN DEL TRIAGE?.....	89
GRÁFICO 15. ¿CONSIDERAS QUE EL CRITERIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE TRIAGE ES TOMADO EN CUENTA?	90
GRÁFICO 16. ¿EXISTE UNA GUÍA O PROTOCOLO DEL SISTEMA DE TRIAGE PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIA?.....	91

GRÁFICO 17. CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SISTEMA DE TRIAGE.	92
---	----

RESUMEN.

La afluencia de pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios ha sufrido un incremento a nivel nacional, departamental y en La Caja Bancaria Estatal de Salud; por lo que la implementación del “**sistema de triage** traería grandes ventajas para el paciente, el personal de salud, y la institución prestadora de servicios, puesto que constituye un lenguaje común en cuanto a la escala de prioridades.

El presente trabajo tiene como **objetivo**, Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería, en sistema de triage, en emergencias de la Caja Bancaria Estatal de Salud La Paz; cuarto trimestre gestión 2018.

El **método** y diseño de la investigación es cuantitativo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 10 profesionales de Enfermería, no se realizó ni utilizo una muestra debido a que se trabajó con el total del universo, del personal con las mismas características en el desempeño de su trabajo. El instrumento para recolectar datos fue la encuesta sometida a juicio de tres expertos para su aprobación, antes de la aplicación. La estadística utilizada fue cuantitativa, en porcentaje y proporciones. Como **resultado** se obtuvo que un 80%, tiene experiencia laboral de uno a tres años en el área de emergencia; y un 60% de los profesionales que trabajan en el área de emergencia, tienen como mayor grado académico obtenido la licenciatura. Un 40% de los profesionales, recibieron capacitación dentro del servicio de emergencia; seguido de un 30% que asistió a cursos talleres, coincidiendo que el conocimiento que tienen sobre sistema de triage lo adquirieron de cursos esporádicos de capacitación. Sobre el conocimiento del concepto de triage, un 60% respondió de manera correcta; También un 100% indica que no existe una guía o protocolo sobre sistema de triage en el hospital. Se determinó como **conclusión** que el nivel de conocimiento de los Profesionales de Enfermería sobre el sistema de triage, que corresponde

a un 70% con un nivel de conocimiento Medio, seguido de un 30% con un conocimiento bajo.

Palabras claves.

Triage, calidad de atención, sistema estructurado, enfermería.

ABSTRACT.

The influx of patients in the Hospital Emergency Services has suffered a increase at the national and departmental level and in the State Banking Health Fund; Therefore, the implementation of the “triage system would bring great advantages for the patient, the health personnel, and the institution providing services, since it constitutes a common language regarding the scale of priorities.

The objective of this work is to determine the level of knowledge of the nursing professional, in the triage system, in emergencies of the La Paz State Bank Bank of Health; fourth quarter of 2018. The method and design of the research is quantitative and cross-sectional. The population consisted of 10 Nursing professionals, a sample was not made or used because the entire universe was worked with, of personnel with the same characteristics in the performance of their work. The instrument to collect data was the survey submitted to the judgment of three experts for approval, before application. The statistics used were quantitative, in percentage and proportions. As a result, it was obtained that 80% have work experience of one to three years in the emergency area; and 60% of the professionals who work in the emergency area have a bachelor's degree as the highest academic degree. 40% of the professionals received training within the emergency service; followed by 30% who attended workshop courses, coinciding that the knowledge they have about the triage system was acquired from sporadic training courses. Regarding the knowledge of the concept of triage, 60% answered correctly; Also 100% indicate that there is no guide or protocol on the triage system in the hospital. It was determined as a conclusion that the level of knowledge of Nursing Professionals about the triage system, which corresponds to 70% with a Medium level of knowledge, followed by 30% with a low level of knowledge.

keywords.

Triage, quality of care structured system, nursing

I. INTRODUCCIÓN.

La afluencia de pacientes hacia los Servicios de Urgencias Hospitalarios ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado. Esta demanda conlleva a la sobrecarga de los Servicios de Urgencias acarreando una serie de consecuencias negativas, tanto para los pacientes como para el Servicio. En parte, este incremento de visitas se debe a las personas que utilizan los servicios de urgencia hospitalarios de forma inadecuada. Este fenómeno ha puesto de manifiesto la necesidad de implantar Sistemas de Triage Estructurado. (1)

La Palabra **trriage** es un término de origen francés **trier**, que significa selección, categorización y priorización.

Establece prioridades y asigna a los pacientes a sectores y tiempos de atención apropiados para el cuadro que los aqueja.

El triage es la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al Servicio de Urgencias y que permite definir la prioridad de la atención. Esta clasificación se hace a través de una valoración del médico o enfermero (a) profesional, quienes identifican las enfermedades, requieren atención inmediata para priorizar sobre aquellas que pueden esperar. (2) (3).

El sistema de triage no debe ser utilizado con el propósito de negar la atención al paciente en el servicio de emergencias, la unificación del triage pre hospitalario y el hospitalario es de vital importancia, con el fin de asegurar que solo aquellos pacientes que lo requieren lleguen a los servicios de urgencias, será el futuro del sistema de triage; así como disponer de consultorios externos para atender a pacientes de baja complejidad. (4)

El proceso del triage es determinar la prioridad con la cual se atenderán los usuarios, que se basa en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles. (2) (3). Es importante seleccionar las medidas diagnósticas y terapéuticas correctas, hacerlo rápidamente y en el orden y ritmo adecuado; es decir, se debe priorizar cada tipo de patología para evitar errores fatales. Las intervenciones del personal de salud deben

decidirse, no sólo en función de las prioridades del propio paciente, sino considerando las necesidades del conjunto de los pacientes que están en espera o pueden llegar a urgencias. Esto implica la disponibilidad de espacio, camas, recursos humanos y técnicos para evitar o resolver la saturación que se está produciendo con un aumento permanente de demanda, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. (4)

La experiencia a nivel nacional y en todos los departamentos del País; muestra un constante crecimiento de la demanda del servicio de emergencia.

Durante el último tiempo se ha visto el abrumador incremento en la demanda de atención en los servicios de emergencias de la Caja Bancaria Estatal de Salud, esto nos hace notar necesario implementar el sistema de triage permitiendo la evaluación de las necesidades de cada uno de los pacientes y priorizar la atención asegurando que quienes presenten enfermedades o **“lesiones graves”** sean atendidos inmediatamente y que se postergue la atención de quienes presenten enfermedades o lesiones menores. Estos últimos deben ser trasladados a las salas de espera de los consultorios externos en sus diferentes especialidades, en condiciones de seguridad, sin riesgo para su salud y sin secuelas. (4)

El sistema de triage no debe ser utilizado con el propósito de negar la atención al paciente en el servicio de emergencias, la unificación del triage pre hospitalario y el hospitalario es de vital importancia, con el fin de asegurar que solo aquellos pacientes que lo requieren lleguen a los servicios de urgencias, será el futuro del sistema de triage; así como disponer de consultorios externos para atender a pacientes de baja complejidad. (4)

La implementación del **“sistema de triage traería grandes ventajas para el paciente, el personal de salud, y la institución prestadora de servicios, Caja Bancaria Estatal De Salud”**; puesto que constituye un lenguaje común en cuanto a la escala de prioridades, el proceso y las decisiones de triage nos permitirá, analizar variaciones de la calidad de atención, tiempos de espera, costos de atención y entrenamiento de las enfermeras, entre otros. (2)

II. JUSTIFICACIÓN.

2.1. Justificación.

El número de pacientes que busca atención en el servicio de emergencia de la Caja Bancaria Estatal De Salud, ha ido aumentando progresivamente.

Acuden pacientes exigentes o recomendados sin patología que amerite atención de emergencia; que prefieren acudir al servicio de emergencias, exponiendo pruebas, razones o argumentos para justificar que no quieren o no tienen el tiempo para ser atendidos por médicos en consultorio externo.

Adicionalmente la presencia simultánea de un número indeterminado de pacientes que no alcanzo a recibir una ficha para la consulta externa, o porque no llegaron a la hora de su cita médica para consulta por especialidad; otros por comodidad, o porque en el momento se cuenta con el tiempo disponible para acudir a la consulta.

Esto provoca que el servicio de emergencias se vea con gran demanda de atención saturada. Incluso la falta de una guía de sistema de triage, plantea grandes dificultades organizativas, para adecuar la oferta a la demanda de atención. (2)

Este fenómeno, sumado a la falta de camas disponibles dentro del hospital, determina que se produzca un desbalance entre la oferta y demanda de atenciones médicas. Así, los pacientes compiten por los recursos disponibles en determinado momento.

La profesión enfermera, aunque se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios, van soportando una carga de trabajo que pone en riesgo la seguridad del paciente y la suya propia. (2)

El estudio pretende determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en sistema de triage, evaluando la atención de enfermería y el manejo del sistema de triage en el área de emergencia de la caja bancaria estatal de salud; con los resultados obtenidos plantear un nuevo sistema de atención de acuerdo al triage que es más confiable, además nos permitirá identificar a los pacientes que requieren atención

inmediata, determinar el espacio apropiado para el tratamiento, facilitar el flujo de pacientes y evitar la congestión innecesaria.

De ahí la importancia de implementar el sistema de triage en la Caja Bancaria Estatal De Salud; para dar una pronta solución a este problema en beneficio del paciente.

2.2. Antecedentes.

2.2.1. A Nivel Internacional.

En España - Pamplona 2010, se desarrolló una investigación de “El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias”. El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de triage estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «**grado de urgencia**», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. El sistema español de triage (SET) y el sistema de triage Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país, pero analizamos también el sistema de triage elaborado en Navarra que se integra en la historia clínica informatizada (HCI) y que se utiliza en toda la red pública hospitalaria de Navarra. Todos son sistemas multidisciplinarios basados en motivos y en la urgencia de la consulta, pero no en diagnósticos y son llevados a cabo por enfermería con apoyo médico puntual. También todos incorporan elementos de monitorización de la calidad del propio servicio de urgencias y cuentan con proyección para poder ser aplicados en el ámbito extra hospitalario. Palabras clave: Triage. Servicio de Urgencia Hospitalario. Indicadores de calidad. Sistema de triage Manchester. Sistema de triage español. (5)

En España – Madrid 2011, se desarrolló una investigación de “Triage de urgencias médicas: diferencias entre población inmigrante y autóctona en un hospital madrileño”, Tuvo como Objetivos: determinar las causas más frecuentes de requerimiento de

asistencia urgente hospitalaria y su gravedad comparando y analizando las diferencias entre la población autóctona y la población inmigrante. Material y método: estudio descriptivo transversal realizado en varios turnos de urgencia hospitalaria durante doce meses (julio 2011- julio 2012) del Hospital de Móstoles (Madrid). Variables de estudio: sexo, edad, país de origen, MTS (Manchester Triage System), motivos de consulta, tener tarjeta sanitaria y haber acudido previamente a Atención Primaria. Resultados: se estudiaron 238 pacientes: 190 autóctonos y 48 inmigrantes. La mayoría de los inmigrantes (54%) procedían de Latinoamérica. El MTS más habitual fue el verde (urgencia estándar) (51,7%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad (el grupo de inmigrantes era más joven), y en el motivo de consulta (los autóctonos acudieron por más problemas cardiológicos) pero no respecto al sexo, el MTS ni en asistencia previa al médico de Atención Primaria. Conclusiones: los pacientes inmigrantes que acuden al servicio de urgencia del Hospital de Móstoles tienen la misma gravedad (según MTS) que los autóctonos. La población inmigrante que acude a urgencias es más joven, y la autóctona lo hace en mayor proporción por sintomatología cardiológica. Más del 70% en ambas poblaciones no había acudido previamente al médico de Atención Primaria. (5) (6)

En España 2012, se desarrolló una investigación de “Aplicabilidad de los métodos de triage en incidentes de múltiples víctimas: de la teoría a la práctica”. En caso de incidentes de múltiples víctimas (IMVs), el triage es uno de los puntos de la cadena asistencial que determina en gran medida los resultados finales en cuanto a asistencia sanitaria, organización y disminución de la tasa de mortalidad crítica. La doctrina asistencial recomienda la realización del triage a nivel pre hospitalario para organizar la asistencia y evacuación de los heridos. • Objetivo: Analizar la aplicabilidad real de las recomendaciones en cuanto al triage prehospitalario en IMVs. • Metodología: Revisión sistemática de la literatura científica utilizando como palabras clave “mass casualty triage” y “pre hospital triage”. Se utilizaron como fuentes de datos PubMed, Cochrane y las revistas Emergencias y Prehospital and Disaster Medicine. También se revisó la bibliografía de los artículos localizados. Resultados: En total 19 artículos cumplían todos los criterios de inclusión. Es escasa la referencia que se hace a la metodología de triage realizada, y en muchos de ellos se hace referencia explícita a la

no realización del triage. La mayoría de los artículos hacen referencia a atentados terroristas. Conclusiones: Existe una discrepancia entre la doctrina asistencial ante IMVs y los datos publicados. Esto puede ser debido a la dificultad de obtener datos en la escena del siniestro, a que las dificultades asistenciales no permiten aplicar la doctrina asistencial (lo que obligaría a cambiar los procedimientos), o que ésta no es válida (lo que obligaría a su revisión). Múltiples Víctimas Catástrofes. (6)

En Costa Rica – 2013, Investigaciones realizadas sobre la implementación del sistema de triage en los servicios de emergencia y urgencia, revisados (por Cubero C. Y Medina, abril 2013), coinciden, en que es de vital importancia la implementación del sistema de triage en los servicios de emergencia de los centros de salud de todo nivel, "los tiempos de espera se vienen utilizando como medida de control de calidad y en ellos influyen recursos humanos, materiales y organizativos del propio servicio". Además afirman que "el Triage se consolida como un sistema eficaz de ordenación del trabajo asistencial, para dar respuesta inmediata a la demanda masificada dentro de una saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), facilitando el trabajo del personal y disminuyendo la ansiedad de los enfermos y familiares ante la espera".

(2) Los estudios concluyen en que: 1. La sobrecarga de trabajo condiciona irremediablemente una disminución en la calidad asistencial, y para esto existen dos soluciones:

1. a) disminuir la demanda mediante la mejora de la asistencia pre hospitalaria y la educación sanitaria de la población, y
2. a) Aumentar las prestaciones, organizando el trabajo y creando circuitos de triage. (1)

En España – Sevilla 2014, fundación INDEX, desarrollo una investigación de "Triage en Emergencias Extra hospitalario" En los últimos tiempos los expertos están catalogando el concepto de emergencias colectivas, catástrofes o desastres con el término de Situación de Crisis. El desarrollo de una Situación de Crisis requiere la participación de bastantes disciplinas trabajando conjuntamente con un mismo fin. Por ello, es importantísimo que cada disciplina tenga una clara visión de sus funciones y

ámbito de desempeño de las mismas. Es la Disciplina Enfermera una de las disciplinas que se verán implicada en la resolución de Situaciones de Crisis que tienen lugar en el ámbito Extrahospitalario. Por tanto, es de vital importancia que la Disciplina Enfermera que desempeña su trabajo en el ámbito Extrahospitalario tenga claros conocimientos sobre lo que significa estar en una Situación de Crisis y cuáles son sus funciones más prioritarias. Por lo que con este proceso de revisión pretendo establecer un conjunto de conocimientos básicos y pautas de actuación necesarios para la realización del Triage Extrahospitalario. Palabras clave: Triage/ Enfermería de Emergencias/ Atención Prehospitalaria. (7)

En España – 2015 En la Facultad de Enfermería y Podología, Universidad da Coruña. España - Ferrol, se desarrolló una investigación de “Triage en Urgencias Hospitalarias Revisión Bibliográfica” El triage de urgencias es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes según al grado de gravedad de su salud y prioriza la asistencia de los mismos garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente. Tuvo como Objetivos: Investigar cuántos sistemas de triage hay y cuáles y por qué se eligen para poder conocer las diferentes escalas que tienen y cómo funcionan y valorar cuál es o cuáles son los mejores sistemas de triage y por qué. Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, CINHALL, Dialnet, Cochrane Library y JBI Connect. Los resultados han sido valorados en base a los criterios de inclusión y exclusión y a las variables de estudio que hemos establecido. Resultados: La bibliografía analizada ha demostrado que los mejores sistemas de cinco niveles estudiados y más ampliamente distribuidos son: la Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), Emergency Severit Index (ESI) y el Sistema Español de Triage (SET), los cuales poseen de satisfactoria a muy buena validez y fiabilidad. Conclusiones: Los sistemas de triage de cinco niveles han demostrado ser eficaces, válidos y fiables por lo que hace que sean la elección en los servicios de urgencias. El MTS ha demostrado ser el sistema más utilizado en Europa y el más fácil de aplicar. Palabras clave: Triage servicios urgencias hospitalarios. (8) (9)

En Chile 2016, se desarrolló una investigación de “Triage: Experiencia en un Servicio de Urgencias Pediátricas”. Los sistemas Triage (neologismo: selección o clasificación) son una forma de organización de los servicios de urgencia. Toma en cuenta número de pacientes, urgencia del cuadro y recursos disponibles; busca mejorar la accesibilidad a la atención médica urgente y disminuir tiempos de espera. Objetivos: Evaluar el resultado de la aplicación de un sistema Triage en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HCIPS). Diseño y Metodología: Estudio observacional descriptivo, prospectivo, sobre 1 122 niños que consultaron en julio de 2015, de 07:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. Los datos asientan en el sistema informático y fueron tabulados mediante el programa Microsoft Excel. Se elaboró un listado de patologías y signos y/o síntomas a considerarse como urgentes, por gravedad y riesgo de compromiso vital, número de pacientes y frecuencia de su presentación en este servicio. Se denominó prioridad uno (P1) a las que requerían atención inmediata y prioridad dos (P2) al resto. Se marcó como tiempo de corte 30 minutos para evaluar la capacidad de atención a los pacientes de mayor gravedad. Resultados: Total de pacientes clasificados como P1: 272/1 122 (24%), P2 850/1 122 (76%). Mediana de tiempo de espera fue para P1: 10 min., p25 - p75 (5-13 min) tiempo máximo para la atención fue 65 min. Para P2 la mediana fue 65 min p25 - p75 (20-139 min) tiempo máximo para la atención 300min; la proporción atendida dentro de los primeros 30 minutos fue P1: 79 %; P2: 36%. Pacientes hospitalizados según prioridad: P1: 25/272 (9%), ninguno del grupo de P2. Conclusión: La implementación de un sistema Triage, en el servicio de urgencias pediátricas del HCIPS, permitió conocer que sólo una cuarta parte de los pacientes que acuden a la consulta fueron clasificados como urgencias, lo que hace presumir, por la similitud de los motivos de consulta, que la gran mayoría de los mismos, representan a aquellos que no pudieron ser absorbidos por los consultorios externos. Demostró que más de las tres cuartas partes de las urgencias fueron atendidas dentro de los treinta minutos de su admisión. (10)

En Colombia 2016, se desarrolló una investigación de “Triage en Emergencias y Desastres en Colombia: ¿cómo, ¿cuándo y dónde utilizarlo?” El triage en grandes emergencias y desastres en Colombia aún está en fase de estructuración, la

incorporación de teorías locales y herramientas internacionales con múltiples adaptaciones y criterios personales e institucionales de implementación, hacen que para el profesional de la atención prehospitalaria exista un difícil camino entre la teoría y la práctica. El presente trabajo, define los criterios de intervención en cada uno de los momentos en que los pacientes, víctimas de emergencias y desastres entran en contacto con los profesionales de atención, así como las circunstancias que rodean la clasificación y soporte, definen cómo cuándo y dónde actuar, independientemente del tipo de herramienta utilizada. (12)

En Ecuador – 2017 la Facultad de Postgrados de Cuenca, desarrolló una investigación de “Propuesta de Implementación de un Consultorio de Triage como estrategia para mejorar la Calidad y Cobertura ante la demanda de pacientes de un Subcentro de salud en la Parroquia Hermano Miguel Cuenca (13). Tuvo como objetivo, Analizar los resultados de la implementación de un consultorio de triage como estrategia para mejorar la calidad y cobertura ante la demanda de pacientes. Es un estudio descriptivo cualitativo y cuantitativo, retrospectivo que se basa en el procesamiento de la información contenida en el formulario 008 que el Subcentro 6 utiliza para evaluar a pacientes que acuden por situaciones de urgencias/emergencias a una Unidad de Salud. Esta información se complementó con la realización de encuestas a pacientes que fueron atendidos en el consultorio de triage, las mismas que estuvieron orientadas a valorar la satisfacción del usuario ante este sistema y por último, se revisaron y se cuantificaron las quejas ciudadanas que fueron receptadas durante el periodo del estudio para identificar las razones de las mismas. El resultado al que se llegó luego del análisis de los datos obtenidos es que, con el método del triage, el centro de Salud en cuestión, atendió a 720 pacientes que no disponían de un turno agendado a través del sistema utilizado regularmente, como es el agendamiento mediante el contact center. Las prioridades realizadas corresponden principalmente a atención en el primer nivel (APS), prioridad III (13).

En Perú 2017, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo desarrolló una investigación de “Revisión crítica: participación del personal de enfermería en el triage intrahospitalario en el servicio”. Para la organización de los servicios de urgencias, es

necesario contar con personal capacitado para realizar una evaluación inicial de pacientes teniendo como finalidad clasificar de alguna manera, procurando un acceso rápido, ordenado y dirigido atendiendo con prioridad a los pacientes con mayor gravedad, ese personal podría ser el personal de enfermería. Por la que surge una inquietud de realizar una investigación de revisión crítica, con un nivel de evidencia II y su grado de recomendación es B ya que el nivel de evidencia alcanzado muestra opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas y su grado de recomendación presenta buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios y porque cumple con los parámetros dentro de lo establecido para que sea una investigación bien sustentada y porque menciona el respaldo del comité de ética. (10). Para revisar este trabajo se ha utilizado como metodología la Enfermería Basada en Evidencia (EBE), esta metodología nos lleva a la práctica diaria en la cual encontramos algunas veces esta problemática a nivel local en el servicio de emergencia del Hospital II Chulucanas Piura. Realizándose la presente, titulada: Participación de enfermería en el triage intrahospitalario de emergencias/urgencias, teniendo como objetivo identificar y formalizar la participación de enfermería en el triage como su función. Estableciéndose como resultado que la enfermera tiene conocimientos y habilidades específicas para definir la prioridad de servicio, nivel de atención, que corresponden desde el conocimiento y la mirada de usuario administrativo y clínico, a las habilidades de intuición y de la comunicación por lo cual su participación en el triage de emergencia es necesaria. En la revisión se concluye que, Si se puede dar respuesta a la pregunta formulada, existen evidencias contundentes, por ello se dice que los resultados responden a nuestra pregunta. (10)

2.2.2. A Nivel Nacional.

En Bolivia 2015, se desarrolló una investigación que titula, “Motivos de atención en salas de emergencia en hospitales públicos de La Paz Bolivia”. El presente estudio tiene como finalidad determinar los principales motivos de atención en las salas de emergencias de los hospitales públicos de La Paz. Objetivo: Determinar los principales motivos de atención en las salas de emergencias en Hospitales Públicos de La Paz

Bolivia. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal, recabando datos a través de una hoja de recolección de datos que identificaba los 10 principales motivos de atención en emergencias en 5 hospitales públicos de La paz, en el periodo de enero 2015 a octubre del 2015. Resultados: Las principales causas de atención médica fueron las urgencias médicas (clínicas) con 70%, y la atención del trauma fue del 30%. Conclusiones. Los principales motivos de atención médica en los servicios de urgencias en Hospitales Públicos de La Paz, son urgencias médicas con un componente clínico. Discusión: Los servicios de emergencias constituyen una extensión hacia la comunidad de los centros hospitalarios, es frecuentes la percepción de mala calidad hacia las salas de emergencias por parte de los usuarios por diferentes motivos (sobresaturación, falta de equipamiento, etc.), para afrontar la problemática de esta situación es necesario conocer el comportamiento de las principales patologías en (13)

2.2.3. A Nivel Departamental.

La Paz. En la Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, Unidad de Postgrado Medicina La Paz Bolivia, desarrolló una investigación de “Atención de Recepción, acogida al usuario que acude al Servicio de Emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013”. El Objetivo es: Evaluar el sistema de atención al usuario que acude al Servicio de Emergencia. La demanda en el servicio de emergencia del hospital Caja Petrolera es cada vez observado, al mismo tiempo existe descontento e inconformidad del usuario con la atención recibida porque no se da por prioridad de acuerdo a la gravedad de su estado de salud, esta situación determina que el usuario abandone el servicio, generando complicaciones por el avance de la patología, que posteriormente requiere atención en unidades de mayor complejidad, por especialista y unidad de terapia intensiva. El universo de la muestra se tomó al usuario que solicita atención en el servicio de emergencia y al Cliente Interno (profesional de Enfermería y Auxiliar de enfermería). El estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; las técnicas e instrumentos de recolección fue una encuesta realizada al usuario y cliente interno. Los resultados de hallazgo fueron tiempo de espera para la atención una hora y más

de dos horas para la valoración por especialidad; acuden 43% del trabajo, al 92% se ubica en sala de espera y no son reevaluados. El 93% del cliente interno está de acuerdo con implementar el triage, tienen claro el concepto; pero no el procedimiento de clasificación por riesgo vital, el 57% menciona que debe estar a cargo de la profesional de Enfermería. Por tanto, de acuerdo a resultados de la investigación se plantea una nueva reorganización e implementar el triage. (14)

III. MARCO TEÓRICO.

3.1. Introducción.

La naturaleza de los padecimientos de urgencia, la inquietud que despierta en el paciente y familiares, ver amenazada la salud o la vida, más las circunstancias propias de un servicio que en muchos de los casos se ve demandado por casos fortuitos y de alta complejidad, así como los recursos humanos y materiales, muchas veces limitados de los sistemas de salud, ponen a prueba la capacidad de respuesta, entrenamiento, juicio clínico y resultado del más capaz y experimentado de los profesionales de la salud. (2) (3).

Se espera que todos los servicios de urgencia, fueran altamente profesionales, pero la realidad nos muestra otra cosa, la licenciada en enfermería especialista en urgencias recién comienza a incorporarse a los hospitales y muchos carecen de ellos. En diversos lugares del país, todavía se improvisa con personal incompetente, sin el entrenamiento ni la vocación necesaria para ocupar un puesto de las características que demanda un Servicio de Urgencias. (9)

Si combinamos todos estos elementos, lo que estamos poniendo en el mechero, no es otra cosa, que un terreno minado, capaz de explotar en cualquier momento. (9)

3.2. Definición.

TRIAGE: Vocablo que proviene del idioma francés y significa **elegir priorizar y clasificar**. Se aplicó inicialmente en la medicina militar ante la presencia de un gran número de bajas en combate y la llegada masiva y de manera repentina de pacientes a servicios de emergencia, con insuficiencia de recursos médicos y de insumos. (9)

Genéricamente consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de los pacientes que en ese momento demandan asistencia y que orientan sobre sus posibilidades de supervivencia como consecuencia del proceso o estado de salud que le afecta. (1).

El **triage** es una toma de decisión grave, basada en una información incompleta, ejecutado en medio hostil y dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de lesionados de carácter pluripatológicos y con medios limitados (1).

Es una toma de decisión porque debemos elegir entre diferentes cadenas asistenciales, relacionadas con el transporte, la atención continuada y la selección del centro médico de referencia. La valoración resulta incompleta porque el análisis sistemático es estandarizado, rápido, objetivo, conciso y dirigido a **valorar las capacidades de supervivencia inmediata**. No se contemplan patologías previas, no existen datos complementarios ni apoyos al diagnóstico. (1).

Por eso debe ser ejecutado por una persona con un perfil específico, con mucha experiencia y con autoridad moral. En base a este concepto y aplicado a las salas de urgencia de los hospitales, el **Triage** se utiliza como un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles. (2), (3).

3.3. Objetivo general del triage.

Identificar al paciente en estado crítico y brindarle la oportunidad de atención de acuerdo a niveles de prioridad, a la naturaleza del padecimiento y a los recursos disponibles, los cuales están diseñados con base en criterios clínicos basados en evidencias. (15)

Como lo establece el eje principal de la estrategia SUMAR, se propone implementar en los Servicios de Urgencia un modelo de atención con calidad, seguridad y mayor capacidad resolutive:

- Mejoras en el modelo organizacional.
- Apoyar protocolos de clasificación de pacientes en base a prioridades de atención.
- Proponer esquemas de atención que garanticen mayor satisfacción de los usuarios. (15)

3.4. Objetivos específicos de triage

3.4.1. Organización.

- Asegurar con precisión una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes a su llegada a la Sala de Urgencias.
- Identificar y dar prioridad a los casos graves o de presentación aguda que requieren una atención médica inmediata., de acuerdo a su nivel de prioridad.
- Asignar el área de tratamiento adecuada. (15)

3.4.2. Capacitación.

- Reforzar el conocimiento, las habilidades y la destreza del personal de urgencias.
- Definir y establecer protocolos de atención debidamente entrenados.
- Procurar el desarrollo de habilidades y destrezas en el personal de salud. (9)

3.4.3. Eficiencia.

- Reducir los tiempos de espera para atención
- Mejorar la percepción del usuario, garantizando la oportunidad, eficiencia y calidad de la atención.
- Reducir la sobrecarga de los servicios de urgencia.

Una mejor y más oportuna atención, garantiza un mejor resultado, mejor pronóstico y menos secuelas en los pacientes. (9)

3.4.4. Optimización.

- Aprovechar las fortalezas y capacidades y compensar carencias o debilidades.
- Dar una atención coordinada y predecir el destino y las necesidades de cada paciente.

Optimizar recurso humano e insumos que puedan necesitarse en urgencias calificadas. (9)

3.4.5. Afectividad.

- Una atención oportuna garantiza una mejor percepción del servicio.
- Disminuir la ansiedad del paciente y la familia.

Mejorar la relación médico paciente y nuestro estado emocional durante la permanencia en el servicio. (9)

3.5. Justificación de triage.

La percepción en general que tienen los usuarios de los servicios de urgencia refleja:

- Deficiencia en la atención.
- Tiempos de espera prolongados para atención de una enfermedad percibida como urgencia.
- Insatisfacción de los usuarios. (13)

Las circunstancias que rodean la atención en la sala de urgencias, siempre han suscitado **situaciones de conflicto, estrés, angustia y mucha tensión**. Por deficiencias, mala información y poca cultura, el servicio es demandado para atención de todo problema de salud que no pueda ser atendido en otras unidades médicas, ya sea por falta de citas en consulta externa, por comodidad para no hacer espera, o por el hecho de que en ese momento se cuente con el tiempo disponible para acudir a consulta, lo que provoca que la sala de urgencias siempre se vea abarrotada por pacientes que en la mayoría de los casos, no son urgencias verdaderas, lo que provoca sobrecarga, tardanza para la atención y utilización innecesaria de recursos tanto materiales como humanos, en detrimento de la atención de la verdadera emergencia.

El método de **Triage** y la guía para implementarlo en el servicio de Urgencias, 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 o la Enfermera para la evaluación del paciente, establecer prioridad de atención y disponer de un manual de consulta durante la toma de decisiones sobre todo para médicos en formación, o sin la debida preparación o recién incorporados a los servicio de urgencias. (6), (17)

La experiencia en la sala de urgencias despertó la inquietud de evitar conflictos, agilizar la tarea, pensar que culturalmente a la población no la vamos a cambiar de la noche a la mañana para que haga un uso racional del servicio, esto en realidad es una fantasía y está lejos de conseguirse y porque no reconocerlo, en el momento de una situación que pone en riesgo la salud, “todos aún con alto nivel intelectual” reaccionamos con inquietud y temor, más si se trata de uno de nuestros seres queridos. (9)

3.6. Diferencia de urgencia médica real y urgencia médica sentida.

3.6.1. Urgencia médica real.

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte y que requiere de atención inmediata. (9)

3.6.2. Urgencia médica sentida.

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. (9)

3.7. Ejes principales de la estrategia de triage.

3.7.1. Mejorar la efectividad y la resolución.

Homologar criterios para la atención de pacientes en base a severidad y complejidad con fundamento en la herramienta de clasificación de *triage*.

3.7.2. Apoyar la derivación de pacientes.

Propone reforzar la continuidad de atención y derivación de pacientes con el debido respaldo y justificación. (10)

3.7.3. Impulsar un modelo de gestión en el área de urgencias.

Mejora en la organización y uso de Guías de Práctica Clínica. (GPC)

3.7.4. Promover la atención digna en los servicios de urgencia.

Promover medidas para proporcionar trato digno y derecho a una información clara.

3.7.5. Efectos de la saturación y tardanza en la atención.

- Riesgo de complicaciones y seguridad de los pacientes.
- Agravamiento del dolor y sufrimiento del paciente y la familia.
- Largas demoras para la atención, son propicias para la insatisfacción del paciente y familiares.
- Aumento de los índices de pacientes en la sala de observación y falta de espacio para las verdaderas emergencias.
- Prolongación de los tiempos de estancia en observación.
- Bajos resultados en de la productividad y eficiencia.
- Riesgos en la integridad física del personal por violencia o agresividad de pacientes o familiares.
- Falta de oportunidad para la docencia, entrenamiento y capacitación.

- Mala relación médico-paciente. (9)

3.8. Funciones de la enfermera encargada de *triage*.

1. Recibir el paciente en el sitio de llegada, realizando una inmediata inspección, adecuada inmovilización y traslado hasta el área de valoración o tratamiento.
2. Utilizar recursos clínicos básicos, sencillos y precisos para valorar y clasificar el paciente (Signos vitales, inspección general, estado de conciencia).

3. Ingresar el paciente Prioridad I inmediatamente al área de valoración y atención inicial (Reanimación, Observación o Consultorio).
4. Elaborar formato de Triage.
5. Iniciar el contacto con el paciente y la familia e informarles acerca del proceso de atención en el Departamento de Urgencias, que debe existir en un instructivo entendible para los familiares. Se anexa
6. 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.
7. Informar, orientar y educar a los usuarios sobre la utilización óptima y racional del servicio de urgencias. (2) (3).

3.9. Características de la clasificación.

Una buena clasificación en condiciones difíciles precisa de una disciplina de trabajo rigurosa y mantenida, la clasificación es siempre previa a cualquier tratamiento individualizado y debe tener las siguientes características. (19)

3.9.1. Personalizada:

individuo a individuo en todos los individuos afectados.

3.9.2. Dinámica:

mantener una cadena de atención ininterrumpida, eficiente, regular en el tiempo empleado en cada uno de los afectados, sin interrupciones dilatadas en el análisis de ninguno de ellos. (9)

3.9.3. Permanente:

En toda la cadena asistencial, reevaluando permanentemente a cada víctima, cada vez que entra en una estación asistencial nueva.

3.9.4. Adaptada:

Al número de pacientes, la distancia a los centros asistenciales, el número de medios de transporte y la capacidad asistencial en la zona. (9)

3.9.5. Socialmente aceptable:

Siempre que las circunstancias lo permitan, mantener los núcleos familiares y sociales dentro de áreas próximas a su lugar de residencia. (12)

3.9.6. En sentido anterógrado:

Sin volver hacia atrás hasta haber examinado a todos.

Para llevar a cabo estas reglas se hace necesario, que la persona responsable del **triage** sea un facultativo con una amplia experiencia en emergencias médicas y un gran sentido clínico, además de poseer cualidades personales como dotes de mando, serenidad, capacidad organizativa e imaginación (10) .

3.10. Objetivos del triage.

CUADRO Nº 1. OBJETIVOS IMPORTANTES DEL TRIAGE

OBJETIVOS DEL TRIAGE
<ul style="list-style-type: none">- Asistencia precoz- Aplicación de maniobras salvadoras- Determinar el grado de urgencia- Implementar el uso de recursos críticos- Documentar a los pacientes- Controlar el flujo de víctimas- Asignar áreas de atención- Distribuir al personal por áreas asistenciales- Iniciar medidas diagnósticas- Iniciar medidas terapéuticas- Control precoz de las infecciones (10)

- Preparar la atención al público
- Atención a los familiares

FACTORES DETERMINANTES EN LA CLASIFICACIÓN

- Elegir bien el lugar de concentración
- Evaluación rápida
- Reevaluación continua (10)

FUENTE: Acuña Ramírez David, Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia, 2015.

3.11. Elementos necesarios para establecer un sistema de triage.

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

La calidad asistencial y el consumo de recursos en la zona será siempre inversamente proporcional al número de afectados y al tiempo en que puedan ser atendidos de manera definitiva en los servicios médicos (hospitales o clínicas) de las áreas retrasadas. (10) .

De todos modos, esta clasificación presenta dificultades a tener en cuenta (cuadro 2).

3.12. Circunstancias que dificultan la clasificación.

CUADRO Nº 2. DIFICULTADES QUE LIMITAN AL TRIAGE

Dificultades en triage
<ul style="list-style-type: none">- Improvisación- Dramatismo- Condiciones medioambientales- Luz- Lluvia- Bajas temperaturas- La rapidez de la respuesta- Ausencia de un puesto de carga de ambulancias- Ausencia de protocolos asistenciales- Las dificultades de la documentación- La ausencia de criterios claros de los primeros intervinientes- La necesidad eventual de equipos pesados- Accesos difíciles Ausencia de estrategias generales. (10)

FUENTE: Acuña Ramírez David, Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia, 2015.

3.13. Elementos rápidos para valorar a las víctimas.

3.13.1. Inspección:

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

3.13.2. Evaluación:

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

3.14. Secuencia para valoración.

CUADRO Nº 3. PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN EN TRIAGE

Secuencia de valoración en triage
<ul style="list-style-type: none">- Vía aérea- Respuesta verbal- Obstrucción evidente de la vía aérea- Ventilación- Frecuencia profundidad y simetrías ventilatorias- Circulación- Frecuencia de pulso- Reflujo capilar- Sangrado evidente- Focalidad neurológica- Capacidad integral de respuesta (11).

FUENTE: Jiménez Agustín Julian, Manual de Protocolos y Actualización en Urgencias, 2016.

La evaluación considera la integridad del aparato respiratorio y circulatorio; la presencia de sangrados o lesiones que afecten directamente a alguno de estos órganos de forma inmediata, lesiones viscerales que los afectarán de forma inmediata, integridad neurológica, lesiones músculo esqueléticas, etc. (presencia, frecuencia, amplitud y ritmo de la caja torácica) (10)

La presión del pulso informa de la bomba cardíaca en sus parámetros de precarga, frecuencia y contractilidad, elementos básicos para valorar la volemia de forma inmediata. El relleno capilar nos da una visión global de aspectos de la respiración mantenida, ventilación, volemia, consumo de oxígeno, gasto cardíaco. (6)

3.15. Decisión terapéutica.

“Qué hay que hacer con este paciente, quien lo hará y dónde”; esta decisión se acompañará de la activación de los elementos (personal y medios) necesarios para la puesta en marcha de una cadena asistencial diferente para cada uno de los flujos de asistencia.

3.16. Categorías clásicas.

Clásicamente las víctimas de una situación de catástrofe se han dividido en cuatro clases de acuerdo a la gravedad de sus lesiones y al compromiso vital que ellas comportan, estos cuadros con sus equivalencias son universalmente aceptados y nos orientan sobre la esperanza de vida (10)

En esta línea y orientados al tratamiento, cada categoría plantea un tiempo máximo en el que el sujeto debe recibir atención médica para asegurar su supervivencia y que en términos generales establece tres plazos: terapéuticos aquéllos que deben ser atendidos en el acto, los que pueden sufrir una demora inferior a seis horas y los que deben ser atendidos en un plazo de 24 horas. (19)

También clásicamente cada categoría se ha identificado con un color en su etiquetado asignando respectivamente los colores: rojo, amarillo, verde y gris o negro para controlar los pacientes por criterios de prioridad decreciente. (10)

3.16.1. Etiqueta roja.

CUADRO N° 4. PRIMERA CATEGORÍA ETIQUETA ROJA

PRIMERA CATEGORÍA.
Equivalencias: primera categoría, emergencia, extrema urgencia, etiqueta roja, prioridad uno (P-1).
Lesiones que deben ser asistidas en el lugar en el que son identificadas y sólo para resolver la lesión mortal de necesidad

Los cuadros más representativos son:

1. Parada cardiorrespiratoria presenciada y reversible.

Asfixia. Obstrucción mecánica, aguda de la vía aérea, herida maxilofacial que produce o puede producir asfixia, lesión penetrante de tórax, neumotórax a tensión.

2. Shock hipovolémico muy severo, hemorragia interna activa, heridas cardiopericárdicas, evisceración o herida visceral, aplastamiento muscular masivo, politraumatizado inestable, quemados con un porcentaje superior al 20%.

3. Envenenamiento por productos químicos. Complicaciones obstétricas activas, prolapso de cordón.

Deterioro progresivo del nivel de respuesta o de constantes vitales. (11).

FUENTE: Jiménez Agustín Julian, Manual de Protocolos y Actualización en Urgencias, 2016.

3.16.2. Etiqueta amarilla.

CUADRO Nº 5. SEGUNDA CATEGORÍA ETIQUETA AMARILLA

SEGUNDA CATEGORÍA
Equivalencias: segunda categoría, urgente, etiqueta amarilla, muy grave, P-2.
Lesiones que pueden demorar en seis horas su primera asistencia y permiten trasladar al lesionado hacia áreas de socorro y unidades quirúrgicas de urgencia vital.
Los cuadros más representativos son:
Shock estabilizado. Fracturas o dislocaciones acompañadas de compromiso vascular.
1. Heridas viscerales, incluyendo perforación del tracto gastrointestinal, heridas del tracto genito-urinario, heridas torácicas sin asfixia, heridas vasculares que

exigen cirugía reparadora. Todas las lesiones que hayan exigido la aplicación de torniquete. Fracturas abiertas, abdomen agudo.

2. Pacientes en coma, traumatismos craneoencefálicos con focalidad, politraumatizados, heridas abiertas abdominales.

3. Dificultad respiratoria controlada.

Quemados con lesiones del 20%. (11).

FUENTE: Jiménez Agustín Julian, Manual de Protocolos y Actualización en Urgencias, 2016.

3.16.3. Etiqueta verde.

CUADRO Nº 6. TERCERA CATEGORÍA ETIQUETA VERDE

TERCERA CATEGORÍA
Equivalencias: tercera categoría, no urgente, etiqueta verde, menos grave, P-3.
<p>Víctimas cuya asistencia puede demorarse en plazos superiores a las seis horas sin riesgo de muerte para el individuo, aunque puedan quedar con secuelas considerables desde el punto de vista funcional.</p> <p>Los cuadros más representativos son:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lesiones cerebrales que exijan descompresión.2. Heridas musculares, polifracturados, contusiones torácicas, fracturas de huesos largos. <p>Lesionados menores que pueden ser atendidos incluso después de 24 horas en puestos asistenciales muy retrasados: fracturas de huesos cortos, luxaciones, heridas menores, heridas oculares, lesiones maxilofaciales sin cuadros psicológicos y patología médica en paciente previamente enfermo. (11).</p>

FUENTE: Jiménez Agustín Julian, Manual de Protocolos y Actualización en Urgencias, 2016.

P-3 = Leves de la clasificación OTAN

Genéricamente se repiten las lesiones referidas en puntos anteriores: fracturas de huesos cortos, luxaciones, heridas menores, cuadros psicológicos y patología médica en paciente previamente enfermo.

Víctimas que deben ser atendidas por criterios de funcionalidad lesional o psicológica, que no deben distraer recursos del área de catástrofe hasta que no se hayan asegurado otros niveles asistenciales. (11)

3.16.4. Etiqueta gris.

CUADRO Nº 7. CUARTA CATEGORÍA ETIQUETA GRIS

CUARTA CATEGORÍA
Equivalencias: cuarta categoría, etiqueta gris, fallecidos: “situación omega” . Víctimas sin ninguna posibilidad de sobrevivir, paradas cardiorrespiratorias no presenciadas. Traumas craneales con salida de masa encefálica, destrucciones multiorgánicas, etc. En ellas no se debe efectuar ningún esfuerzo terapéutico. (18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia, 2013 – 2014.

3.17. Clasificación.

CUADRO Nº 8. CLASIFICACIÓN DE EQUIVALENCIAS

Equivalencias				
Categoría	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Etiqueta	Roja	Amarilla	Verde	Gris / negra

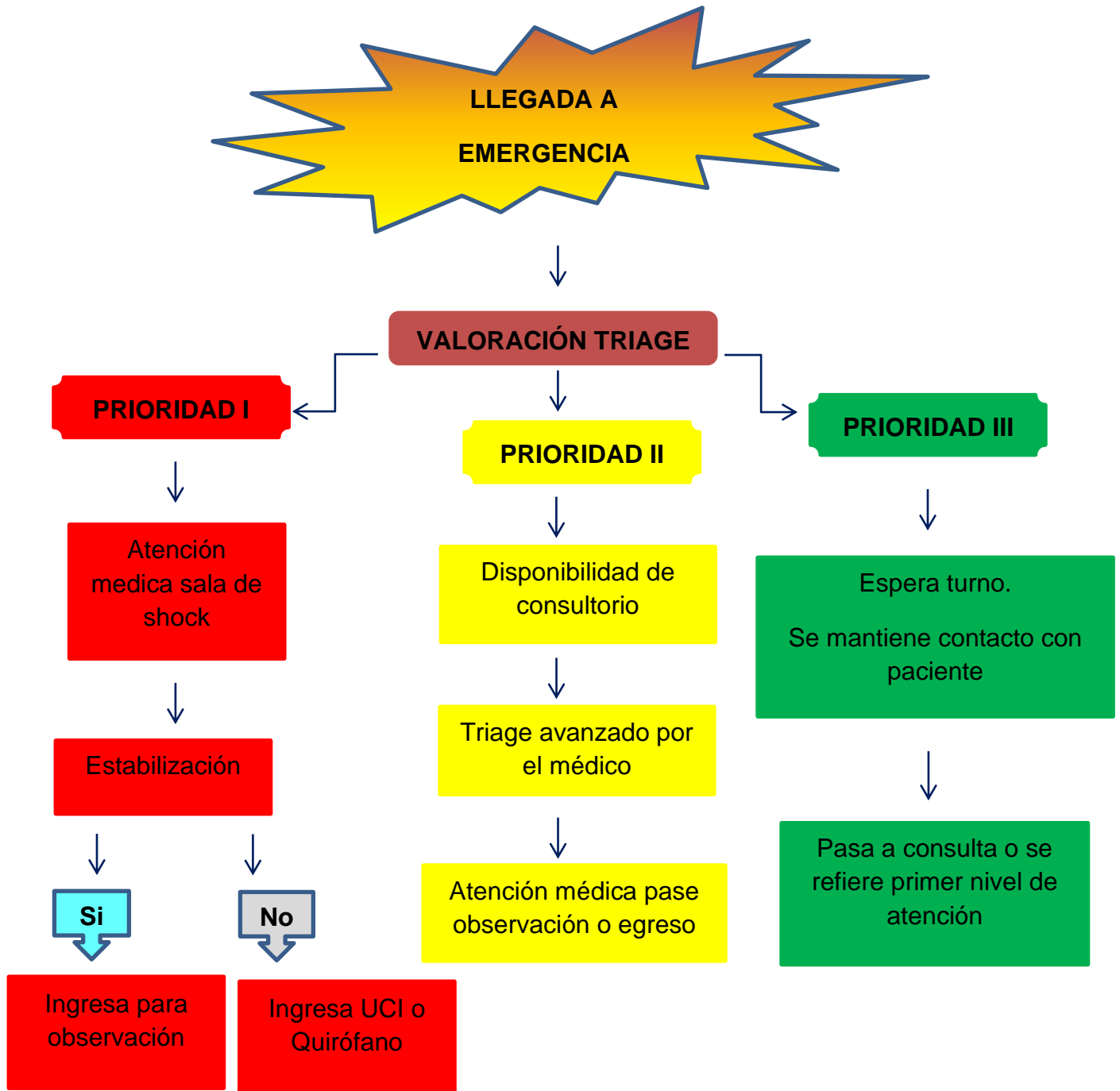
Urgencia	Extrema	Urgente	No urgente	No asistencia
Prioridad	P-1	P-2	P-3/P-4 -	-
Gravedad	Extrema	Muy Grave	Menos grave/Leve	-
Patologías	PCR presenciada	Coma	Heridas musculares	Fallecidos
	Asfixia interna Hemorragia en tórax Shock hipovolémico Politraumatizado Quemados más del 20%	TCE con focalidad Heridas abdomen Dificultad respiratoria Necesidad torniquetes	Contusiones torácicas Fractura huesos largos Fractura huesos cortos Luxaciones Heridas menores Cuadros psicológicos Patologías previas	
Estas son las equivalencias que son mayormente tomadas en cuenta. (11).				

FUENTE: Jiménez Agustín Julian, Manual de Protocolos y Actualización en Urgencias, 2016.

3.18. Estandarización del proceso de triage.

La estandarización comprende el flujograma que describe la ruta del paciente de acuerdo con la prioridad de atención; el responsable de la atención y las actividades. (11).

3.18.1. Flujograma en el proceso de triage.



(18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia, 2013 – 2014.

3.18.2. Proceso de atención en triage.

CUADRO Nº 9. SECUENCIA DEL PROCESO EN TRIAGE

PROCESO DE TRIAGE
<ul style="list-style-type: none">- El paciente llega al servicio de urgencias.- El personal de seguridad orienta al paciente y la familia y los conduce al área de triage.- sí requiere proporciona silla de ruedas o camilla.- Informa al personal del área de triage y mantiene vigilancia en caso de situaciones masivas.- El médico o la enfermera hace la valoración inicial, aspecto, signos vitales, estado de conciencia y define "Prioridad de Atención"- Registra la hoja de triage y establece contacto con el medico que continuara la atención.
¿ES PRIORIDAD I? <ul style="list-style-type: none">- El médico o enfermera de triage pasa inmediatamente al paciente al interior del servicio: sala de reanimación, observación o algún espacio disponible.- Activa a todo el equipo de reanimación.- Mantiene el contacto con los familiares.- Envía a un familiar a la ventanilla de recepción para el ingreso administrativo.- Se lleva a cabo la atención avanzada, estabilización, medidas de soporte vital A, B, C, D.- Toma de muestras para estudio de laboratorio, gabinete, productos sanguíneos, etc.- Se solicitan valoración integral especializada o muchas especialidades.- Se informa detalladamente a los familiares o autoridad responsable.

- **Continúa la atención y posteriormente se establece destino del paciente: Quirófano, UCI, hospitalización, traslado a otra unidad, etc.**
- **Si el paciente egresa de urgencias a otro servicio, se analiza el desempeño del equipo.**

¿ES PRIORIDAD II?

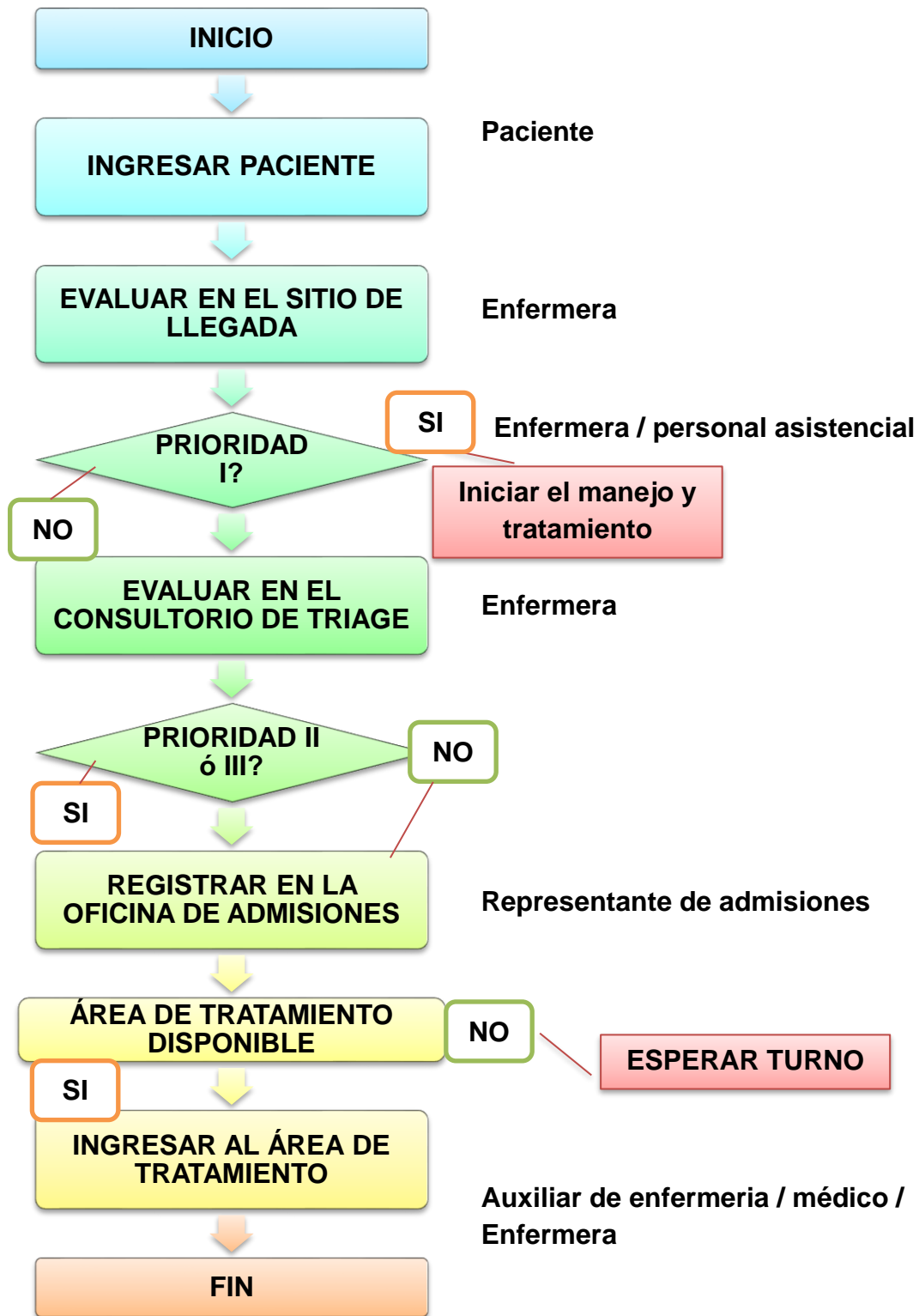
- **El médico o la enfermera de triage, valora disponibilidad de consultorio, cama de observación o algún otro espacio, para su atención. (10 a 15 minutos).**
- **Pasa al paciente a consulta o valoración médica (triage avanzado).**
- **Envía a familiar con la documentación, a la ventanilla de recepción para el ingreso administrativo. mantiene el contacto con familiares.**
- **Después de la atención y confirmación de PRIORIDAD.**
- **Se valora el ingreso a observación para continuar estudio y tratamiento.**
- **De no ameritar ingreso, se establece tratamiento y refiere a primer nivel para su control.**
- **Si en la revaloración se define PRIORIDAD I (regresar al paso No. 3)**

¿ES PRIORIDAD III?

- **De acuerdo a disponibilidad de espacio, se mantiene en el área de TRIAGE o se solicita esperar turno en la sala de espera.**
 - **El médico o enfermera del área de TRIAGE mantiene el contacto**
 - **Si se requiere se hace una nueva valoración, para confirmar PRIORIDAD.**
 - **De manera amable, se le explica que los pacientes nivel I y II tienen PRIORIDAD sobre el III.**
 - **Si es posible informar sobre el uso racional de los servicios de urgencia.**
- (2)

FUENTE: Lucena Velandia Martha, ESTANDAR OPERACIONAL DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. En Guías para el manejo de atención en el servicio de urgencias, 2009. (Modificado).

3.18.3. Flujograma de atención en triage.



FUENTE: Dueñas Mario, TRIAGE HOSPITALARIO. En GUÍAS PARA MANEJO DE URGENCIAS, 2009. (Modificado).

PROCESO DE ATENCION EN TRIAGE:

1. Ingresa por diferentes medios de llegada al servicio de Urgencias. El personal de seguridad orienta al paciente / acompañante para la valoración por la enfermera.
2. Si no puede caminar, saca silla de ruedas o camilla e informa a la enfermera del triage.
3. Valora el estado del paciente mediante el interrogatorio (nombre, edad, motivo de consulta) y valoración del estado de consciencia y los signos vitales. Asigna una prioridad de atención.
4. ¿El estado del paciente es prioridad I?
5. SI. La paciente prioridad I pasa a ser atendido inmediatamente en urgencias. La enfermera del *trriage* traslada el paciente al área de tratamiento y lleva al acompañante o documentos del paciente a la oficina de admisiones para el ingreso administrativo.
6. NO. Ingresa el paciente al consultorio y realiza la evaluación.
7. ¿El paciente es prioridad II ò III?
8. NO. El paciente es prioridad I y se inicia el manejo.
9. SI. Realiza el ingreso administrativo del paciente.
10. ¿El área de tratamiento requerida se encuentra disponible?
11. NO. El paciente espera un turno de llamado. La enfermera reevalúa periódicamente los pacientes que se encuentran en la sala de espera.

SI. Los pacientes prioridad II reciben atención médica antes que los pacientes prioridad III. (15)

3.19. Actividades de la enfermera de triage.

- Valora y clasifica el paciente según su condición clínica.

- Recibe el paciente gravemente enfermo o lesionado en el sitio de llegada, realizando una adecuada valoración e inicia el manejo.
- Ingresa los pacientes Prioridad I, II al área de tratamiento e informa al médico y enfermera. (2) (15).
- Diligencia el formato de triage.
- Inicia y mantiene contacto con el paciente y la familia. Proporciona información acerca del proceso de atención y tiempo de espera, de acuerdo con la prioridad y el volumen de pacientes en el servicio; idealmente, esta información se complementa con instructivos y medios audiovisuales.
- Evalúa el paciente que está en sala de espera pendiente de valoración médica en forma continua y frecuente. (2)

3.20. Valoración de enfermería.

El primer paso es una evaluación rápida del paciente a su llegada al servicio de urgencias. La aplicación del ABC de la reanimación le permite obtener la primera impresión del estado general del paciente y determinar su registro en el consultorio de triage o su traslado inmediato al área de tratamiento. (2)

3.20.1. Interrogatorio o anamnesis.

Nombre, edad, motivo de consulta (queja principal), enfermedad actual y antecedentes relevantes. Califique los síntomas en términos de severidad, duración (agudo, crónico, intermitente, continuo) y progreso. Si los síntomas recientes han aparecido dentro del contexto de una enfermedad crónica de larga evolución, centre su atención en todo lo relacionado con el último episodio. (2)

3.20.2. Examen físico.

- Limitado al órgano o sistema según la queja principal. Debido al poco tiempo y la planta física del consultorio de triage, se reemplaza el examen físico por la revisión por sistemas. (2)

- Estado mental y grado de conciencia, escala de coma de Glasgow.
- Apariencia general: facies, postura, marcha, lenguaje, aspecto (enfermo y agobiado por el dolor). (2)
- Signos vitales: presión arterial, pulso, respiraciones y temperatura. En algunos casos, medición de la saturación de oxígeno, glucometría. (2)

3.20.3. Valoración del dolor.

Se le dará especial importancia a la evaluación del dolor puesto que es la causa de consulta más frecuente y es un factor que incide fuertemente en la decisión de triage. Se debe disponer de alguna de las escalas del dolor que ayude al paciente a describir la intensidad del dolor; en esta guía se utiliza la “escala de categorías de dolor” con cuatro categorías: ninguno (0); leve (1-3); moderado (4-6) y severo (7-10). (2).

3.21. Escala de prioridades del triage.

Existe una amplia discusión sobre los niveles de priorización de los pacientes; sin embargo, agremiaciones médicas y de enfermería de países como Canadá, Australia y Estados Unidos han unificado la escala de triage del servicio de urgencias en cinco niveles. El modelo de triage propuesto, adopta dichos conceptos y presenta una escala de cinco prioridades de triage. (cuadro 1). (20)

Los cuadros que se encuentran entre el 2 y el 15 muestran la descripción clínica de la escala por sistema comprometido, que puede ser usada como apoyo para las decisiones y no pretende excluir otras presentaciones clínicas de enfermedad o trauma.

El cuadro 2 muestra los valores anormales de los signos vitales por rango de edad. Las alteraciones de la frecuencia respiratoria, la presión arterial y el pulso se consideran prioridad I. Las alteraciones de la temperatura se consideran prioridad II. Los signos vitales aislados no son patrón de clasificación, se deben correlacionar con el cuadro clínico del paciente. (17)

3.22. Niveles de prioridad de la atención.

Con la finalidad de facilitar la aplicación y evitar confusiones, establecemos cinco niveles de prioridad, sin desechar la posibilidad de considerar los seis o tres niveles que han adoptado en otros países, pero esto es resultado de la experiencia que han adquirido y los años que tienen desarrollando esta estrategia, para nosotros, considerando la fase inicial del programa, partiremos de tres niveles, que están organizados de mayor a menor complejidad. (7)

La información está organizada por aparatos y sistemas, de acuerdo con la severidad y la prioridad de atención, que se detalla en los siguientes cuadros:

- Escala de prioridades del triage en general
- Signos y síntomas cardiovasculares.
- Signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.
- Signos y síntomas respiratorios.
- Signos y síntomas neurológicos
- Signos y síntomas músculo-esquelético
- Signos y síntomas oculares.
- Signos y síntomas del oído, nariz y garganta.
- Signos y síntomas urinarios.
- Signos y síntomas genitales masculinos.
- Signos y síntomas de los genitales y del sistema reproductor femenino.
- Síntomas del sistema endocrino.
- Signos y síntomas del sistema tegumentario
- Signos y síntomas psicológicos.
- Signos y síntomas comportamientos psiquiátricos. (18)

3.22.1. Nivel de priorización.

CUADRO N° 10. ESCALA DE PRIORIDADES DEL TRIAGE

ESCALA	TIEMPO DE RESPUESTA	DESCRIPCIÓN
Prioridad I Reanimación	Atención médica y de enfermería: inmediato, Simultánea a la valoración.	Paciente quien presenta una condición que amenaza la vida; el paciente requiere una intervención médica inmediata. Se incluyen en esta categoría pacientes con dificultad respiratoria severa, estado de inconsciencia o ausencia de signos vitales, debido a trauma mayor, problemas cardiorrespiratorios o neurológicos.
Prioridad II Emergencia	Atención de enfermería: Inmediato. Atención médica: 15 minutos.	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo potencial de amenaza a la vida o pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una intervención médica rápida; por ejemplo: pacientes en estado de agitación, dolor torácico, dolor abdominal, síntomas asociados con diabetes descompensada, algunas cefaleas, trauma o fiebre alta en niños, otras dolencias como vómito y diarrea, dolor de cólico renal, amputación traumática. También se incluye todo tipo de dolor severo (nivel 7-10) y afecciones en las cuales el tiempo es crítico para iniciar el tratamiento.
Prioridad III Urgencia	Atención médica y de enfermería: menor	Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica con condiciones que pueden progresar a problemas serios que requieren intervención de emergencia. Regularmente se asocian con molestias relevantes

	De 30 minutos.	que interfieren en el trabajo o las actividades de la vida diaria. Son ejemplos de estos síntomas cefalea, dolor torácico, asma leve a moderada, sangrado leve a moderado y síntomas asociados con diálisis. También se incluye todo tipo de dolor moderado y afecciones en las cuales el tiempo es crítico para iniciar el tratamiento.
Prioridad IV - Urgencia menor	Atención médica y de enfermería: menor de 60 minutos	Condiciones relacionadas con la edad del paciente, angustia o deterioro potencial o complicaciones, que se beneficiará de la intervención o de tranquilizarlo dentro de 1-2 horas. Incluye síntomas como dolor torácico (no sugestivo de síndrome coronario agudo), dolor de cabeza, dolor abdominal y depresión.
Prioridad V - No urgente	Tiempo de atención: 120 minutos	Condiciones que pueden ser agudas, pero no comprometen el estado general del paciente y no representan un riesgo evidente; también condiciones que hacen parte de problemas crónicos sin evidencia de deterioro. Por ejemplo, trauma menor, estrés emocional e inflamación de la garganta. La atención puede ser postergada y el paciente puede ser referido a consultorio anexo. (18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.22.2. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas cardiovasculares.

CUADRO Nº 11. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

SIGNOS Y SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	
PRIORIDAD I Reanimación	Paro cardíaco. Hipotensión severa (PAS < 80 mmHg en adulto) o niño en estado de shock severo. Sobredosis intravenosa que produce inconciencia o hipo ventilación.
PRIORIDAD II Emergencia	Compromiso circulatorio: piel fría y moteada; pobre perfusión. Hipotensión con efectos hemodinámicos. Dolor torácico irradiado a cuello o brazo, acompañado de diaforesis, disnea, náuseas o angustia. Dolor torácico en paciente con antecedente de enfermedad coronaria Palpitaciones acompañadas de pulso irregular, diaforesis, náuseas, alteración del estado de alerta o alteración neurosensorial. Hipertensión arterial asociada con cefalea, alteración neurosensorial, alteración del estado de alerta, dolor torácico o epistaxis. Lesión penetrante en tórax. Quemadura eléctrica. Bradicardia o taquicardia (FC < 50 por min o > 150 por min en adulto). Sangrado activo sin signos de shock. (18)
PRIORIDAD III Urgencia	Dolor torácico no irradiado, sin disnea o pulso irregular, sin cambios en el color de la piel o diaforesis.

	<p>Episodio auto limitado de palpitaciones sin compromiso del estado general.</p> <p>Sangrado activo en paciente con antecedente de hemofilia.</p> <p>Lesión penetrante en vaso sanguíneo con sangrado moderado.</p> <p>Episodio de lipotimia en paciente con marcapaso.</p> <p>Edema de miembros inferiores, disnea, aumento de clase funcional.</p>
<p>PRIORIDAD IV</p> <p>Urgencia menor</p>	<p>Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda.</p> <p>Dolor torácico asociado con tos y fiebre.</p> <p>Dolor torácico relacionado con la rotación del tronco o palpación.</p> <p>Sangrado leve.</p>
<p>PRIORIDAD V</p> <p>No urgente</p>	<p>Edema de miembros inferiores en pacientes con antecedente de insuficiencia cardiaca, sin dificultad respiratoria.</p> <p>Hipertensión (PA mayor de 140/90 mm Hg en el adulto). (18)</p>

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.22.3. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.

CUADRO N° 12. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS ABDOMINALES Y GASTROINTESTINALES

SIGNOS Y SÍNTOMAS ABDOMINALES Y GASTROINTESTINALES	
<p>PRIORIDAD I</p> <p>Reanimación</p>	<p>Trauma abdominal cerrado o penetrante con dolor severo, sangrado y signos de shock severo.</p> <p>Enterorragia masiva con signos de shock severo.</p> <p>Hematemesis masiva con signos de shock severo.</p>

	Intoxicación aguda con compromiso respiratorio, cardiaco o inconciencia.
PRIORIDAD II Emergencia	Dolor abdominal severo, constante. Trauma abdominal con dolor severo, sangrado moderado y sin signos de shock. Dolor abdominal acompañado de diaforesis, náuseas, dolor en miembro superior izquierdo, disnea y angustia. Dolor abdominal, vómito o diarrea con signos de deshidratación moderada a severa. Antecedente de ingesta de tóxicos altamente sedativos o con efectos cardiacos.
PRIORIDAD III Urgencia	Emesis en “cuncho de café”, moderado sin otro compromiso. Sangrado rectal moderado sin compromiso hemodinámico. Lesión abdominal reciente (menor de 24 horas) con dolor moderado. Dolor abdominal intermitente. Dolor abdominal, vómito, diarrea y deshidratación leve. Dolor abdominal en mujer sexualmente activa.
PRIORIDAD IV Urgencia Menor	Imposibilidad para tragar sin dificultad para respirar (atoramiento). Dolor abdominal leve localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente. Vómito sin sangre, sin deshidratación. Diarrea sin deshidratación. Cólico menstrual.
PRIORIDAD V No urgente	Flatulencia. Náuseas. Estreñimiento. Eructos. Regurgitación. Pirosis.

	<p>Anorexia.</p> <p>Hiporexia.</p> <p>Hemorroides.</p> <p>Sangrado ano rectal escaso, durante la deposición. (18)</p>
--	---

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.22.4. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas respiratorios.

CUADRO N° 13. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	
PRIORIDAD I Reanimación	<p>Paro respiratorio.</p> <p>Frecuencia respiratoria <10 por min.</p> <p>Lesiones de la vía aérea con riesgo inminente de paro respiratorio.</p> <p>Dificultad respiratoria severa.</p> <p>Quemadura de la vía aérea.</p> <p>Hemoptisis masiva.</p> <p>Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, tapón de moco, trauma facial e inmersión.</p>
PRIORIDAD II Emergencia	<p>Disnea súbita posterior a inhalación de sustancias químicas.</p> <p>Disnea acompañada de cianosis, sibilancias audibles.</p> <p>Disnea con tirajes supraclaviculares, intercostales, aleteo nasal o estridor.</p> <p>Trauma penetrante en tórax.</p> <p>Trauma cerrado de tórax acompañado de dolor torácico, disnea súbita o respiración asimétrica.</p>
PRIORIDAD III	Disnea moderada progresiva.

Urgencia	Hemoptisis moderada. Aumento de disnea en paciente con EPOC, Saturación O2 < 90%
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Trauma de tórax sin dolor ni dificultad respiratoria. Disnea progresiva en pacientes con antecedente de EPOC. Dolor torácico relacionado con la inspiración profunda. Tos con expectoración y fiebre. Aspiración de cuerpo extraño sin dificultad respiratoria.
PRIORIDAD V No urgente	Tos seca o productiva hialina, rinorrea, malestar general con o sin fiebre. Disfonía. Tos crónica sin signos de dificultad respiratoria. (2)

FUENTE: Lucena Velandia Martha, ESTANDAR OPERACIONAL DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. En Guías para el manejo de atención en el servicio de urgencias, 2009. (Modificado).

3.22.5. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas neurológicos.

CUADRO N° 14. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS	
PRIORIDAD I Reanimación	Paciente sin respuesta o respuesta al dolor solamente. Escala de Coma de Glasgow (GCS) < 9. Trauma de cráneo con pérdida del estado de conciencia o déficit neurológico al ingreso a urgencias. Convulsión continua y prolongada.
PRIORIDAD II Emergencia	Estado epiléptico o episodio de convulsión.

	<p>Somnolencia o deterioro progresivo del estado de conciencia de cualquier causa (GCS <13).</p> <p>Episodio agudo de pérdida o disminución de la función motora (disartria, paresia, afasia).</p> <p>Episodio agudo de cefalea y cambio en el estado mental.</p> <p>Trauma en columna con déficit neurológico.</p> <p>Trauma de cráneo en paciente anti coagulado o hemofílico.</p> <p>Fiebre con signos de letargia en cualquier edad.</p>
<p>PRIORIDAD III</p> <p>Urgencia</p>	<p>Historia de síncope o lipotimia con recuperación total sin déficit neurológico.</p> <p>Antecedente de convulsión con recuperación total, sin déficit neurológico.</p> <p>Episodio agudo de confusión con recuperación actual.</p> <p>Antecedente de trauma con pérdida momentánea de la conciencia y recuperación actual.</p> <p>Vértigo con vómito incoercible.</p> <p>Cefalea asociada con fiebre y/o vómito.</p> <p>Cefalea en paciente con historia de migraña.</p>
<p>PRIORIDAD IV</p> <p>Urgencia menor</p>	<p>Trauma de cráneo leve sin pérdida de la conciencia y sin déficit neurológico.</p> <p>Vértigo sin vómito.</p> <p>Disminución progresiva en fuerza o sensibilidad de una o más extremidades.</p>
<p>PRIORIDAD V</p> <p>No urgente</p>	<p>Cefalea crónica sin síntomas asociados.</p> <p>Dolor crónico y parestesias en extremidades.</p> <p>Parestesias asociadas con ansiedad e hiperventilación. (2)</p>

FUENTE: Lucena Velandia Martha, ESTANDAR OPERACIONAL DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. En Guías para el manejo de atención en el servicio de urgencias, 2009. (Modificado).

3.22.6. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas musculoesqueléticos.

CUADRO Nº 15. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS MUSCULO ESQUELÉTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS MUSCULO ESQUELÉTICOS	
PRIORIDAD I Reanimación	
PRIORIDAD II Emergencia	Fractura abierta con sangrado abundante, dolor intenso. Amputación traumática. Trauma por aplastamiento con dolor severo o compromiso neurovascular. Luxaciones (hombro, cadera).
PRIORIDAD III Urgencia	Trauma en cadera con dolor y limitación del movimiento. Dolor agudo en extremidad con compromiso circulatorio. Lesiones de punta de dedo. Fracturas múltiples. Fractura de huesos largos.
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores y parestesias. Trauma cerrado de mano y pie sin compromiso neurovascular. Trauma en extremidad con deformidad y dolor tolerable, sin déficit neurológico o circulatorio. Paciente hemofílico con dolor articular.
PRIORIDAD V No urgente	Dolor lumbar crónico, sin síntomas asociados. Espasmo muscular. Mialgias y artralgias crónicas. Edema sin trauma. Limitación funcional crónica. Trauma menor. (18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.22.7. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas oculares.

CUADRO N° 16. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS OCULARES

SIGNOS Y SÍNTOMAS OCULARES	
PRIORIDAD I Reanimación	
PRIORIDAD II Emergencia	Accidentes con ácido o álcalis que requieren irrigación inmediata del ojo. Pérdida súbita de la visión. Trauma penetrante.
PRIORIDAD III Urgencia	Visión borrosa aguda y progresiva. Dolor ocular. Hifema - sangrado en la cámara anterior - Diplopía
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Inflamación o cuerpo extraño con visión conservada. Trauma ocular con visión conservada. Fotopsias.
PRIORIDAD V No urgente	Hemorragia subconjuntival. Cambios graduales de visión. Secreción ocular, lagrimeo y prurito. Edema palpebral. Ardor ocular. Miodesopsias (ver pequeños puntos de luz que desaparecen al instante moscas volantes). (18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.22.8. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas oído, nariz, boca y garganta.

CUADRO Nº 17. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL OÍDO

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL OÍDO	
PRIORIDAD I Reanimación	
PRIORIDAD II Emergencia	Amputación traumática de la oreja. Otorragia u otoliquia postrauma.
PRIORIDAD III Urgencia	Hipoacusia aguda postrauma. Sordera súbita.
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Tinnitus, vértigo. Otalgia, otorrea y fiebre. Cuerpo extraño en oído, sangrado o molestia.
PRIORIDAD V No urgente	Cuerpo extraño en el oído sin dolor o molestia. Hipoacusia progresiva. (18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

CUADRO Nº 18. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS NARIZ, BOCA Y GARGANTA

SIGNOS Y SÍNTOMAS NARIZ, BOCA Y GARGANTA	
PRIORIDAD I Reanimación	Trauma facial con obstrucción de la vía aérea o riesgo de obstrucción. Disfonía con historia de trauma o quemadura en la laringe. Cuerpo extraño en faringe asociado a disnea.
PRIORIDAD II Emergencia	Rinorrea cristalina o con sangre posterior a trauma de cráneo. Sangrado abundante. Disnea, disfagia, sialorrea e instauración súbita de estridor. Epistaxis asociada con presión arterial alta, cefalea, trastornos de la coagulación.
PRIORIDAD III Urgencia	Sangrado activo en cirugía reciente de garganta, boca o nariz. Amputación de la lengua, herida de mejilla con colgajo.
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Epistaxis intermitente. Trauma nasal asociado con dificultad respiratoria leve. Cuerpo extraño en nariz, dolor o dificultad respiratoria leve. Sensación de cuerpo extraño en orofaringe sin dificultad para respirar. Fractura o pérdida de diente.
PRIORIDAD V No urgente	Herida por punción en paladar duro o blando. Alergia, fiebre y congestión nasal. Trauma nasal sin dificultad respiratoria. Rinorrea, dolor malar o frontal y fiebre. Cuerpo extraño en la nariz sin dolor o molestia. Odinofagia, fiebre y adenopatías. Lesiones en la mucosa oral. (2)

FUENTE: Lucena Velandia Martha, ESTANDAR OPERACIONAL DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. En Guías para el manejo de atención en el servicio de urgencias, 2009. (Modificado).

3.22.9. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas urinarios.

CUADRO N° 19. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS URINARIOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS URINARIOS	
PRIORIDAD I Reanimación	
PRIORIDAD II Emergencia	Dolor severo en dorso, hematuria (Sugestivo de urolitiasis). Trauma de pelvis con hematuria o anuria. Retención urinaria aguda.
PRIORIDAD III Urgencia	Disminución del flujo urinario. Dolor lumbar, hematuria, disuria, polaquiuria, fiebre, vómito y escalofrío.
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Cuerpo extraño uretral. Disuria o poliuria sin fiebre, vómito o escalofrío.
PRIORIDAD V No urgente	Historia de dificultad para la micción. Incontinencia. Secreción de pus. (2)

FUENTE: Lucena Velandia Martha, ESTANDAR OPERACIONAL DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. En Guías para el manejo de atención en el servicio de urgencias, 2009. (Modificado).

3.22.10. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas genitales masculinos.

CUADRO N° 20. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS GENITALES MASCULINOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS GENITALES MASCULINOS	
PRIORIDAD I Reanimación	
PRIORIDAD II Emergencia	Dolor testicular severo, edema o hipo pigmentación. Trauma en pene o escroto, dolor severo e inflamación.
PRIORIDAD III Urgencia	Dolor testicular moderado de varias horas de evolución. Abuso sexual. Priapismo.
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Dolor testicular agudo, leve, fiebre y sensación de masa. Edema del pene. Cuerpo extraño molestia.
PRIORIDAD V No urgente	Secreción purulenta. Prurito o rash perineal. Trauma menor. Aparición de masa en testículo. Impotencia. (2)

FUENTE: Lucena Velandia Martha, ESTANDAR OPERACIONAL DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. En Guías para el manejo de atención en el servicio de urgencias, 2009. (Modificado).

3.22.11. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas genitales y sistema reproductor femenino.

CUADRO N° 21. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS GENITALES Y SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

SIGNOS Y SÍNTOMAS GENITALES Y SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	
PRIORIDAD I Reanimación	Parto en curso. Shock durante el embarazo. Paciente embarazada y con convulsiones.
PRIORIDAD II Emergencia	Sangrado vaginal o uretral severo posterior a trauma. Trauma en el embarazo. Retraso menstrual, dolor abdominal severo o irradiado a hombro. Hemorragia vaginal severa durante el embarazo (más de cuatro toallas sanitarias por hora).
PRIORIDAD III Urgencia	Paciente embarazada y con hipertensión arterial. Sangrado vaginal abundante (más de 10 toallas sanitarias por día o pulso mayor de 100 por minuto). Abuso sexual menor de 72 horas. Disminución de movimientos fetales. Dolor abdominal postquirúrgico. Dolor abdominal acompañado de sangrado o flujo vaginal y fiebre.
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Amniorrea espontánea. Cuerpo extraño en vagina con molestia. Paciente embarazada con sintomatología urinaria. Dolor en los senos y fiebre, relacionado con la lactancia. Abuso sexual mayor de 72 horas.

	Trauma en genitales externos, hematoma o laceración. Sangrado vaginal postaborto o posparto sin hipotensión o taquicardia.
PRIORIDAD V No urgente	Signos de infección en la herida quirúrgica. Prurito vaginal o flujo. Infertilidad. Determinar embarazo. Amenorrea sin sangrado o dolor. Cuerpo extraño en genitales sin molestia. Dismenorrea. Irregularidad en el ciclo menstrual. Prolapso genital. Disfunción sexual. Oleadas de calor. Mastalgia. (18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.22.12. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas endocrinos.

CUADRO Nº 22. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS ENDOCRINO

SIGNOS Y SÍNTOMAS ENDOCRINO	
(Los signos y síntomas descritos para este sistema se deben correlacionar con el estado clínico del paciente).	
PRIORIDAD I Reanimación	
PRIORIDAD II	Deshidratación.

Emergencia	Respiración de Kussmaul. Hipotermia. Hipo o hiperglicemia.
PRIORIDAD III Urgencia	Diaforesis profusa. Poliuria. Polidipsia. Temblor. Diabetes descompensada en paciente conocido.
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Tetania (espasmo muscular fuerte y súbito).
PRIORIDAD V No urgente	Intolerancia al calor o frío. Pérdida de peso. Polifagia. Obesidad. Oleadas de calor. (18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.22.13. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas tegumentario.

CUADRO Nº 23. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS TEGUMENTARIO

SIGNOS Y SÍNTOMAS TEGUMENTARIO	
PRIORIDAD I Reanimación	Reacción alérgica con compromiso ventilatorio o hemodinámico. Quemaduras con compromiso de la vía aérea o SCT >50%
PRIORIDAD II	Mordeduras con sangrado abundante.

Emergencia	<p>Mordedura o picadura con respuesta alérgica sistémica.</p> <p>Quemadura por calor o frío con deshidratación o compromiso general del paciente.</p> <p>Quemadura en cara, cuello, manos, pies y genitales.</p> <p>Herida penetrante con hemorragia incontrolable.</p>
PRIORIDAD III Urgencia	<p>Hipotermia, rash, petequias y fiebre.</p> <p>Mordedura de serpiente o araña, asintomática y sin reacción alérgica.</p> <p>Heridas con sangrado leve a moderado, que requieren sutura.</p> <p>Mordedura de perro sin lavado previo de la herida.</p>
PRIORIDAD IV Urgencia menor	<p>Mordedura de perro con lavado previo de la herida.</p> <p>Lesión por frío, palidez o cianosis localizada, sin dolor o dolor leve.</p> <p>Rash, dolor osteomuscular generalizado, fatiga y fiebre.</p> <p>Quemadura sin compromiso del estado general del paciente y dolor tolerable.</p> <p>Excoriación, laceraciones.</p> <p>Herida menor por punción.</p> <p>Herida infectada localizada.</p> <p>Celulitis.</p> <p>Quemadura solar grado I de poca extensión.</p>
PRIORIDAD V No urgente	<p>Picaduras menores localizadas.</p> <p>Rash de aparición súbita, pruriginoso sin compromiso respiratorio.</p> <p>Adenopatías.</p> <p>Descamación, prurito, resequedad de la piel.</p> <p>Hiperhidrosis. (18)</p>

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.22.14. Escala de prioridades de atención en signos y síntomas de comportamientos psiquiátricos.

CUADRO N° 24. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA ESCALA DE PRIORIDADES DE TRIAGE SIGNOS Y SÍNTOMAS COMPORTAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS COMPORTAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS	
PRIORIDAD I Reanimación	Desórdenes severos de comportamiento con amenaza inminente de agresión violenta.
PRIORIDAD II Emergencia	Paciente violento o agresivo. Amenaza inmediata para sí mismo y otros. Requiere o ha requerido restricción física o medicamentosa. Agitación psicomotora.
PRIORIDAD III Urgencia	Confusión. Alucinaciones. Intento de suicidio o ideación suicida. Estado psicótico agudo. Crisis situacional. Agitado/introvertido. Potencialmente agresivo.
PRIORIDAD IV Urgencia menor	Problemas mentales. Bajo observación y/o no inmediato riesgo para sí mismo y otros. Depresión. Paciente desea evaluación. Ansiedad.
PRIORIDAD V No urgente	Paciente conocido con sintomatología crónica. Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia). Abuso de sustancias. Insomnio. Crisis social, paciente clínicamente estable. (18)

FUENTE: Cabezas Luis, Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 – 2014.

3.23. Marco histórico.

Desafortunadamente, gran parte del desarrollo del conocimiento de la humanidad se ha dado por las Guerras, es así como, la definición de TRIAGE o TRIAJE (se puede escribir de las dos maneras) Las guerras napoleónicas, básicamente la de Speyer en 1867, sientan las bases de los sistemas de selección y clasificación de pacientes. El barón Dominique Jean Larrey, jefe médico de las tropas recibe del Emperador Napoleón Bonaparte una orden simple, pero controvertida: **"Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla, sólo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse"**. (11).

Para lograr este propósito entrena al personal militar sanitario en la identificación de lesiones y les proporciona carrozas tiradas con caballos, recubiertas de pelo de crin de caballo, lo que reduce la incomodidad, favoreciendo el traslado de los soldados con potencial de recuperación al puesto médico para recibir los cuidados por parte de los médicos militares. (11).

se le acuña a Dominique-Jean Larrey, cirujano de la Guardia Imperial de Napoleón en los primeros años de 1800, él decía que los soldados que presentaban heridas más graves deberían ser atendidos primero. A continuación, la historia del triage, un corto recorrido histórico que ha contribuido a la definición del TRIAGE y al desarrollo de los diferentes sistemas que hoy se conocen, además, de los ámbitos intrahospitalarios y extra hospitalarios en que se ha desarrollado el TRIAJE. (11).

En la guerra de independencia de Grecia en 1827, el cirujano británico John Wilson clasificó los heridos en leves, graves y fatales. Mientras que en el continente americano (años 1861-1865), en la guerra civil americana, un soldado llamado Jonathan Letterman diseñó un plan de evacuación con tres niveles, el primer nivel en donde se atendían a los lesionados a 100 metros del campo de batalla, el segundo a pocos

kilómetros y el tercero un lugar en donde tenía la capacidad de albergar de 2000 a 3000 heridos. (4)

En la segunda guerra mundial, entre los años de 1939 y 1945, se estableció el triage en **3 categorías**, primera categoría heridos leves; segunda categoría, los que están gravemente heridos y necesitan medidas de reanimación y procedimiento quirúrgicos y la tercera categoría los irremediabilmente heridos (es decir, los que se iban a morir).

En la Guerra de Corea entre los años de 1950 y 1953, el triage experimenta un gran avance con la puesta en marcha de un sistema de transporte por niveles de complejidad, es decir, cuando el herido era de primer nivel era transportado por vía aérea, lo anterior, redujo tiempo entre la lesión y el tratamiento definitivo. Todos los acontecimientos históricos anteriores hacen referencia al entorno extra-hospitalario.

El triage hospitalario, fue referenciado por primera vez en 1965 por el norteamericano Richard Weinerman, él escribió que el TRIAGE era un método que se basaba en identificar y priorizar los pacientes que necesitaban atención urgente, los que no, eran derivados a otros niveles asistenciales; luego, en Australia en 1975, en el Hospital Box Hill, se estructura el triaje hospitalario de 5 niveles con códigos de color y directrices en cuanto al tiempo de espera recomendado y el tiempo de espera máximo. (4)

De ahí en adelante surgen diferentes sistemas de Triage como Escala de Triage de Ipswich (ITS), Escala Nacional de Triage (NTS), Escala Australiana de Triage (ATS), Escala Canadiense de Trige (CTAS), Sistema de Triage de Manchester (MTS), Escala Índice Severo de Emergencia (ESI).

En el 2005, la Asociación de Enfermeras de Emergencias y el Colegio Americano de Médicos de Emergencias, ambas asociaciones de Estados Unidos, recomendaron utilizar la ESI o la CTAS por su fiabilidad, relevancia y validez. (4).

3.24. Marco legal.

En Bolivia actualmente no se cuenta con una normativa legal estándar de triage. Solo se hace referencia a la Ley del Seguro Universal de Salud, decretada el 02 de enero del año 2017 mediante una resolución ministerial resuelve que el artículo 18 de la

Constitución Política del Estado dispone: “Que todas las personas tienen derecho a la salud; el estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna y el sistema único de salud, será universal, gratuito, equitativo, intercultural, intra cultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno”.

Otros países cuentan con sus sistemas de triage que van mejorando paulatinamente, según sus necesidades y exigencias. (8)

Colombia, por ejemplo; mediante una resolución de su ministerio de salud en el ejercicio de sus atribuciones legales especialmente las conferidas de los artículos 173 numeral 3 de la ley 100 del año 1993. Implementa todos los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación “Triage” para ser aplicados en instituciones prestadoras de servicios de salud. (13)

IV. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.

4.1. Caracterización del problema.

La Atención Primaria de Salud (APS), concebida como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y el desarrollo de los sistemas de salud, a tres décadas de la reunión de Alma Ata, toma renovada fuerza con el reconocimiento cada vez más creciente de que los sistemas de salud basados en la APS resultan más equitativos y obtienen mejores resultados en salud. (13)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define los sistemas de salud basados en la APS como “...un enfoque amplio de la organización y operación de los **sistemas de salud**, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”. La estrategia de renovación de la APS en las Américas llama a los países de la región a: completar la implementación de la APS allí donde este proceso haya fallado (la agenda inconclusa); a fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos, y a incorporar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano. (13)

El número de pacientes que busca atención en el servicio de emergencia ha ido aumentando progresivamente.

Este fenómeno, sumado a la falta de camas disponibles dentro del hospital para la hospitalización, determina que se produzca un desbalance entre la oferta y demanda de atenciones médicas. Así, los pacientes compiten por los recursos disponibles en determinado momento. al mismo tiempo existe descontento e inconformidad del usuario externo con la atención recibida porque la atención que se da no es por prioridad de acuerdo a la gravedad de su estado de salud y esto es cada vez más observado. Esta situación determina que el usuario abandone el servicio sin recibir atención, generando complicación por el avance de la patología, que posteriormente requiere atención en unidades de mayor complejidad, por especialista y UTI (unidad de terapia Intensiva). La institución es demandada por resarcimiento de gastos de atención en otras instituciones privadas.

Todo usuario que solicita atención en el servicio de Emergencia, exige una atención inmediata y prioritaria; así mismo los usuarios transferidos de la consulta externa con nota de internación o solicitud de interconsulta con especialidades, aunque su patología no sea de emergencia; el paciente reclama la atención en emergencia, por lo que son atendidos por la Lic. En enfermería y posteriormente es valorado por el médico de emergencia de turno.

Los sistemas de salud basados en la APS se caracterizan por una serie de valores, principios y elementos fundamentales que la definen y caracterizan. La organización y gestión óptima es uno de esos elementos fundamentales que apunta a la transformación gerencial y organizacional e implica el desarrollo de la capacidad de los establecimientos y de las redes de servicios de salud para cumplir las normas de calidad, ofrecer lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos con los recursos disponibles.

La gestión óptima de los servicios de salud en emergencias, orientados a la eficiencia con calidad, requiere de metodologías y herramientas que den respuesta a las necesidades de los profesionales de salud, más específicamente el personal de enfermería, en su misión de mejorar el estado de salud de la población a la que sirven.

Al mismo tiempo acuden usuarios que tiene tratamiento médico como: venoclisis inyectables endovenosos, intramusculares, Nebulizaciones, curaciones de heridas y otros. Esto sumado a que enfermería no cuenta con espacio físico para procedimientos. Conlleva a que el personal de enfermería sufra tensión en el trabajo y además que el personal es insuficiente para poder cubrir las necesidades de los pacientes.

La evaluación de riesgo o sistema de triage en el servicio de urgencia permitirá determinar la gravedad o necesidad de atención médica inmediata de los pacientes de manera estructurada. Determinar qué paciente puede ser atendido en las zonas de seguridad con apoyo de otras áreas médicas o requiere la atención exclusiva del personal de la unidad de terapia intensiva por la complejidad de su padecimiento, o por su enfermedad y necesidades de soporte requiere traslado inmediato a otra unidad

médica, para esto se hace necesario revisar e implementar el sistema de triage. Esto contribuirá de gran manera en la mejora de atención en el servicio de emergencia reduciendo costos, tiempo. (2) (3).

4.2. Delimitación del problema.

El conocimiento de enfermería sobre el sistema de triage es muy importante, ya que va depender de ello, el éxito del mismo asegurando la evaluación rápida de los pacientes y su ubicación para la atención médica contribuyendo a la mejora de la calidad de atención y del cuidado de la salud de los pacientes asegurados.

El sistema de triage debe ser válido reproducible y aplicable a la realidad de emergencia de la caja Bancaria Estatal de Salud por ello, con este trabajo se busca unificar la clasificación según prioridad de atención a los pacientes finalmente se presentará una ficha guía como propuesta en el manejo de los pacientes de emergencia para implementar en el servicio. (21)

4.3. Formulación del problema.

¿Cuáles son los conocimientos del profesional de enfermería en sistema de triage emergencias de la caja bancaria estatal de salud La Paz, cuarto trimestre gestión 2018?

V. OBJETIVOS.

5.1. Objetivo General.

Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en sistema de triage emergencias de la Caja Bancaria Estatal de Salud La Paz, cuarto trimestre gestión 2018.

5.2. Objetivos Específicos.

- Describir socio demográficamente al profesional de enfermería, según su experiencia laboral, en el área de emergencia de la Caja Bancaria Estatal de Salud.
- Identificar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería que trabaja en el área de emergencia, sobre el sistema de triage.
- Describir la experiencia laboral del profesional de enfermería, al momento de tener que realizar el triage.
- Identificar si existe guía o protocolo del sistema de triage para el área de emergencia que permita estandarizar la atención a los pacientes de la Caja Bancaria Estatal de Salud.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO.

6.1. Tipo de Estudio.

El diseño de la investigación es cuantitativo y de corte transversal.

6.2. Estudios cuantitativos.

La investigación cuantitativa es un método estructurado de recopilación y análisis de información que se obtiene a través de diversas fuentes. Este proceso se lleva a cabo con el uso de herramientas estadísticas y matemáticas, con el propósito de cuantificar el problema de investigación. (20)

Este tipo de estudio consiste en analizar y recolectar datos numéricos. Este método es ideal para identificar tendencias y promedios, realiza predicciones, comprobar relaciones y obtener resultados generales de poblaciones que serán el objeto de estudio. Este método se utiliza ampliamente en las ciencias naturales y las ciencias sociales; biología, química psicología, economía sociología marketing, etc. (20)

De manera general, se trata de pedirle a las personas que den su opinión de manera estructurada, para que puedan producir datos estadísticos, concretas que te guíen y de esta manera, se obtenga resultados estadísticos confiables.

- Se valorará el sistema de triage y atención de enfermería en emergencias de la caja bancaria estatal de salud La Paz. (20)

6.3. Estudios transversales.

Es un estudio observacional y descriptivo que tiene como función recoger datos de una población, en un momento puntual del tiempo. Teniendo en cuenta prevalencia efecto en la población, y magnitud de la exposición. (20)

(Ross y Vaughan, 1986). No debe perderse de vista el objetivo fundamental de la encuesta; los cuestionarios deben estar bien diseñados y la muestra elegida debe ser adecuada. (20)

- Todos los datos son recogidos dentro de un determinado tiempo que es el cuarto trimestre gestión 2018; a medida que van sucediendo.

6.4. Área de estudio.

La Caja Bancaria Estatal de Salud (C.B.E.S.), Ente Gestor de la Seguridad Social a Corto Plazo, es una institución pública descentralizada del Estado. Cuenta con un personal calificado para el desempeño de sus funciones, tanto en el área médica, paramédica, como administrativa.

En el área médica se cuenta con profesionales en todas las especialidades para la atención a más de cinco mil asegurados, que se benefician con los servicios de consulta externa, internación hospitalaria y farmacia.

Es menester ponderar los avances progresivos y sistemáticos que está experimentando nuestra institución porque está demostrando un desarrollo importante dentro del sistema en todos sus aspectos, esto lo demuestra la continua afluencia de los asegurados que demandan cada vez más sus servicios, motivo éste de orgullo, pues estaríamos cumpliendo a cabalidad con la **MISIÓN** que es: **"Prevenir las enfermedades prestando, aplicando y ejecutando el Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a Corto Plazo, sirviendo con equidad, calidad y calidez al cliente asegurado, brindando prestaciones médicas eficientes y oportunas"** y con la **VISIÓN** de que **"los clientes asegurados de la C.B.E.S. estarán en condiciones favorables de salud, protegidos de los riesgos a corto plazo, a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación"**.

A su vez la Caja está en condiciones económico financieras de solvencia, con infraestructura y tecnología apropiadas y especialmente con recursos humanos idóneos y motivados.

Si tenemos en cuenta que, en junio de 1987, por Decreto Supremo 21637 se crea la Caja Bancaria y se suponía por el espíritu de este Decreto Supremo, que esta Caja agruparía tanto el sector público como privado y que el 8 de noviembre de 1988 la

C.B.E.S. queda encargada de prestar los servicios de seguridad social a corto plazo de los Bancos del Estado, Banco Agrícola y Banco Minero, la C.B.E.S. queda con una carga social de 2 a 1.

De esta manera la C.B.E.S. cumple con sus afiliados, quienes pueden obtener información sobre el crecimiento de atención en consulta externa o internación, lo que demuestra una mayor confianza de nuestros usuarios, lo que estaba en las gestiones pasadas, algo deteriorada.

Estos logros alcanzados, en última instancia, reflejan el trabajo tesonero del recurso humano de la Institución, que desde niveles ejecutivos hasta los operativos y de servicio a los usuarios y compromiso por la entidad, su misión y objetivos; por lo que exhorto al personal a mantener la visión de trabajo por la calidad y la calidez.

Finalmente, con espíritu de humildad y también de verdad, debemos decir que la Caja Bancaria Estatal de Salud cree constituir dentro del sistema, un ejemplo de gestión y de transformaciones, que serán mucho más destacables cuando regularicen reglas limitativas vigentes que afectan a su actual crecimiento.

Estamos conscientes de ser parte de la Seguridad Social Boliviana, por lo tanto, normados y fiscalizados e integrantes de un esfuerzo común. Esto es importante que lo conozcan los usuarios, que pueden no comprender nuestras limitaciones de gestión y de prestación, si tan sólo tienen en cuenta nuestra situación financiera y no el marco de las disposiciones vigentes.

Nuestro principal valor es servir a la sociedad, salud y en definitiva a la vida, buscando el bienestar de las personas sin discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal social.

El estudio se realizará en la unidad de emergencia, de la Caja Bancaria Estatal De Salud, La Paz. El mismo se encuentra en la planta baja de su infraestructura; cuenta con cuatro camillas para la atención a pacientes de emergencia, de toda índole desde la toma de signos vitales, laboratorios, tratamiento, incluso es donde se decidirá su internación. Se encuentra equipado y entre sus materiales, cuenta con oxígeno

suplementario por balón, portátil; un carro de paro cardiorrespiratorio equipado; un desfibrilador, un carro de aspiración portátil; una vitrina que contiene equipos de curación bandejas para colocar el material, riñoneras estériles, guantes estériles; sueros intravenosos de diferentes tipos, jeringas, telas adhesivas, etc. Además, cuenta con otra vitrina que contiene medicamentos esenciales para el área de emergencia, con fecha vigente.

6.5. Universo y muestra.

6.5.1. Universo.

En el presente estudio fueron tomados en cuenta 10 Licenciadas/os de Enfermería que rotan trimestralmente por el servicio de emergencia; en los diferentes turnos incluyendo fin de semana y feriados; en la Caja Bancaria Estatal de Salud, La Paz.

6.5.2. Muestra.

No probabilístico por conveniencia o intención. Donde el investigador realizó el estudio según los objetivos planteados. Se tomó en cuenta a 10 profesionales, Licenciadas de Enfermería, no se realizó ni utilizó una muestra debido a que se trabajó con el total del universo, las mismas corresponden al 100% del universo.

6.6. Criterios de Inclusión y Exclusión.

6.6.1. Criterios de inclusión.

- Personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia en los tres turnos.
- Personal de enfermería que es designada según rol de turno para cubrir el área de emergencia, en fin, de semana y feriado.
- Personal profesional de enfermería que haya autorizado su participación mediante la firma del consentimiento informado.

6.6.2. Criterios de exclusión.

- Personal de enfermería que no trabaja ni hace reemplazos en el servicio de emergencia.
- Profesionales que no deseen participar del estudio.
- Aquel personal de enfermería que se encuentre de vacaciones, baja médica, aniversario natal.

6.7. Variables.

6.7.1. Variables Dependientes

- Conocimiento.

6.7.2. Variables Independientes

Datos socio demográficos del personal de enfermería.

- Edad.
- Sexo.
- Grado Académico.
- Tiempo de trabajo en la unidad de emergencia.
- Experiencia laboral en triage.
- Asistencia a cursos talleres seminarios sobre triage

Datos cognitivos del profesional en enfermería sobre el sistema de triage.

- Formación en triage.
- Concepto de triage.
- Identificar la clasificación correcta según triage, según el código de colores y tiempo de espera.

- Identificar las funciones de la enfermera de triage.

Otros.

- Experiencia del profesional de enfermería, al realizar triage.
- Existe guía o protocolo de manejo de pacientes en triage.

6.8. Operacionalización de Variables.

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala	Indicadores
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	a) Menor a 25 años. b) 26 a 30 años. c) 31 a 35 años. d) 36 a 40 años. e) Mayor a 40 años.	Frecuencia y porcentaje
Sexo	Nominal dicotómica	Condición orgánica que distingue a los varones y mujeres.	a) Femenino b) Masculino	Frecuencia y Porcentaje
Grado académico	Cuantitativa Ordinal	Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.	a) Licenciada en enfermería b) formación en post grado en Emergencia y Urgencia médica c) Especialidad d) Maestría	Frecuencia y Porcentaje
Tiempo de trabajo en emergencia.	Cuantitativa continua	Refleja una línea	a) Menos de 1 año b) 1 a 3 años c) 3 a 5 años	Frecuencia y Porcentaje

		temporal a lo largo de la que la persona ha podido cursar unos estudios determinados. Es la experiencia que tiene prestando ciertos servicios.	d) más de 5 años	
Asistencia a cursos sobre triage	Nominal dicotómica	Cursos realizados de autoformación, sobre determinados temas de interés y desarrollo de la profesión.	a) Capacitación en el servicio. b) Talleres. c) Simposios internacionales. d) Congresos.	Frecuencia y porcentaje
Concepto de triage	Cualitativa politómica	El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de emergencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo	a) Correcto b) incorrecto	Frecuencia y porcentaje
Aplica el sistema de triage	Cuantitativa Ordinal	La aplicación del triage permite activar de forma priorizada y ordena la cadena asistencial y su aplicación debe	a) Siempre b) A veces c) Nunca d) No sabe	Frecuencia y porcentaje

		consistir en una serie de procedimientos sencillos fáciles de recordar, rápidos, dinámicos, repetitivos y continuos sobre cada una de los pacientes.		
Determinar el tiempo de atención según el triage	Cualitativa politémica	Consiste en determinar de manera correcta, el tiempo de espera de los pacientes que necesitan atención en emergencia	a) Nivel rojo b) Nivel anaranjado c) Nivel amarillo d) Nivel verde	Frecuencia y porcentaje
Realiza revaloraciones periódicas según el tiempo de espera de los pacientes	Cuantitativa Ordinal	Se realiza durante la espera para ser atendido, se debe volver a evaluar al paciente	a) Siempre b) A veces c) Nunca d) No sabe	Frecuencia y porcentaje
Atención de triage en emergencia	Cuantitativa Ordinal	Es la atención médica prestada en el servicio de emergencia	a) Orden de llegada b) Sintomatología c) Paciente recomendado	Frecuencia y porcentaje
Funciones de la enfermera en triage	Cuantitativa Ordinal	Es recibir a los pacientes y a sus familiares en un ambiente seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad cumpliendo así	a) Recepción, Acogida, Valoración b) Recepción, Clasificación, Designación c) Recepción, Acogida, Clasificación	Frecuencia y porcentaje

		con la recepción acogida y clasificación. El triage debe ser atendido por enfermeras profesionales entrenadas en emergencia y triage. Siempre que haya más de un paciente en espera se debe hacer triage.	d) Ninguno	
Características de la enfermera de triage	Cuantitativa Ordinal	El profesional de enfermería, que participan en el proceso de triage se caracteriza por establecer un vínculo con la familia y el paciente basado en la empatía el trato y el respeto para abordar la situación del paciente. Y gran capacidad intelectual.	a) Capacidad de trabajo en equipo. b) Formación post grado en urgencias/emergencias. c) Conocimiento del triage y el tiempo de espera. d) Capacidad de priorización de organización y de decisión. e) Todos.	Frecuencia y porcentaje
Como se siente el personal de enfermería en triage intimidado o menospreciado	Cuantitativa Ordinal	Hacer que alguien sienta miedo o temor O sin valía como persona y profesional	a) Siempre b) A veces c) Nunca d) No sabe	Frecuencia y porcentaje
Siente tensión o ansiedad	Cuantitativa Ordinal	La ansiedad se ve como una reacción emocional consiente en	a) Siempre b) A veces c) Nunca d) No sabe	Frecuencia y porcentaje

		sentimientos de tensión aprensión nerviosismo y preocupación.		
Criterio profesional de enfermería	Cuantitativa Ordinal	Consiste en la percepción del personal de enfermería y conocimiento científico. Debe ser tomado en cuenta.	a) Siempre b) A veces c) Nunca d) No sabe	Frecuencia y porcentaje
Existe una guía o protocolo del sistema de triage	Nominal dicotómico	Conjunto de reglas establecido que rigen los actos y permite una gestión del riesgo clínico para poder establecer adecuadamente el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.	a) Si existe b) No existe	Frecuencia y porcentaje

6.9. Técnicas e instrumentos.

6.9.1. De obtención de la información.

En el presente estudio, se utilizó la técnica de la encuesta, mediante el instrumento de recolección de datos, que es un formulario que cuenta con 16 preguntas con respuestas de elección múltiple, este cuestionario fue dirigido a profesionales con licenciatura en enfermería, que trabajan en el servicio de emergencia de la Caja

Bancaria Estatal de Salud – La Paz. esto sirvió para valorar el conocimiento sobre el sistema de triage. (ver anexo n° 2)

6.9.2. De procedimiento y análisis estadístico.

Una vez recolectada la información, se organizó en gabinete el análisis estadístico por método de frecuencia y porcentaje.

6.9.3. De discusión y síntesis.

Una vez organizados y obtenidos los resultados se procedió a la elaboración de ilustraciones y cuadros con el respectivo análisis e interpretación de los resultados.

6.9.4. Indicadores para determinar el conocimiento sobre el sistema de triage en el personal de enfermería.

La investigación consideró como indicadores de análisis la siguiente escala.

- 7 a más = Conocimiento Alto.

- 4 a 6 = Conocimiento Medio.

- 1 a 3 = Conocimiento Bajo.

Conocimiento Alto. - Para el procesamiento de la información se considerará que disponen de conocimientos altos cuando las respuestas correctas sean de 7 a más.

Conocimiento Medio. - Para el procesamiento de la información se considerará que disponen de conocimientos medio cuando las respuestas correctas sean de 4 a 6.

Conocimiento Bajo. - Para el procesamiento de la información se considerará que disponen de conocimientos bajo cuando las respuestas correctas sean de 1 a 3.

VII. CONSIDERACIÓN ÉTICA.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; conviene recordar que la Bioética ha sido parte fundamental del ejercicio de la ciencia de la salud, siendo la principal preocupación el respeto a la persona, esto debe motivar a las investigaciones donde participa la enfermera; teniendo en cuenta principios bioéticos de: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. (20)

El presente trabajo se ajustó a las normas éticas, debido a que solo se realizó un cuestionario escrito a las profesionales enfermeras/os que trabajan el servicio de emergencia de la Caja Bancaria Estatal de Salud, sin tener que realizar intervenciones médicas, farmacológicas o quirúrgicas, que pusieran en riesgo la integridad física de los individuos de estudio, se consideró como un estudio de riesgo menor al mínimo; además se garantizó la confidencialidad de la información tan gentilmente proporcionada por los individuos del estudio la cual únicamente se conocieron por el investigador y se analizaron con fines estadísticos, sin expresar nombres de los individuos encuestados.

7.1. Principios éticos.

El principio de **Beneficencia**; en la investigación se garantizó con la custodia y confidencialidad de las encuestas.

El Principio de **No Maleficencia**, durante la investigación se obtuvo información de manera verídica sin causar daños a la institución, al personal de salud y sin hacer uso inadecuado de la información obtenida.

En cuanto al principio de **Justicia**, se seleccionaron al azar a las enfermeras/os sin discriminación de las mismas.

El Principio de **Autonomía**; se garantizó con la participación voluntaria para la aplicación de la encuesta y con el uso adecuado de la información obtenida sólo para fines del estudio, sin manipulación alguna. (20)

El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. Consentimiento informado (ver anexo n° 3)

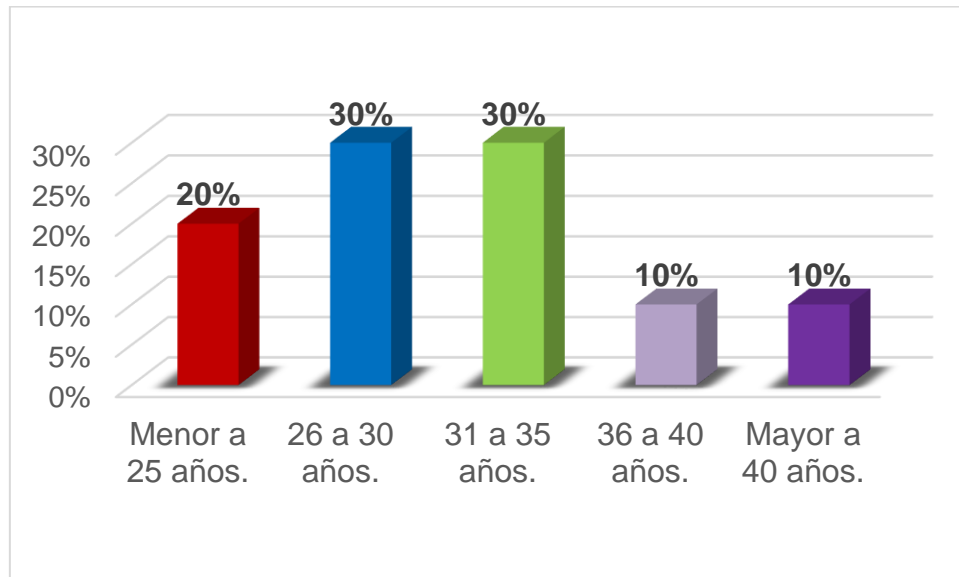
Se aplicó el Consentimiento Informado (Anexo n° 3), a todo profesional en enfermería que trabajaba en el servicio de emergencia de la C.B.E.S.; una vez leído y comprendido el consentimiento informado como tal, expresando voluntariamente su intención de participar en la investigación firmó posteriormente procedió con el llenado de la encuesta.

Asimismo, otro aspecto ético que se tomó en cuenta en la presente investigación es la solicitud de permisos correspondientes para la aplicación de las encuestas. El permiso que se solicitó fue a la directora del hospital (Anexo n°5) a la jefa de Enseñanza (Anexo n°5) y la jefa de Enfermeras de la Caja Bancaria Estatal de Salud (Anexo n°5).

VIII. RESULTADOS.

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN SISTEMA DE TRIAGE EMERGENCIAS DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ, CUARTO TRIMESTRE GESTIÓN 2018.

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

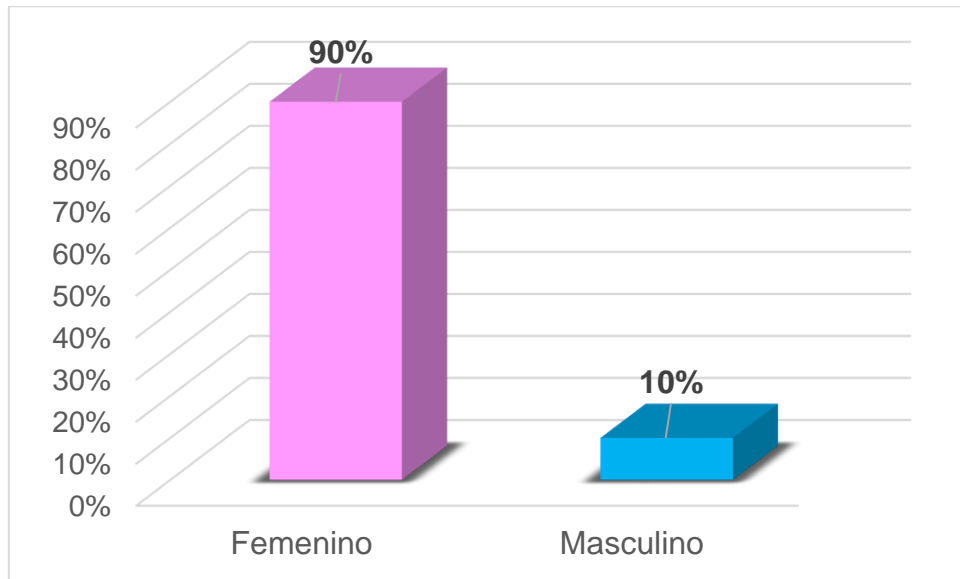


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: En el gráfico se puede observar, que el 30% del personal que trabaja en el área de emergencia, se encuentra entre las edades de 26 a 30 años y otro 30% entre las edades de 31 a 35 años; seguido de un 20% que son menores a 25 años.

Análisis: Se puede deducir que el personal profesional que trabaja en el área de emergencia es joven, la mayoría son menores de 40 años, lo que hace que sea un grupo bastante activo en el área de trabajo.

GRÁFICO 2. GENERO DE SEXO DE LAS/LOS ENCUESTADOS.

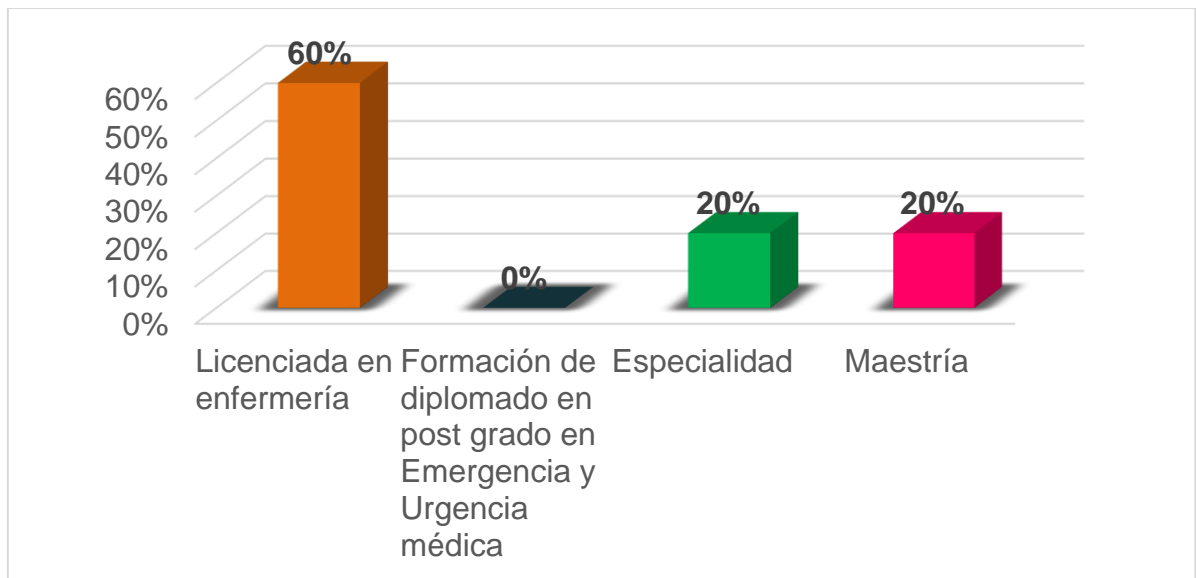


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: En este gráfico podemos observar que un 90%, es personal femenino siendo la gran mayoría; el personal que trabaja en el área de emergencia y un 10% es masculino.

Análisis: según el resultado obtenido se tiene como evidencia que el área de emergencia, cuenta con más mujeres profesionales.

GRÁFICO 3. MAYOR GRADO ACADÉMICO ALCANZADO HASTA EL MOMENTO COMO PROFESIONAL.

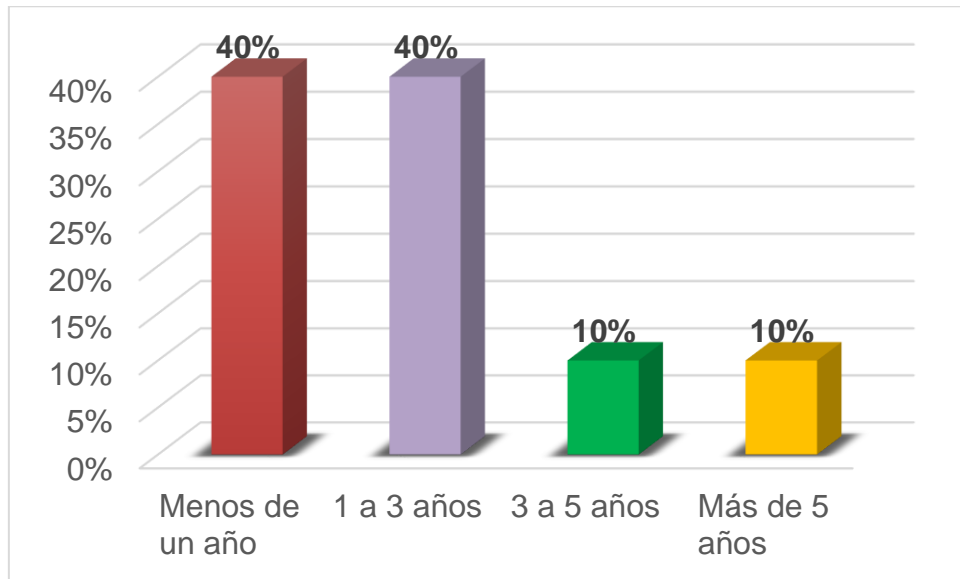


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: En este gráfico podemos observar que un 60% del personal que trabaja en el servicio de emergencia, alcanzó su mayor grado académico, con la licenciatura en enfermería; seguido de un 20% con especialidad y otro 20% con maestría; lo que, si llama la atención es que nadie tiene diplomado en emergencia y urgencia médica representando a un 0%.

Análisis: Se obtuvo como resultado que, más de la mitad de los profesionales que trabaja en el área de emergencia; alcanzó la licenciatura como mayor grado académico, no cuentan con ningún estudio de post grado. Otra parte minoritaria de los profesionales que se mencionaron, cuentan con especialidad y/o maestría, por lo que se deduce que hay mejor atención con calidad y eficacia a los pacientes que solicitan atención en emergencia.

GRÁFICO 4. TIEMPO DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

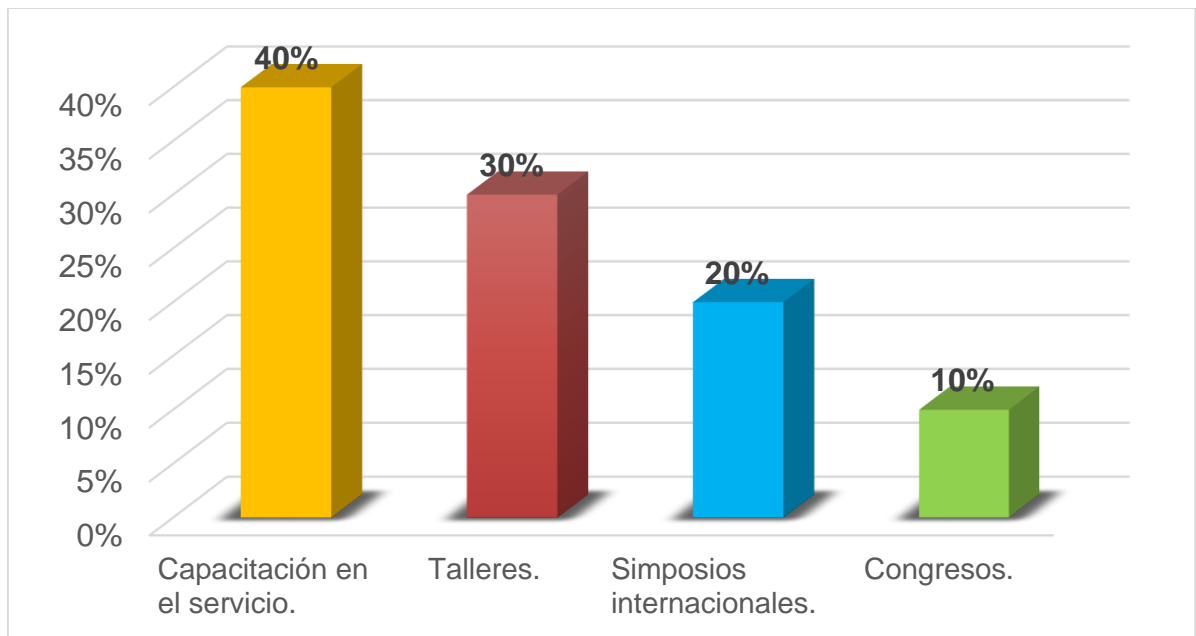


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: En el gráfico se puede observar que un 80% del personal tiene experiencia de uno a tres años; seguidos de un 10% con experiencia de 3 a 5 años y otro 10% con más de 5 años de experiencia laboral en el servicio de emergencia.

Análisis: según datos obtenidos, se evidencia que más de la mitad del personal profesional que trabaja en el área de emergencia tiene poca experiencia en triage, mostrándonos así, que el personal es nuevo. La otra parte reducida de los profesionales del área de emergencia, tiene amplia experiencia en el área; lo que hace que este equipo de trabajo emita una buena atención eficaz y eficiente.

GRÁFICO 5. ASISTENCIA A CURSOS, TALLERES, SEMINARIOS O JORNADAS DE TEMAS SOBRE EL TRIAGE HOSPITALARIO

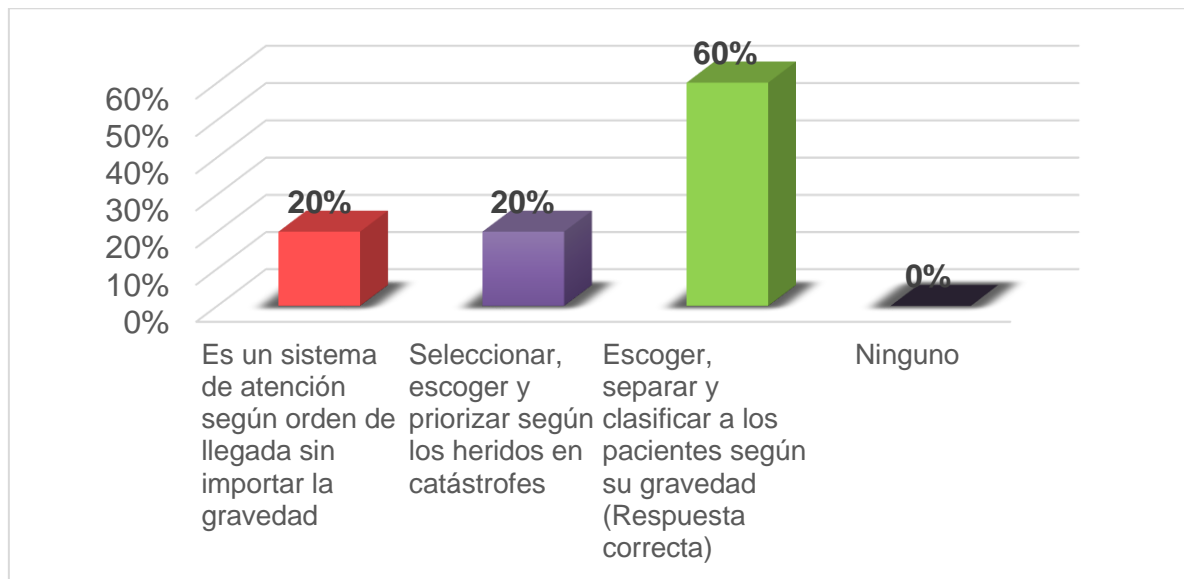


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: En el presente gráfico podemos observar que un 40% del personal profesional que trabaja en el servicio de emergencia; recibió capacitación en el servicio; seguido de un 30% que asistió a talleres y un 20% asistió a simposios internacionales. Donde se tocaron temas sobre el Triage hospitalario; seguido de un 10% que asistió a congresos.

Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los encuestados, no cuenta con cursos sobre triage hospitalario, que el conocimiento que tienen sobre este tema, lo obtuvieron en el desarrollo de sus actividades, que lo aprendieron de sus compañeros de trabajo. También hay que mencionar que existe un porcentaje de encuestados, que asistieron a cursos talleres esporádicos de triage.

GRÁFICO 6. DETERMINE EL CONCEPTO CORRECTO DE TRIAGE.

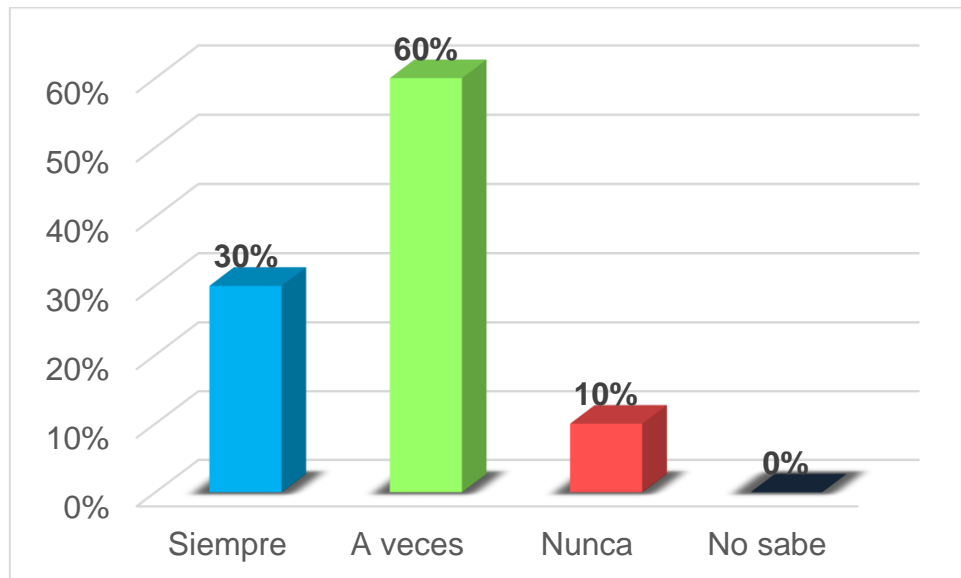


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: Se puede observar que en un 60% de los encuestados, respondieron de manera correcta sobre el concepto de triage; Llama la atención que el resto que corresponde a un 40% respondió de manera errónea.

Análisis: De acuerdo a la información emitida por los encuestados, se puede asumir que más de la mitad conocen sobre el concepto correcto de triage. Y que una minoría falló en su respuesta.

GRÁFICO 7. ¿USTED APLICA EL SISTEMA DE TRIAGE EN EL MOMENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN EMERGENCIA?

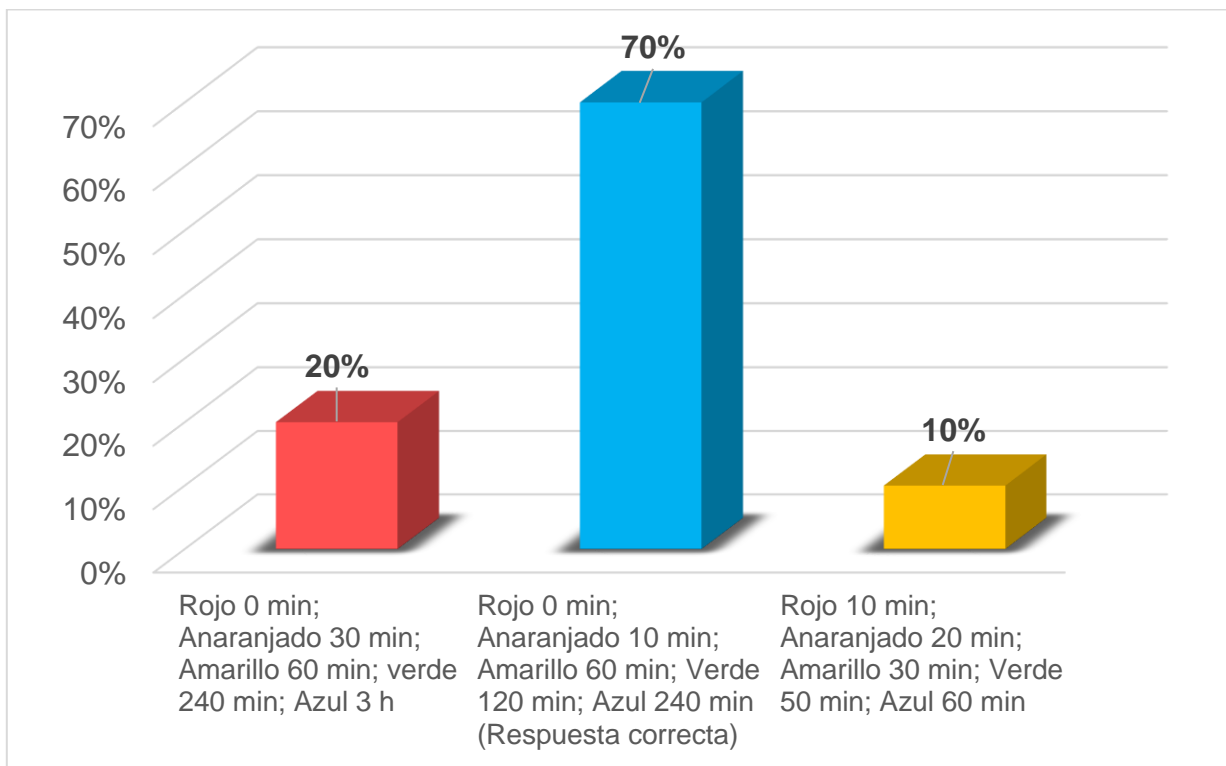


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: En el presente gráfico se puede observar que un 60% aplica el sistema de triaje a veces en el momento de la atención del paciente; seguido de un 30% que asegura que siempre aplica el triaje en emergencia; y un 10% indica que nunca lo hace.

Análisis: en las respuestas obtenidas de los encuestados; se pone en evidencia que la gran mayoría, aplica el sistema de triaje de manera esporádica, siendo su respuesta, que lo hacen a veces. Una cuarta parte lo hace siempre y hay una alarmante minoría que indicó nunca realizarlo.

GRÁFICO 8. DETERMINE, CUÁL ES LA CLASIFICACIÓN CORRECTA SEGÚN EL TIEMPO DE ATENCIÓN EN TRIAGE.

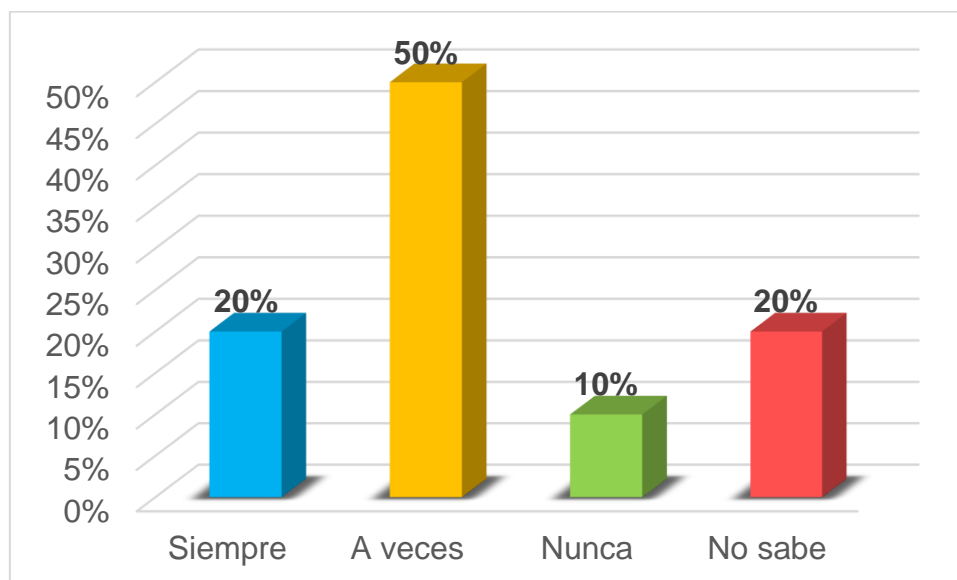


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: Podemos observar que un 70% respondió de manera correcta la clasificación según tiempo de espera en triage hospitalario; y el resto que corresponde a un 30% es equivocada sus respuestas.

Análisis: Se observa que la mayoría de los profesionales encuestados, conoce la clasificación correcta según el tiempo de espera en triage. Hay una minoría que respondió de manera errónea.

GRÁFICO 9. ¿REALIZAS REVALORACIONES PERIÓDICAS CUANDO EL PACIENTE SUPERA LOS TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA RECOMENDADOS PARA LA ASISTENCIA SEGÚN TRIAGE?

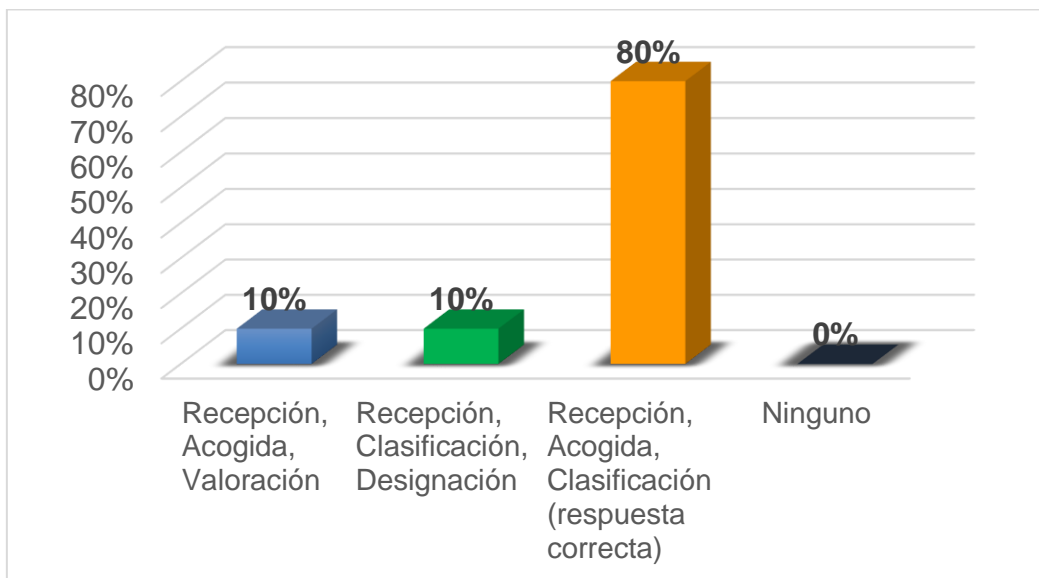


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: podemos observar que un 50% realiza a veces revaloraciones periódicas en triage; seguido de un 20% que lo realiza siempre; y otro 20% no sabe; llama la atención que un 10% nunca realiza la revaloración a pacientes que están esperando para ser atendidos en triage.

Análisis: Los profesionales encuestados respondieron que en el desempeño de sus funciones y la atención del paciente que acude al servicio de emergencias para ser atendido, la mitad de ellos, realiza las revaloraciones a los pacientes; algunos de ellos, indican realizarlo siempre y otros respondieron no hacerlo nunca. Por lo que se deduce que los criterios de atención no son unificados, causando desorden, caos y descontento por parte de los pacientes.

GRÁFICO 10. INDIQUE CUALES SON LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE TRIAGE.

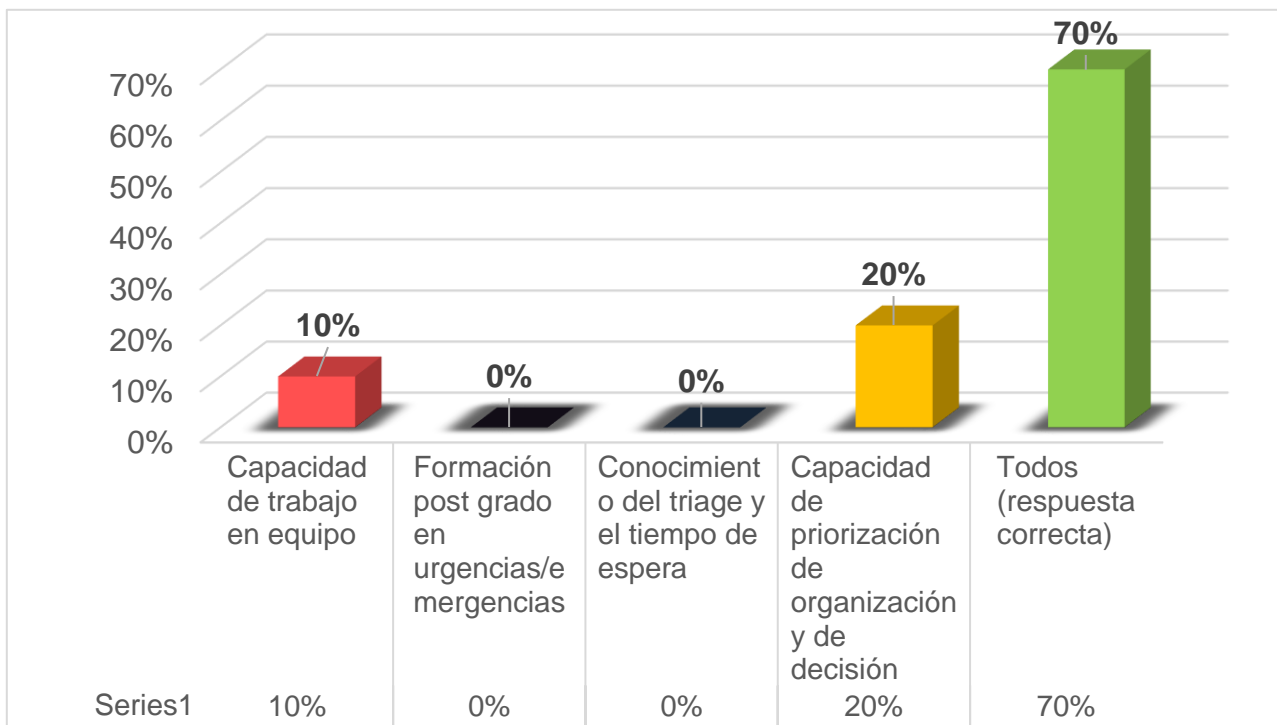


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: en el gráfico se puede observar que un 80% selecciono la respuesta correcta, indicando que las funciones de la enfermera en triage es recepción acogida y clasificación; el resto respondió de manera incorrecta.

Análisis: Se puede observar que la gran mayoría conoce las funciones que debe desempeñar en su área de trabajo. Aun que existe una minoría que respondió de manera equivocada. Pero como se pudo observar en el anterior gráfico, (Nº9) conocen cuáles son sus funciones, y a veces no lo realizan.

GRÁFICO 11. ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEBERÍA CUMPLIR UN ENFERMERO/A, PARA REALIZAR LA LABOR DE TRIAGE?

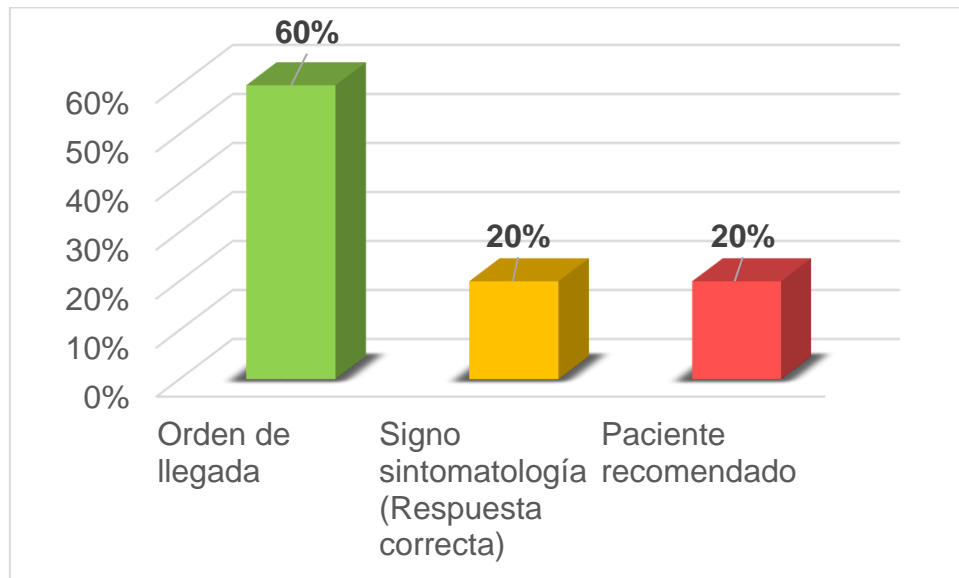


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: Un 70% indica que el profesional de enfermería debería cumplir con todas las cualidades descritas; seguido de un 20% indica que debería tener capacidad de priorización organización y decisión.

Análisis: La mayoría de los profesionales de enfermería encuestados indican que: las características que exige el trabajo en el área de emergencia son formación en post grado, conocimiento de triage y tiempo de espera, capacidad de trabajo en equipo, capacidad de priorización organización y decisión. Conocen las características correctas con las que deben cumplir.

GRÁFICO 12. ACTUALMENTE, ¿CÓMO SE REALIZA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EMERGENCIAS?

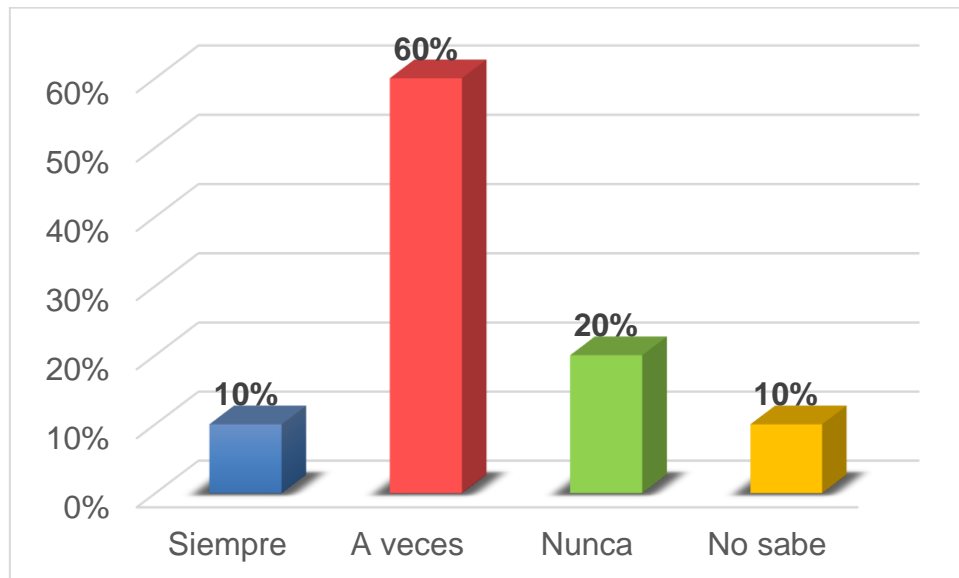


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: En el gráfico podemos observar que un 60% indica que la atención al paciente en triage se realiza por orden de llegada; un alarmante 20% indica que se realiza la atención prioritaria a pacientes recomendados y otro 20% indica que la atención es por signo sintomatología.

Análisis: Es alarmante conocer estos resultados; ya que se obtuvo que la atención de pacientes en emergencia en su gran mayoría es por orden de llegada y que este vaya seguido de que la atención prioritaria sea por ser paciente recomendado, y una minoría a sea por signo sintomatología; esto es un grave y verdadero problema ya que conlleva consigo, saturación de servicio, congestión, tiempo de espera elevado, desorden, atenciones no prioritarias, insatisfacción de los usuarios y familiares, recursos humanos y materiales malgastados, triage defectuoso, número de pacientes elevado en el servicio, cansancio laboral. Y un atentado contra la salud de los que necesitan atención prioritaria, que podría llevar a la muerte de los mismos.

GRÁFICO 13. ¿TE CONSIDERAS MENOS PRECIADO, INTIMIDADO, O PRESIONADO POR LOS PACIENTES, ¿QUE DEMANDAN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS?

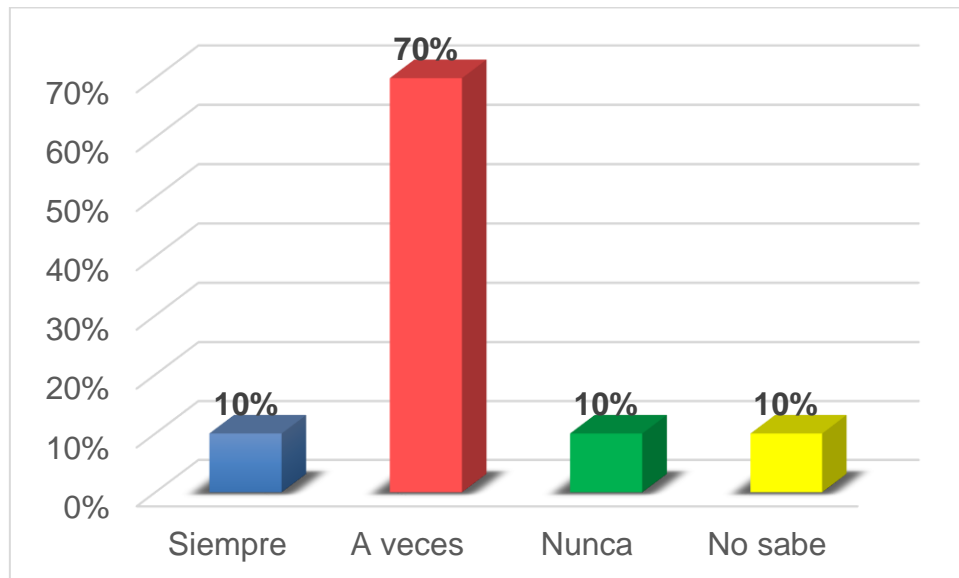


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: el gráfico muestra que un 60% del personal se considera a veces menospreciado, intimidado o presionado por los pacientes que demandan atención en emergencia; seguido de un 20% que indica que nunca se siente de esa manera; y un 10% que indica que siempre se siente menospreciado y otro 10% que no sabe o no quiere responder esa pregunta.

Análisis: Llama la atención que, en la experiencia profesional y el desarrollo de sus funciones al momento de triar; el personal de salud dice sentirse menospreciado, intimidado, por los pacientes. Esto traería consecuencias a la salud, como un hecho traumático sobre la personalidad de los individuos que son motivo de estudio; acarrea una disminución en la capacidad de goce, que afecta su relación con otros y también con los pacientes.

GRÁFICO 14. ¿TE GENERA TENSIÓN Y/O ANSIEDAD TENER QUE REALIZAR LA FUNCIÓN DEL TRIAGE?

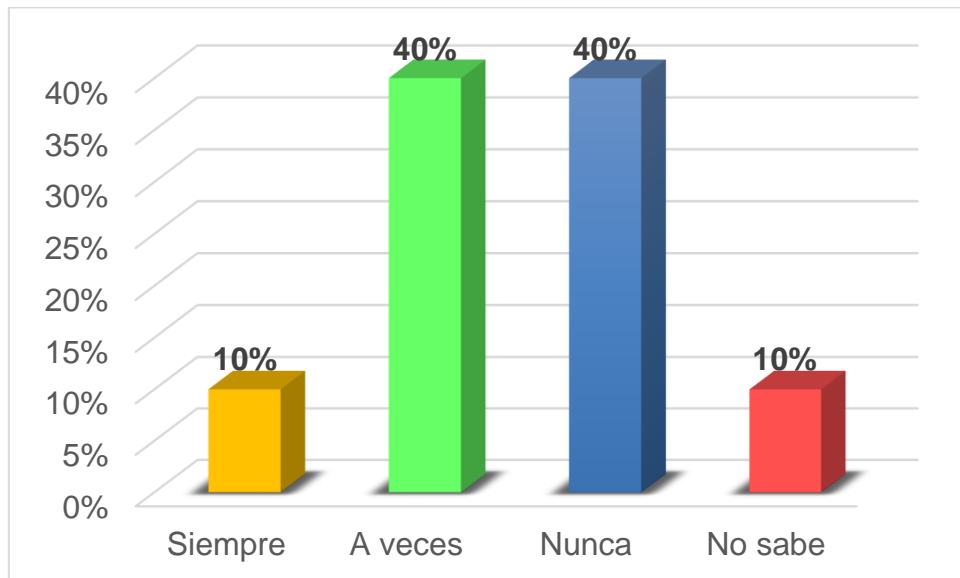


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: Un 70% indica que a veces le genera tensión y ansiedad tener que realizar la función de triage; seguido de un 10% que indica que siempre se siente tenso y ansioso al realizar triage y otro 10% que indica que nunca se siente así. Otro 10% indica no saber.

Análisis: La gran mayoría de los individuos en estudio indicó que a veces se siente tenso y ansioso al tener que realizar la función de triage, esto traería como consecuencia grave daño a su salud mental, física e incluso puede afectar al sistema inmunitario, disminuyendo así la resistencia frente a las enfermedades.

GRÁFICO 15. ¿CONSIDERAS QUE EL CRITERIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE TRIAGE ES TOMADO EN CUENTA?

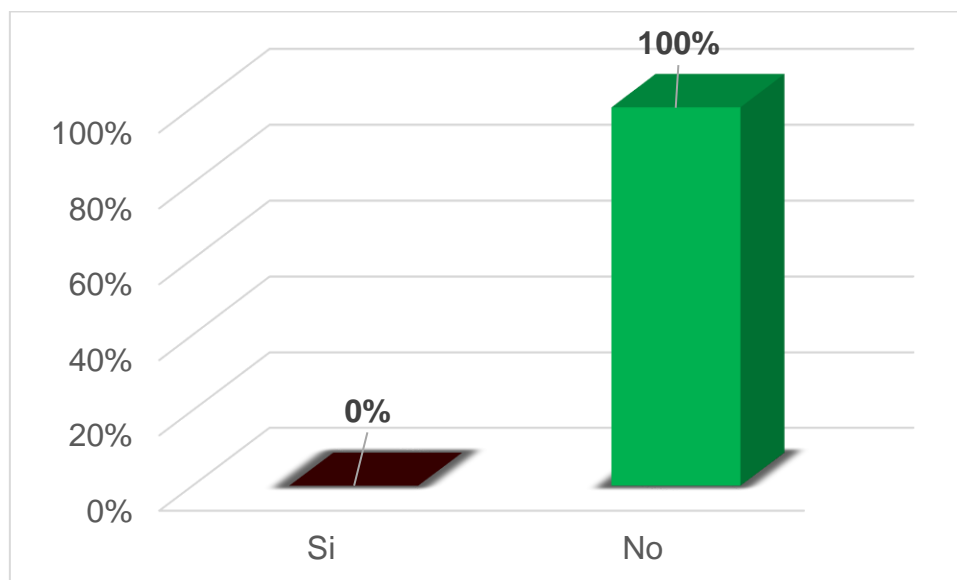


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: Se puede observar que un 40% considera que el criterio de personal de enfermería no es tomado en cuenta; y otro 40% indica que nunca es tomado en cuenta su criterio; seguido de un 20% que considera que su criterio siempre es tomado en cuenta.

Análisis: Se obtuvo en los resultados que el criterio profesional de atención de enfermería nunca es tomado en cuenta, y otro tanto indica que solo a veces los toma en cuenta, esto cuarta la posibilidad de poder brindar una atención acertada al paciente; ya que el profesional de enfermería, está en la capacidad de brindar atención con calidad y calidez a todas las personas, independientemente de su condición; Esta atención y trabajo en equipo garantizaría el bienestar y la seguridad de las personas preservando su salud.

GRÁFICO 16. ¿EXISTE UNA GUÍA O PROTOCOLO DEL SISTEMA DE TRIAGE PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EMERGENCIA?

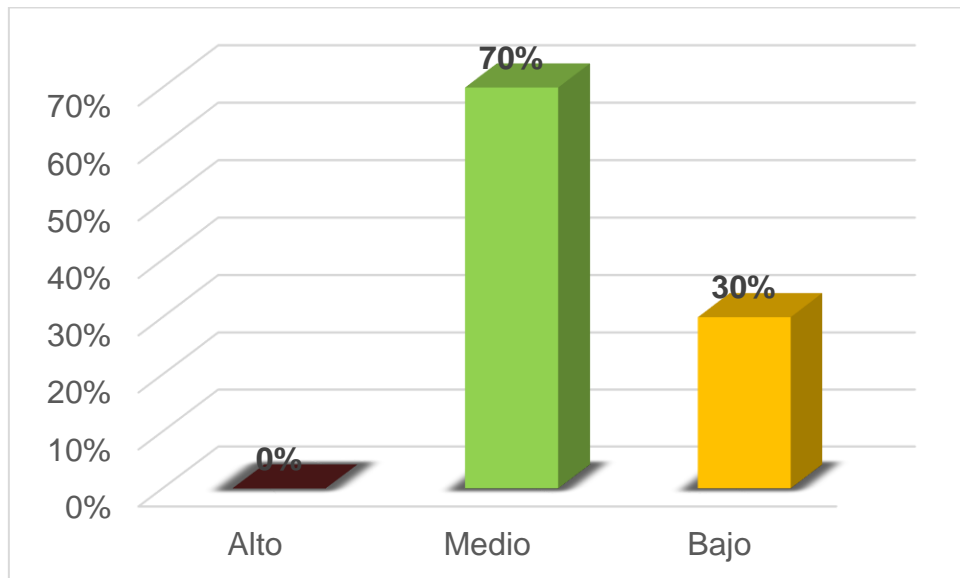


Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: Un 100% indica que no existe una guía o protocolo del sistema de triage para la atención de pacientes en emergencia.

Análisis: Dentro de la Caja Bancaria no existe un protocolo. Y de ahí la importancia de implementar un protocolo en triage, de acuerdo a las necesidades del hospital; con lo que se lograría un conjunto de normas, que permitiría conocer la manera en la cual tendrían que actuar las personas, en las diferentes etapas de atención a los pacientes. Un criterio unificado, un mismo lenguaje de atención igualitaria, para todos los pacientes.

GRÁFICO 17. CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SISTEMA DE TRIAGE.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: Según los indicadores de análisis considerados; se obtuvo como resultados que un 70% del personal encuestado tiene conocimiento medio; seguido de un 30% que su conocimiento es bajo. Ninguno obtuvo el nivel de conocimiento alto. (también ver anexo 6).

Análisis: El nivel de conocimiento de los individuos que son objeto de estudio es medio. Seguido por el resto, que su nivel es bajo.

IX. CONCLUSIONES.

Se llego a las siguientes conclusiones:

- En respuesta al objetivo general, Se concluye que el nivel de conocimiento del profesional de enfermería, en Triage, es medio, y bajo. Llama la atención que ninguno de los encuestados alcanzó un nivel de conocimiento alto.
- En respuesta al primer objetivo específico planteado; se concluye que el personal profesional de enfermería que trabaja en el área de emergencia, es personal joven y su mayor grado académico es la licenciatura en enfermería, la experiencia laboral con la que cuentan es menor de un año.
- En respuesta al segundo objetivo específico planteado; se concluye que respecto a los conceptos básicos de clasificación correcta según el tiempo de atención en triage, funciones y características de la enfermera de triage, respondieron de manera correcta. Pero el conocimiento dominio profundo y manejo del sistema de triage, es superficial; ya que se recomienda como rango un mínimo de capacitación, de 6 meses a un año; la capacitación debe ser continua en esta área, teórico y práctico, además, este conocimiento fue adquirido en la universidad o de cursos talleres esporádicos sobre triage o en el mismo servicio.
- Como respuesta al tercer objetivo específico: Se concluye que, es preocupante que en su mayoría los pacientes son atendidos prioritariamente por orden de llegada o por ser recomendados y que solo a veces se realiza el retriage. Esto se da por poco conocimiento y ausencia de criterios claros y de intervención, en triage. Conllevando a grandes riesgos para la salud del cliente y riesgo de muerte para aquellos pacientes que requieren atención prioritaria. Haciendo mal uso de las prestaciones de Salud de emergencia. esto plantea grandes dificultades organizativas; conlleva a la improvisación y dramatización, de la respuesta y atención al cliente. Llama la atención los riesgos psicosociales a los que se encuentran sumergidos el personal profesional que trabaja en el área de emergencia ya que una gran mayoría, indica que a veces se siente menospreciado intimidado por el paciente que demanda atención; y presionado

al realizar su trabajo en emergencias; y que tener que triar les genera tensión y ansiedad.

- Dando respuesta al cuarto objetivo específico planteado; se obtuvo como resultado que no existe una guía o protocolo del sistema de triage para la atención de pacientes en emergencia.

X. RECOMENDACIONES.

Basándose en el análisis del trabajo, se puede sugerir las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones a la institución.

- Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades de la Caja Bancaria Estatal de Salud.
- Es de prioridad la Implantación de un sistema de triage estructurado y la elaboración de instrumentos de atención como ser: manuales, protocolos y posteriormente estrategias de capacitación al personal, para mejorar así su desempeño, ligado a un seguimiento periódico que incluya evaluaciones que permitan medir si la capacitación es efectiva; así como el desarrollo de proyectos de mejora continua que incluyan la adopción de un sistema modelo de triage estructurado de cinco niveles.
- Incluir al personal de enfermería en todo el proceso de implantación del sistema de triage. En razón de que las enfermeras trabajamos en los servicios de acuerdo a la necesidad de la institución.
- Realizar cursos de actualización de manera continua sobre el sistema de triage hospitalario dirigido a todo el personal de enfermería.
- Tratar de mantener al personal Profesional en el área de Emergencias y Triage por su experiencia laboral, y la que va adquiriendo en el desempeño de su trabajo.
- Distribuir al personal entrenado, a las áreas asistenciales, de triage.
- Reforzar el trabajo en equipo multidisciplinario en el área de salud con armonía y comprensión.
- Colocar información visual, carteles folletos en lugares estratégicos con instrucciones; claros y de fácil comprensión dirigido a los pacientes.

- Comenzar a concientizar a la población asegurada, desde la consulta externa y espacios hospitalarios a través de trípticos, ayudas audiovisuales o carteles, donde se informe que es emergencia, en qué casos deben acudir directamente a emergencias.

Recomendación al personal profesional.

- Concientizar al personal de brindar una atención oportuna, unido a la reorganización del servicio de emergencia, que permita respetar los principios científicos de enfermería; para contribuir a la restitución pronta de la salud del usuario de manera que pueda incorporarse a la sociedad.
- Realizar cursos de autoformación en diferentes temas; que no estuvo en el programa académico del pregrado.
- Se recomienda realizar una educación continua y de actualización, ya que es primordial para cualquiera profesional.
- Buscar y recibir información actualizada en relación al sistema de triage hospitalario.
- Ser proactiva en puestos laborales designados.
- Tener el espíritu de investigación para mejorar el puesto laboral.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Galbán LV. Triage en Urgencias Hospitalarias. Revisión bibliográfica. Universidad la Coruña. 2015 febrero 13: p. 6 - 12.
2. Lucena VM. ESTANDAR OPERACIONAL DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. En Guías para el manejo de atención en el servicio de urgencias. segunda ed. Bogotá - Colombia: Imprenta Nacional de Colombia; 2009. p. 279 - 290.
3. Dueñas Mario VML. TRIAGE HOSPITALARIO. En GUÍAS PARA MANEJO DE URGENCIAS. Santa Fé de Bogotá; 2009. p. 1393 -1403.
4. Gómez Jiménez Josep RPP. TRIAGE. En Moncada RC. Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias. Washington, DC; 2010. p. 1 - 60.
5. Pereda RJ. Triage: experiencia en un Servicio de Urgencias Pediátricas. [Online].; 2006 [cited 2018 Octubre 15. Available from: <http://www.scielo.org.bo>.
6. Molina ÁR. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería. Revista CONAMED. 2014 enero - marzo;: p. 11- 16.
7. Lattuada Gabriela RR. Revista Médica del Uruguay. [Online].; 2018 [cited 2018 Octubre 18. Available from: <http://www.scielo.edu.uy>.
8. López Alonso Sergio LRC. Enfermera de Práctica Avanzada para el triage y la consulta finalista en los Servicios de Urgencias. [Online].; 2012 [cited 2018 Noviembre 10. Available from: <http://www.scielo.isciii.es>.
9. García MM. Estudio del Triage en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Primera ed.: Revista Enfermería CyL.; 2013.
10. Acuña Ramírez David LHB. Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2015; 30(2): p. 79 - 86.

11. Jiménez AJ. Manual de Protocolos y Actualización en Urgencias. Cuarta ed. España: Sanidad y Ediciones (SANED); 2016.
12. Vicente RM. Organización de la Urgencia Médica. Segunda ed. Medina JA, editor. Madrid: Díaz Santos S.A.; 1998.
13. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud Manual para la implementación de un Sistema de Triage para los Cuartos de Urgencias Gomez Jimenez Josep RPPRMC, editor. Washington, DC.; 2010.
14. Guerrero SM. MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS. Ministerio de Salud Publica. 2015 julio; III.
15. Ayuso Raya Maria PLN. Valoración de un proyecto de "Triage" de Urgencias por Enfermería en Atención Primaria. [Online].; 2013 [cited 2018 Noviembre 20]. Available from: <http://www.scielo.isciii.es>.
16. Illescas FG. Triage: atención y selección de pacientes. medigraphic artemisa. 2006 Agosto; 9(2): p. 48 - 56.
17. Rodríguez SA. Manual de Triage Prehospitalario. [Online].; 2008 [cited 2018 Noviembre 20]. Available from: <http://www.elsevier.es>.
18. Cabezas LJT. Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. 2013 - 2014 octubre - marzo.
19. Salazar DLMG. Sistema de triaje de manchester en emergencia. Ministerio de Salud. 2015;; p. 5 - 19.
20. Calderon DAA. Tipos de Estudio. En Estadística Médica modulo III.; 2009. p. 90 - 114.
21. Álvarez LC. Triage: generalidades. En EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES Vol. 2.; 2001. p. 125-133.

XII. ANEXOS.

Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ITEM	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																
	ACTIVIDADES 2018	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Diagnóstico inicial, identificación del problema y revisión de bibliografía,																
2	Elaboración del diagnóstico, Problema de Investigación, Pregunta y/o Hipótesis, Objetivos, Formulación de variables y operacionalización.																
3	Elaboración de los antecedentes, marco teórico, conceptual, contextual y uso																

	<p>adecuado de la bibliografía (Vancouver)</p> <p>solicitar permisos a las autoridades máximas de la institución (C.B.E.S.) para realizar el trabajo.</p>																
4	<p>Elaboración del protocolo con coherencia de investigación, diseño del método descriptivo,</p> <p>diseño y preparación del instrumento de recolección de datos,</p> <p>validación por expertos</p>																
5	<p>Manejo del EXCEL y/o SPSS, definiciones estadísticas, de base de datos y tabulación,</p> <p>cálculo de transformación de las variables,</p> <p>distribución de frecuencias y de tablas de contingencia.</p>																

6	Análisis y descripción de datos.																	
7	Elaboración de resultados																	
8	Elaboraciones de las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas																	
9	Control de avance del Trabajo de Grado por parte del tribunal revisor.																	

Anexo 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUESTIONARIO

TITULO: CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, EN SISTEMA DE TRIAGE, EN EMERGENCIAS DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ; CUARTO TRIMESTRE GESTIÓN 2018.

INSTRUCCIONES:

Estimada (o) colega, el presente es una encuesta aplicada para Determinar el Sistema de Triage y la atención de enfermería en el Servicio de Emergencia, la misma que corresponde a un estudio de investigación para concluir la especialidad en enfermería médico quirúrgico,

Por tal motivo solicito su colaboración en el llenado de cada pregunta de forma individual, sus respuestas son de gran valor para realizar este estudio. Por favor responda subrayando, o encerrando en un círculo, la respuesta que usted considere correcta en base a la realidad del servicio y su criterio personal y profesional. Toda información proporcionada será manejada confidencialmente.

I. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA:

1. Distribución por grupos de edad.

- a) Menor a 25 años.
- b) 26 a 30 años.
- c) 31 a 35 años.
- d) 36 a 40 años.
- e) Mayor a 40 años.

2. Genero de sexo de las/os encuestadas/os:

- a) Femenino.
- b) Masculino.

3. Mayor grado académico alcanzado hasta el momento como profesional:

- a) Licenciada en enfermería
- b) Formación de diplomado en post grado en Emergencia y Urgencia médica
- c) Especialidad
- d) Maestría

4. Tiempo de trabajo en el Servicio de Emergencias.

- a) Menos de 1 año
- b) 1 a 3 años
- c) 3 a 5 años
- d) más de 5 años

II. DATOS COGNITIVOS DEL PROFESIONAL EN ENFERMERIA

5. Asistencia a cursos, talleres, seminarios o jornadas de temas sobre el Triage hospitalario.

- a) Capacitación en el servicio.
- b) Talleres.
- c) Simposios internacionales.
- d) Congresos.

6. Determine cual es el concepto correcto de triage.

- a) El triage es un sistema de atención en emergencia según el orden de llegada sin importar la gravedad, ya que el paciente demanda atención.
- b) Seleccionar, escoger y priorizar en relación al gran número de heridos. Este sistema solo se usa en catástrofes.
- c) El sistema de triage es una actividad fundamental en emergencias que se caracteriza por escoger separar y clasificar a los pacientes según su gravedad, para determinar el orden en el que serán atendidos.
- d) Ninguno.

7. ¿Usted aplica el triage, en el momento de atención al paciente en emergencias?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca
- d) No sabe

8. Determinar cuál es la clasificación correcta según el tiempo de atención en triage (marcar el inciso correcto)

- a) Rojo (0 min.); anaranjado (30 min.); amarillo (60 min.); verde (240 min.); azul (3 h.)
- b) Rojo (0 min.); anaranjado (10 min.); amarillo (60min.); verde (120 min.); azul (240 min.)
- c) Rojo (10 min); anaranjado (20 min.); amarillo (30 min.); verde (0 min.); azul (60 min.)

9. ¿Realizas revaloraciones periódicas cuando el paciente supera los tiempos máximos de espera recomendados para la asistencia según triage?

- a) Siempre.
- b) A veces.
- c) Nunca.
- d) No sabe.

10. Indique cuáles son las funciones de la enfermera de Triage:

- a) Recepción, Acogida, Valoración.
- b) Recepción, Clasificación, Designación.
- c) Recepción, Acogida, Clasificación.
- d) Ninguno.

11. ¿Cuáles son las características que debería cumplir un enfermero/a, para realizar la labor de triage?

- a) Capacidad de trabajo en equipo.
- b) Formación post grado en urgencias/ emergencias.
- c) Conocimiento del triage y el tiempo de espera.
- d) Capacidad de priorización de organización y de decisión.
- e) Todos.

12. Actualmente, ¿Cómo se realiza la atención del paciente en emergencias de la Caja Bancaria Estatal de Salud?

- a) Orden de llegada.
- b) Sintomatología.
- c) Paciente recomendado.

OTROS

13. ¿Te consideras menospreciado, intimidado, o presionado por los pacientes, que demandan atención en emergencia?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca
- d) No sabe

14. ¿Te genera tensión y/o ansiedad tener que realizar la función del triage?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca
- d) No sabe

15. ¿Consideras que el criterio del personal de enfermería sobre triage es tomado en cuenta?

- a) Siempre

- b) A veces
- c) Nunca
- d) No sabe

16. ¿Existe una guía o protocolo del sistema de triage, para la atención de pacientes en emergencia?

- a) Si existe
- b) No existe

OBSERVACIONES:

.....
.....

Muchas gracias por su amable colaboración.

Lic. Nancy Peralta Alcon.

**CURSANTE DE LA ESPECIALIDAD
DE ENFERMERÍA EN MEDICO QUIRÚRGICO**

Anexo 3. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Mediante el presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación: Sistema de triage y atención de enfermería en emergencias de la Caja Bancaria Estatal De Salud La Paz; cuarto trimestre gestión 2018, con el propósito de mejorar el manejo del sistema de triage y poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos. Teniendo plena confianza de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió que la información se utilizara adecuadamente con la máxima confidencialidad.

Declaro haber sido informada (o) que mi participación no involucra ningún daño o peligro para salud física o mental, ni remuneración económica, que es voluntario y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna, de la misma forma poder realizar preguntas libres y así disipar alguna duda que se presente.

Declaro haber sido informada (o) sobre los beneficios y riesgos de mi participación, la información entregada será confidencial y anónimo entiendo que la información será analizada por la investigadora en forma individual y que no podrán identificar la respuesta y opiniones de cada profesional que participe en la investigación.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Por lo que firmo el presente documento:

Firma del participante en la investigación:

Firma del investigador

Lic. Nancy Peralta Alcon, con C.I.: 6050648 LP / **Investigadora.**

Anexo 4. FORMULARIO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO



FORMULARIO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ROCOLECCIÓN DE DATOS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y EL MANEJO DEL SISTEMA DE TRIAJE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD - DE LA PAZ GESTIÓN 2018.

POSTULANTE: LIC. NANCY PERALTA ALCON.

PROGRAMA DE ESPECIALIDAD: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO.

UNIDAD DE POST GRADO – FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGIA MEDICA. “UMSA”

PARAMETROS PARA EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene preguntas claras y precisas, para la recolección de datos	✓		
Las preguntas permiten alcanzar el logro del objetivo de la investigación	✓		
Las preguntas están formuladas en forma secuencial y lógica	✓		
El número de preguntas es suficiente para recolectar la información	✓		
En caso de ser negativa la respuesta, permite mayor y mejor análisis de la investigación	✓		
VALIDEZ:			
APLICABLE ATENDIENDO LAS OBSERVACIONES:	SI ✓	NO	
Validado por: <u>MSc Erika Hidalgo Zamorano</u>	Numero de C.I.: <u>2684769 LP</u>	Fecha: <u>26- Nov- 2018</u>	
Numero de celular: <u>72536167</u>	Firma: <u></u>	Sello: Lic. Erika Hidalgo Zamorano JEFE DE ENFERMERAS a.i. CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD	
E- mail: <u>erikagamorano01@gmail.com</u>			

FORMULARIO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE ROCOLECCIÓN DE DATOS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y EL MANEJO DEL SISTEMA DE TRIAJE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DE LA CAJA BANCARIAESTATAL DE SALUD - DE LA PAZ CUARTO TRIMESTRE 2018.

POSTULANTE: LIC. NANCY PERALTA ALCON.

PROGRAMA DE ESPECIALIDAD: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO.

UNIDAD DE POST GRADO – FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGIA MEDICA. “UMSA”

PARAMETROS PARA EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene preguntas claras y precisas , para la recolección de datos	✓		
Las preguntas permiten alcanzar el logro del objetivo de la investigación	✓		
Las preguntas están formuladas en forma secuencial y lógica	✓		
El número de preguntas es suficiente para recolectar la información	✓		
En caso de ser negativa la respuesta, permite mayor y mejor análisis de la investigación			
VALIDEZ:			
APLICABLE ATENDIENDO LAS OBSERVACIONES:	SI	✓	NO
Validado por: <i>Lic. Elizabeth Gutierrez Vargas</i>	Numero C.I.: <i>61387142P</i>	de	Fecha: <i>22-11-18</i>
Numero de celular: <i>77707401</i>	Firma: <i>[Firma manuscrita]</i>	Sello: Lic. M. Sc. Elizabeth Gutierrez Vargas MAGISTER EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO M.P.G. 577	
E- mail: _____			



FORMULARIO DE VALIDACIÓN

DEL INSTRUMENTO DE ROCOLECCIÓN DE DATOS



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: ATENCIÓN DE ENFERMERIA Y EL MANEJO DEL SISTEMA DE TRIAJE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD - DE LA PAZ GESTIÓN 2018.

POSTULANTE: LIC. NANCY PERALTA ALCON.

PROGRAMA DE ESPECIALIDAD: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO.

UNIDAD DE POST GRADO – FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGIA MEDICA. “UMSA”

PARAMETROS PARA EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene preguntas claras y precisas, para la recolección de datos	✓		
Las preguntas permiten alcanzar el logro del objetivo de la investigación	✓		
Las preguntas están formuladas en forma secuencial y lógica	✓		
El número de preguntas es suficiente para recolectar la información	✓		
En caso de ser negativa la respuesta, permite mayor y mejor análisis de la investigación	✓		
VALIDEZ:			
APLICABLE ATENDIENDO LAS OBSERVACIONES:	SI	NO	
	✓		
Validado por: <i>Lic Rosio Monasterios Alarcon</i>	Numero C.I.: <u>2687805</u>	de	Fecha: <u>28/11/18</u>
Numero de celular: <u>71545426</u>	Firma: <i>Rosio Monasterios</i>	Sello:	<small>Lic. Rosio Monasterios A. COSPADO TEC. QUIRURGICA-GERENCIA Mat. Prof. M-182 MCE 01-142 CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD</small>
E- mail:	_____		

Anexo 5. PERMISOS SOLICITADOS A LA INSTITUCIÓN.



Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

La Paz, septiembre 26 de 2018
U.P.G. CITE N° 1450/2018

Señora
Dra. Andrea Clavijo Rueda
DIRECTORA DE SALUD
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD
Presente.-



Ref.: **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN**

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la Especialidad en Enfermería Médico Quirúrgico de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Investigación, titulado "**SISTEMA DE TRIAGE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD DE LA PAZ**".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Nancy Peralta Alcon

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.


Lic. M.Sc. Enayda Paz Oporto
COORDINADORA ACADÉMICA
POSTGRADO EN ENFERMERÍA

c.c.: Arch.
/ Sheila





Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

La Paz, septiembre 26 de 2018
U.P.G. CITE N° 1450/2018

Señora
Dra. Roxana Miranda Larrea
JEFA DE ENSEÑANZA
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la Especialidad en Enfermería Médico Quirúrgico de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Investigación, titulado "**SISTEMA DE TRIAGE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD DE LA PAZ**".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Nancy Peralta Alcon

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despidió con las consideraciones que el caso amerita.

c.c.: Arch.
/ Sheila

[Handwritten signature]
Lic. M.Sc. Enayda Paz Oporto
COORDINADORA ACADÉMICA
POSTGRADO EN ENFERMERÍA

[Handwritten notes]
Dra. Roxana Miranda Larrea
MEDICINA INTERNA
RESPONSABLE DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN
CAJA BANCARIA ESTATAL
5-10-18
SM 15:15



Calle Claudio Sanjinés N° 1738 - Miraflores • Teléfonos: 2227188 - 2228062
Obrajes c. 5 N° 590 • Telf.: 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.fment.umsa.bo> • La Paz - Bolivia



Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

La Paz, septiembre 26 de 2018
U.P.G. CITE N° 1450/2018

Señora
Lic. Erika Hidalgo Zamorano
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA a.i.
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD
Presente.-



Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

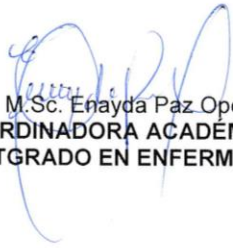
A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la Especialidad en Enfermería Médico Quirúrgico de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Investigación, titulado "**SISTEMA DE TRIAGE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD DE LA PAZ**".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Nancy Peralta Alcon

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.


Lic. M.Sc. Enayda Paz Oporto
COORDINADORA ACADÉMICA
POSTGRADO EN ENFERMERÍA

c.c.: Arch.
/ Sheila



Anexo 6. TABLAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA.

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN SISTEMA DE TRIAGE EMERGENCIAS DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD LA PAZ, CUARTO TRIMESTRE GESTIÓN 2018.

Tabla N° 1. ¿Cuántos años tiene usted?

Edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menor a 25 años.	2	20
26 a 30 años.	3	30
31 a 35 años.	3	30
36 a 40 años.	1	10
Mayor a 40 años.	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N°2. Genero de sexo de las/los encuestados.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	9	90
Masculino	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N°3. Indique su mayor grado académico alcanzado hasta el momento como profesional.

Grado académico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Licenciada en enfermería	6	60
Formación de diplomado en post grado en Emergencia y Urgencia médica	0	0
Especialidad	2	20
Maestría	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N°4. ¿Cuánto tiempo ya tiene trabajando en el Servicio de Emergencia?

Tiempo de trabajo en la unidad de emergencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menos de un año	4	40
1 a 3 años	4	40
3 a 5 años	1	10
Más de 5 años	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N°5. ¿Usted asistió a cursos, talleres, seminarios o jornadas de temas sobre el Triage hospitalario?

Cursos realizados sobre triage	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Capacitación en el servicio.	4	40
Talleres.	3	30
Simposios internacionales.	2	20
Congresos.	1	10

TOTAL	10	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N°6. Determine el concepto correcto de triage.

Conocimiento de triage hospitalario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Es un sistema de atención según orden de llegada sin importar la gravedad	2	20
Seleccionar, escoger y priorizar según los heridos en catástrofes	2	20
Escoger, separar y clasificar a los pacientes según su gravedad (Respuesta correcta)	6	60
Ninguno	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 7. ¿Usted aplica el sistema de triage en el momento de atención al paciente en emergencia?

Aplicación de triage	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	3	30
A veces	6	60
Nunca	1	10
No sabe	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 8. Determine, cuál es la clasificación correcta según el tiempo de atención en triage.

Conocimiento de clasificación correcta de atención en triage	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Rojo 0 min; Anaranjado 30 min; Amarillo 60 min; verde 240 min; Azul 3 h	2	20
Rojo 0 min; Anaranjado 10 min; Amarillo 60 min; Verde 120 min; Azul 240 min (Respuesta correcta)	7	70
Rojo 10 min; Anaranjado 20 min; Amarillo 30 min; Verde 50 min; Azul 60 min	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N°9. ¿Realizas revaloraciones periódicas cuando el paciente supera los tiempos máximos de espera recomendados para la asistencia según triage?

Habilidad: realiza revaloraciones, según el tiempo de espera para triage	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	2	20
A veces	5	50
Nunca	1	10
No sabe	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 10. Indique cuales son las funciones de la enfermera de Triage.

Funciones de enfermería en triage	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Recepción, Acogida, Valoración	1	10
Recepción, Clasificación, Designación	1	10
Recepción, Acogida, Clasificación (respuesta correcta)	8	80
Ninguno	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 11. ¿Cuáles son las características que debería cumplir un enfermero/a, para realizar la labor de triage?

Habilidades: identificar las características de la enfermera de triage	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Capacidad de trabajo en equipo	1	10
Formación post grado en urgencias/emergencias	0	0
Conocimiento del triage y el tiempo de espera	0	0
Capacidad de priorización de organización y de decisión	2	20
Todos	7	70
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 12. Actualmente, ¿Cómo se realiza la atención del paciente en emergencias?

Atención al paciente en emergencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Orden de llegada	6	60
Signo sintomatología (Respuesta correcta)	2	20
Paciente recomendado	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 13. ¿Te consideras menospreciado, intimidado, o presionado por los pacientes, que demandan atención en emergencias?

Personal profesional: se considera menospreciado o intimidado por el paciente	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	1	10
A veces	6	60
Nunca	2	20
No sabe	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 14. ¿Te genera tensión y/o ansiedad tener que realizar la función del triage?

Personal profesional: siente tensión o ansiedad al triar	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	1	10
A veces	7	70
Nunca	1	10
No sabe	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 15. ¿Consideras que el criterio del personal de enfermería sobre triage es tomado en cuenta?

Criterio profesional, es tomado en cuenta	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	1	10
A veces	4	40
Nunca	4	40
No sabe	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 16. ¿Existe una guía o protocolo del sistema de triage para la atención de pacientes en emergencia?

Existencia de protocolo en triage hospitalario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
---	-----------------------	-----------------------

Si	0	0
No	10	100
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 17. Conocimiento del profesional de enfermería en sistema de triage.

Nivel de conocimiento	Opción	Porcentaje (%)
Alto	0	0
Medio	7	70
Bajo	3	30
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Tabla N° 18. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería en sistema de triage.

PARTICIPANTES	Preg. N° 5	Preg. N° 6	Preg. N° 7	Preg. N° 8	Preg. N° 9	Preg. N° 10	Preg. N° 11	Preg. N° 12	PUNTAJE	PONDERACIÓN
1	1		1	1	1		1	1	6	Medio
2	1			1		1			3	Bajo
3	1			1			1	1	4	Medio
4	1		1		1	1	1		5	Medio
5	1	1		1				1	4	Medio
6	1	1					1	1	4	Medio
7	1	1	1	1			1	1	6	Medio
8		1		1			1		3	Bajo
9		1					1	1	3	Bajo
10		1		1			1	1	4	Medio
TOTAL	7	6	3	7	2	2	8	7	42	

Fuente: Encuesta realizada al profesional de enfermería, de emergencia **CBES**, 2018.

Interpretación: Según los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento en relación a las preguntas de las encuestas, se observó que en las 5,6,7,8,10 y 12 respondieron con una ponderación de medio, y las preguntas 9 y 11 corresponden al Nivel bajo.