

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



**VALORACIÓN DEL SISTEMA DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y  
CLASIFICACIÓN (R.A.C.) EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL  
HOSPITAL OBRERO NO. 4 DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD  
ORURO, PRIMER TRIMESTRE GESTIÓN 2018**

**POSTULANTE:** Lic. René Quispe Soliz

**TUTOR:** Lic. Esp. Magda J. Velasco Alcocer

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título  
de Especialista en Enfermería en Medicina Crítica y  
Terapia Intensiva**

La Paz - Bolivia  
2019

### ***Agradecimientos:***

*Manifestó mis más sinceros  
agradecimientos a la Lic. Magda J.  
Velasco Alcocer maestra y tutora  
por su colaboración y orientación  
para la elaboración del presente  
trabajo de investigación. Finalmente  
deseo expresar mis sinceros  
agradecimientos a la Universidad  
Mayor de "San Andrés", a toda la  
planta docente de la especialidad  
por la preparación que contribuye en  
nuestra noble profesión.*

### **Dedicatoria:**

*Dedico esta propuesta de intervención a Dios y a mi familia.*

*A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi familia, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad. Es por ellos, que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.*

## ÍNDICE

<b>ABSTRACT</b>	<b>PÁG</b>
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. ANTECEDENTES.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
4.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
V. OBJETIVOS.....	16
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
VI. MARCO TEÓRICO.....	17
6.1. NECESIDAD DE CLASIFICAR: CONCEPTO DE TRIAGE.....	17
6.1.1. Modelos de Triage.....	19
6.1.1.1. Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). Modelo Canadiense de Triage.....	21
6.1.1.2. Sistema Manchester de Triage (MTS).....	22
6.2. RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC).....	24
6.2.1. Objetivos de la RAC.....	25
6.2.2. Fases de la RAC.....	27
6.2.3. Sala de RAC y materiales.....	29
6.2.4. Metodología de la consulta: Los momentos de la RAC.....	31
6.2.5. Diferencia entre Emergencia y Urgencia.....	35
6.3. RELACIÓN PACIENTE-ENFERMERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	36
6.3.1. El trabajo de la enfermera en los servicios de emergencia.....	38
6.3.2. La enfermera de triage.....	40
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	43
7.1. TIPO DE ESTUDIO.....	43
7.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	44
7.3. UNIVERSO Y MUESTRA.....	46
7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	47
7.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	47
7.5.1. Variable Independiente.....	47

7.5.2. Variable Dependiente.....	47
VIII. RESULTADOS.....	53
8.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	53
8.2. ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	64
X. CONCLUSIONES.....	74
XI. RECOMENDACIONES.....	79
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	86
PROPUESTA.....	97

## ÍNDICE DE CUADROS

	<b>PÁG.</b>
<b>Cuadro 1:</b> Escala de clasificación dividida en 3 niveles de prioridad.....	19
<b>Cuadro 2:</b> Escala de clasificación de 4 niveles de prioridad.....	20
<b>Cuadro 3:</b> Ejemplo de clasificación en 5 niveles.....	20
<b>Cuadro 4:</b> Niveles de clasificación y tiempos de espera del sistema de Triage Canadiense (CTAS).....	22
<b>Cuadro 5:</b> Niveles de clasificación del sistema Manchester, y tiempos de espera.....	23
<b>Cuadro 6:</b> Niveles de clasificación siguiendo el sistema Manchester.....	34

## ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
<b>Tabla 1:</b> Lugar de donde procede el usuario que ingresa al Servicio de Emergencia, en porcentajes.....	52
<b>Tabla 2:</b> Facilidad o dificultad para acceder al Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	54
<b>Tabla 3:</b> Número de consulta que el usuario realiza en el Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	55
<b>Tabla 4:</b> Número de Personal de enfermería que pregunta por el motivo de consulta al paciente, en porcentajes.....	56
<b>Tabla 5:</b> Número del personal de enfermería que se da cuenta de la gravedad del estado de salud del usuario, en porcentajes.....	57
<b>Tabla 6:</b> Tipo de asistencia que brinda la enfermera después de controlar los signos vitales del paciente, en porcentajes.....	58
<b>Tabla 7:</b> Tiempo que espera el usuario para recibir atención con el médico de emergencias, en porcentajes.....	59
<b>Tabla 8:</b> Número de personal de enfermería que pregunta al usuario por su estado de salud en la sala de espera o vuelve a tomar signos vitales, en porcentajes.....	60
<b>Tabla 9:</b> Número de solicitudes de laboratorio hechas en el Servicio de Emergencias y tiempo de espera, en porcentajes y rangos.....	61
<b>Tabla 10:</b> Número de pacientes valorados por médicos de especialidad y tiempo de espera para la atención médica, en porcentajes y rangos.....	62
<b>Tabla 11:</b> Conformidad del usuario con la atención recibida en el Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	63
<b>Tabla 12:</b> Perfil profesional del personal de enfermería que trabaja en el Servicio de Emergencia, en porcentajes.....	64

<b>Tabla 13:</b> Aspectos considerados para establecer la prioridad de atención al usuario que acude al Servicio de Emergencia, en porcentajes	65
<b>Tabla 14:</b> Tipo de atención brindada al usuario que llega hemodinámicamente inestable o crítico, en porcentajes.....	66
<b>Tabla 15:</b> Existencia de un espacio físico para atender al paciente crítico en el Servicio de Emergencia, en porcentajes.....	67
<b>Tabla 16:</b> Reevaluación de los signos vitales de los pacientes en sala de espera, en porcentajes.....	68
<b>Tabla 17:</b> Razones por lo que los pacientes abandonan el Servicio de emergencias antes de ser atendidos, en porcentajes.....	69
<b>Tabla 18:</b> Tipo de conocimiento del concepto de triage utilizado por el personal de enfermería del Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	70
<b>Tabla 19:</b> Conformidad del personal de enfermería del Servicio de Emergencias sobre la necesidad de implementar un sistema de triage, en porcentajes.....	71
<b>Tabla 20:</b> Personal responsable para realizar el triage en el Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	72
<b>Tabla 21:</b> Frecuencia con la cual el personal de enfermería del Servicio de Emergencias establece una relación empática con el usuario, en porcentajes.....	73

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
<b>Gráfico 1:</b> Lugar de donde procede el usuario que ingresa al Servicio de Emergencia, en porcentajes.....	52
<b>Gráfico 2:</b> Facilidad o dificultad para acceder al Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	54
<b>Gráfico 3:</b> Número de consulta que el usuario realiza en el Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	55
<b>Gráfico 4:</b> Número de Personal de enfermería que pregunta por el motivo de consulta al paciente, en porcentajes.....	56
<b>Gráfico 5:</b> Número del personal de enfermería que se da cuenta de la gravedad del estado de salud del usuario, en porcentajes.....	57
<b>Gráfico 6:</b> Tipo de asistencia que brinda la enfermera después de controlar los signos vitales del paciente, en porcentajes.....	58
<b>Gráfico 7:</b> Tiempo que espera el usuario para recibir atención con el médico de emergencias, en porcentajes.....	59
<b>Gráfico 8:</b> Número de personal de enfermería que pregunta al usuario por su estado de salud en la sala de espera o vuelve a tomar signos vitales, en porcentajes.....	60
<b>Gráfico 9:</b> Número de solicitudes de laboratorio hechas en el Servicio de Emergencias y tiempo de espera, en porcentajes y rangos.....	61
<b>Gráfico 10:</b> Número de pacientes valorados por médicos de especialidad y tiempo de espera para la atención médica, en porcentajes y rangos.....	62
<b>Gráfico 11:</b> Conformidad del usuario con la atención recibida en el Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	63
<b>Gráfico 12:</b> Perfil profesional del personal de enfermería que trabaja en el Servicio de Emergencia, en porcentajes.....	64

<b>Gráfico 13:</b> Aspectos considerados para establecer la prioridad de atención al usuario que acude al Servicio de Emergencia, en porcentajes	65
<b>Gráfico 14:</b> Tipo de atención brindada al usuario que llega hemodinámicamente inestable o crítico, en porcentajes.....	66
<b>Gráfico 15:</b> Existencia de un espacio físico para atender al paciente crítico en el Servicio de Emergencia, en porcentajes.....	67
<b>Gráfico 16:</b> Reevaluación de los signos vitales de los pacientes en sala de espera, en porcentajes.....	68
<b>Gráfico 17:</b> Razones por lo que los pacientes abandonan el Servicio de emergencias antes de ser atendidos, en porcentajes.....	69
<b>Gráfico 18:</b> Tipo de conocimiento del concepto de triage utilizado por el personal de enfermería del Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	70
<b>Gráfico 19:</b> Conformidad del personal de enfermería del Servicio de Emergencias sobre la necesidad de implementar un sistema de triage, en porcentajes.....	71
<b>Gráfico 20:</b> Personal responsable para realizar el triage en el Servicio de Emergencias, en porcentajes.....	72
<b>Gráfico 21:</b> Frecuencia con la cual el personal de enfermería del Servicio de Emergencias establece una relación empática con el usuario, en porcentajes.....	73

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pag.</b>
<b>ANEXO 1:</b> Carta solicitud de autorización para realizar la encuesta a las profesionales en enfermería.....	87
<b>ANEXO 2:</b> Hoja de validación de instrumento de investigación.....	88
<b>ANEXO 3:</b> Encuesta al usuario externo.....	89
<b>ANEXO 4:</b> Encuesta al personal de enfermería.....	92
<b>ANEXO 5:</b> Registro Fotográfico.....	94
<b>ANEXO 6:</b> Registro Fotográfico.....	95
<b>ANEXO 7:</b> Propuesta de Intervención.....	96

## RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo evaluar los procedimientos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) que realiza el personal de Enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, en el primer trimestre de la gestión 2018, considerando que debe velarse por el bienestar de los usuarios que acuden al servicio en busca de la satisfacción de sus necesidades de atención médica. La investigación es de tipo exploratoria ya que examina el tema del sistema de Triage, no abordado en el contexto; así mismo, el estudio es transversal ya que se desarrolló desde enero a marzo de la gestión 2018, considerando como población a 96 pacientes (muestra aleatoria) que acuden al Servicio de Emergencias y a 14 enfermeras (muestra censal).

Se aplicó un cuestionario a los usuarios para conocer si son atendidos de acuerdo a sus necesidades al ingresar al Servicio de Emergencias; y se aplicó otro cuestionario a las profesionales de enfermería a fin de valorar si se cuenta con los recursos y habilidades para realizar un proceso de recepción, acogida y clasificación. Se encontró que existen deficiencias en cuanto al conocimiento de los sistemas de clasificación científicamente validados a nivel internacional, lo cual está relacionado al abandono de la consulta antes de recibir atención médica adecuada y oportuna; asimismo, se comprobó que el flujo de pacientes supera al número de enfermeras, y que ellos perciben la atención como muy lenta, con un tiempo de espera superior a sus expectativas.

**PALABRAS CLAVE:** Recepción, Acogida y Clasificación (RAC), Servicio de Emergencias, sistemas de clasificación científicamente validados, atención médica adecuada y oportuna.

## **ABSTRACT**

The present study has for objective to evaluate the procedures of reception, welcome and classification (RWC) that the personnel of Nursing realizes in the Emergency Service of the Obrero Hospital N°4 of the National Health department of Oruro, in the first trimester of the 2018 management, considering that the welfare of the users who come to the service in search of the satisfaction of their health care needs should be ensured. The investigation is of exploratory type since it examines the subject of the system of triage, not addressed in the context likewise the study is transversal since it was developed from January to March of the 2018, considering as a population 96 patients (aleatory sample) that go to the emergency service and 14 nurses ( census sample).

A questionnaire was applied to the users to know if they are taken care of according to their needs when entering the Emergency Service, and if another questionnaire was applied to the nursing professionals in order to assess whether they have the resources and skills to carry out a reception, welcome ad classification process. It was found that there are deficiencies in terms of knowledge of scientifically validated classification systems at the international level, which is related to the abandonment of the consultation before receiving adequate and timely medical attention. It was also found that the flow of patients exceeds the number of nurses and that they perceive the attention as to slowly with a waiting time that exceeds their expectations.

**KEYWORDS:** Reception, welcome and classification (RWC), Emergency Service, scientifically validated classification systems, adequate and timely medical attention.

# I. INTRODUCCIÓN

El procedimiento de recepción, acogida y clasificación es un proceso que permite determinar la complejidad de la emergencia del paciente, facilitando el desarrollo de las habilidades de las y los Enfermeros, para así poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de los pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos<sup>1</sup>.

La calidad de la atención en salud y específicamente en la atención hospitalaria debe ser una de las características en la prestación de servicios la misma que debe ser valorada por el propio personal de enfermería del Servicio de Emergencias y por los usuarios que asisten al mismo, a fin de conocer las posibles fortalezas y detectar falencias para orientar el trabajo al mejoramiento de la calidad de la atención. El servicio de emergencias al ser una de las puertas de entrada de los usuarios, constituye un punto representativo de la calidad e imagen hospitalaria, por lo cual también es importante conocer la percepción de las usuarias y usuarios, sobre la atención que reciben en este Servicio.

En este sentido, el objetivo del presente estudio es evaluar los procedimientos de recepción, acogida y clasificación (RAC) del Servicio de Emergencia del Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, en el primer trimestre de la gestión 2018 para conocer si los mismos permiten atender adecuadamente al paciente ante el alto flujo de demanda de atención de enfermería, con el fin de evitar la fuga de pacientes y coadyuvar al proceso de recuperación de los mismos.

El presente estudio consta de doce capítulos incluidas las referencias bibliográficas y electrónicas; después de la introducción que se constituye en el capítulo I, seguidamente se presenta la justificación del estudio en el capítulo II, explicando

---

<sup>1</sup> Candela M, Cámara S, Valenzuela A, Porcel A; Romero-Nieva J. Recepción, acogida y clasificación de pacientes en urgencias RAC & TRIAGE. Revista de Enfermería, 16-II, 137-142; 2006

las razones que justifican el estudio sobre la aplicación y puesta en práctica de procesos de clasificación en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro.

En el capítulo III se hace referencia a los antecedentes encontrados en relación al tema de estudio, habiendo revisado investigaciones en España y América Latina como contexto internacional y una investigación realizada en la ciudad de La Paz, Bolivia; no habiendo hallado estudios similares en el contexto orureño; así mismo se menciona el contexto histórico en el cual surgió el Triage para llegar hasta el proceso de recepción, acogida y clasificación.

En el capítulo IV se presenta y describe el problema que será investigado con la respectiva formulación de la pregunta de investigación que guiará el desarrollo del estudio. A continuación, en el capítulo V se formulan los objetivos de estudio, tanto general como específicos, los mismos que serán respondidos en las conclusiones.

Llegando al capítulo VI, se desarrolla el Marco teórico, con una revisión de los aportes teóricos más relevantes para entender la problemática y poder construir los instrumentos de recolección de datos, comenzando por el concepto de Triage como necesidad de clasificar, la descripción de los modelos de Triage haciendo énfasis en el sistema Manchester de Triage para posteriormente revisar este sistema y su aplicación en el proceso de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC), sus objetivos, las fases del mismo; además de las características de la sala de RAC y una descripción de los principales materiales necesarios para la atención a los pacientes; la metodología de la consulta considerando los momentos de la RAC; la diferencia entre emergencia y urgencia, sin dejar de lado el papel de la enfermera en el Servicio de Emergencias.

Como parte del capítulo VII o Diseño Metodológico, se presenta el tipo de investigación que es de tipo exploratoria descriptiva, la misma que utiliza dos cuestionarios (uno dirigido a usuarios y otro a personal de enfermería) para

recolectar información; el área de estudio que es el Servicio de Emergencias; se especifica el universo y la muestra que participará en el estudio así como los criterios de inclusión y exclusión. En este capítulo se desarrolla la operacionalización de las variables de estudio.

Los resultados del estudio se presentan en el capítulo VIII, haciendo una interpretación y análisis de los datos recolectados, en este capítulo se muestra el análisis de los promedios obtenidos en cada pregunta utilizando tablas de frecuencia y gráficos que muestran los principales procesos de recepción, acogida y clasificación que las enfermeras del Servicio de Emergencias realizan cotidianamente y las dificultades que tienen en este proceso; así mismo se analiza la información procedente de los cuestionarios aplicados a los usuarios para conocer su percepción sobre este proceso y las posibles razones que los obligan a acudir al Servicio de Emergencias o abandonar la consulta en el Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro.

En el capítulo IX se presenta la Propuesta del estudio, la misma que consta de Introducción, Justificación, Objetivo General y Desarrollo del trabajo. El Modelo de atención al usuario en base al proceso de Recepción, Acogida y Clasificación, se halla desarrollado en Anexos.

Las conclusiones a las que se llegó después de un análisis e interpretación de los datos recogidos, respondiendo a los objetivos del estudio, se hallan en el capítulo X; mientras que las recomendaciones que emergieron del estudio se presentan en el capítulo XI. A continuación, en los puntos XII y XII se menciona las referencias bibliográficas y las referencias electrónicas que permitieron desarrollar el marco teórico de la investigación.

Finalmente, se incluyen los anexos y al final de los mismos, la propuesta desarrollada del Modelo de atención al usuario en base al proceso de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC).

## II. JUSTIFICACIÓN

Las crecientes demandas de los usuarios experimentadas dentro del sistema sanitario en los últimos años en el país, centradas en la búsqueda de la máxima calidad en la asistencia y partiendo de la persona como centro del proceso de atención médica, hacen indispensable un cambio en lo que tradicionalmente se conoce como triage, el cual se ha venido realizando por profesionales enfermeras del ámbito del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro. Muchas veces, dada la gran afluencia de pacientes, los profesionales de enfermería, reciben las quejas continuas de los usuarios, situación que les crea un ambiente de tensión, incertidumbre e inseguridad en la atención en salud, siendo necesario investigar qué procedimientos de recepción, acogida y clasificación realizados por el personal de enfermería generan insatisfacción en el usuario e impiden un mejoramiento continuo de atención de calidad y calidez que tanto se pregona en las instituciones de salud públicas.

Por otra parte, el estudio es importante para el personal de enfermería del Servicio de Emergencias, quienes escuchan continuamente quejas sobre la deficiente atención de enfermería que se brinda, situación que se agrava por la gran demanda de pacientes y la exigencia de los usuarios para recibir una atención rápida, con respeto, con seguridad y con la capacidad necesaria para dar respuesta a sus necesidades y evitar la insatisfacción de los usuarios cuando acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro. En este sentido, es importante conocer qué procedimientos de RAC (recepción, acogida y clasificación de pacientes) se utilizan, pues el profesional de enfermería es quien desempeña esta función, que puede optimizarse con una adecuada valoración del mismo y con la propuesta de un modelo de atención para mejorar e incrementar la calidad ofertada al paciente en el Servicio de Emergencias.

A nivel práctico, este trabajo se justifica porque es necesario proponer un documento (recomendación científica) para la recepción, acogida y clasificación de usuarios en el Servicio de Emergencias, considerando los conocimientos del personal de enfermería y la percepción de los usuarios que acuden a este servicio. Este aporte práctico es necesario pues muchas veces las consultas realizadas en el Servicio de Emergencias se refieren a patologías triviales, siendo necesario contar con un método de clasificación rápido e individualizado de los usuarios a su llegada, para así poder delimitar inmediatamente cuál de ellos precisan realmente una atención prioritaria y cual puede esperar. Un método de RAC ayudaría a los profesionales de enfermería a manejar de manera más óptima el flujo de pacientes brindándoles una atención oportuna.

Finalmente, es importante mencionar que la satisfacción del usuario con respecto a la calidad de los cuidados y atención recibidos en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero, está influenciada por el primer contacto con el profesional de enfermería, justificando aún más la necesidad de contar con un método, que incluya estrategias, para la aplicación de la RAC, priorizando el orden de tratamiento, necesidad de derivar al paciente a otro servicio y seleccionar los medios adecuados para la atención del usuario.

### III. ANTECEDENTES

A nivel internacional se puede mencionar el estudio español de García denominado, “Reducción del tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de triage Manchester”, realizado en España en el año 2013, el cual propone como objetivo determinar si se han reducido los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias Generales del Hospital de Cabueñes hasta la atención por parte del médico con la implementación del Sistema de Triage Manchester. Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, los datos se obtienen de archivo, de la historia clínica de cada paciente. La muestra se calculó sobre 15.754 pacientes, que fueron los atendidos desde Octubre a Marzo de 2013. Obteniendo como resultados que sin importar el código de color, los tiempos de espera superan los tiempos establecidos para la atención de los pacientes. En el estudio se hizo la diferenciación usando el triage convencional y el triage Manchester, resaltando éste más efectivo en proporción de 3 a 10 pacientes respectivamente, por lo cual la eficacia del sistema Manchester es Servicios de Emergencia es superior a otros sistemas convencionales<sup>2</sup>.

De Argila, Egea y Carnevall en Servicios de Emergencia estudio de Evaluación del impacto tras la implantación del triage de adulto gestionado por enfermería en un servicio de urgencias hospitalarias en España, formularon como objetivo analizar el impacto de un programa de triage en la demora en la atención de los pacientes en un servicio de emergencias hospitalarias y conocer la valoración del personal de enfermería que ha iniciado la gestión del triage, realizando un estudio observacional prospectivo de tipo cohortes del total de 1413 pacientes que son atendidos en emergencia, aplicando y analizando datos de una plantilla con una encuesta estructurada simple. Entre los diez primeros pacientes atendidos sin triage y los seis siguientes atendidos con triage, se evidenció una diferencia significativa; se obtuvo

---

<sup>2</sup> García Gonzales R. Reducción del tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de triage Manchester. Tesis Doctoral. España: Universidad de Oviedo; 2013.

como resultado la mejora en los tiempos en la primera atención; sin embargo, no se aprecia diferencia significativa en el tiempo total de estancia en emergencias<sup>3</sup>.

Muñoz, en su tesis denominada Estudio de la frecuentación del Servicio de Emergencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia realizado en España, planteó como objetivo conocer los tiempos de espera de los pacientes, en el Servicio de Emergencias Hospitalarias de Palencia; observar si los pacientes que demandan atención urgente acuden por orden médica o por iniciativa propia y determinar las características socio demográficas de los pacientes que acuden al Servicio. Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, tuvo una muestra total de 889 casos, la edad media fue de 51 años y el 51,3% fueron mujeres. Los pacientes entre 81 y 90 años asistieron con más asiduidad al Servicio. La frecuencia resaltó mayor en el turno matutino, existiendo una hora de máxima atención a las 12 de la mañana y siendo el lunes el día de mayor afluencia; 366 pacientes fueron triados con un nivel III de urgencia (41,2%) y 512 casos (57,6%) acudieron al Servicio por orden facultativa; 231 casos requirieron hospitalización (26%). El tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el triage, fue de 8 minutos. El tiempo de espera desde la 7 clasificación a la atención médica, fue Servicios de espera es superior al protocolizado en cada nivel de emergencia. Concluyendo que el porcentaje de pacientes que acude por orden facultativa es elevado y que la falta de un sistema adecuado de triage, generó un alto porcentaje de pacientes en espera que podía haber sido tratado en niveles asistenciales primarios para evitar el colapso en el Servicio de Emergencias<sup>4</sup>.

Zambrano en su tesis denominada Sistema de Triage y Disminución de Tiempos de Espera en el Hospital San Vicente de Paúl de la Ciudad de Ibarra, Ecuador–2012, tuvo como objetivo Implementar un Sistema de Triage para disminuir los tiempos de espera de los usuarios; utilizando un método con enfoque multimodal, es decir de

---

<sup>3</sup> De Argila N, Egea B, Carnevall D. Evaluación del impacto tras la implantación del Triage de adulto gestionado por enfermería en Urgencias. Tesis especialidad. España Universidad de Madrid; 2009

<sup>4</sup> Muñoz Sánchez E. Estudio de la frecuentación del Servicio de Emergencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. España: Universidad de Valladolid; 2015

carácter cualitativo y cuantitativo, el estudio concluye en que la implementación del Sistema de Triage y disminución de tiempos de espera causa un impacto alto positivo, por lo que es recomendable que se ejecute la presente propuesta, ya que va ayudar a brindar un mejor servicio de salud y atención a la comunidad del norte del País<sup>5</sup>.

Vílchez en Servicios de Emergencia estudio titulado Aplicación de un sistema de triage de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote Perú (2009), tuvo como objetivo evaluar el resultado de la aplicación de un sistema de triage de cinco niveles en el servicio de emergencia del Hospital III Chimbote, en el cuál se obtuvieron los siguientes resultados, el tiempo promedio de duración del triage por paciente fue de 3.48 minutos y el tiempo promedio de espera del paciente que pasó triage para ser evaluado por el médico de especialidad fue de 58.69 minutos, teniendo como máxima espera a más de 180 minutos; con estos datos, se concluye que existe la necesidad de implementar el sistema de Triage Manchester en el Hospital III de Chimbote, el mismo que consta de V niveles y debe ser aplicado las 24 horas del día, con recursos humanos capacitados<sup>6</sup>.

Rubén Silvariño, en el estudio “Experiencia de triage estructurado en el departamento de urgencia – Uruguay”, tuvo como objetivo evaluar la eficacia del Triage estructurado como herramienta de gestión clínica, donde se recolectaron de forma prospectiva datos patronímicos y controles vitales de 500 pacientes consecutivos y se auditó de manera retrospectiva la historia clínica de los mismos en busca de parámetros que permitan evaluar la efectividad del Triage estructurado. Los resultados mostraron que el tiempo global de estadía en el departamento de urgencia fue de 101,5 minutos, el tiempo entre triage y consulta médica 50,1 minutos; 63% a 100% de las con Servicios de Urgencias fueron asistidas dentro de

---

<sup>5</sup> Zambrano Toaquiza C. Sistema de triage y disminución de tiempos de espera en el hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra. Ibarra: Universidad técnica del Norte; 2012

<sup>6</sup> Vílchez Zapata C. Aplicación de un sistema de triage de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote. Tesis Doctoral. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009

los tiempos preestablecidos para cada categoría de riesgo. Se concluye que el Triage estructurado es una herramienta eficaz de gestión clínico-asistencial<sup>7</sup>.

Interiano, Estrada y Gross, en la tesis Mejoramiento de los Tiempos de Atención de Emergencia en el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, tuvieron como objetivo proponer la implementación del sistema de triage para disminuir el tiempo de atención. Para el diseño de la investigación se utilizó un enfoque mixto dominante cuantitativo con un pre-experimento de un escenario pre y pos prueba. Se concluyó que el sistema de triage no influye en la reducción del tiempo total pero si en el tiempo de primera asistencia en un 56.06%. Sin embargo, no reduce significativamente el tiempo de segunda asistencia, ya que este se ve influenciado por los tiempos de laboratorio, rayos-x y espera para sala de operaciones. Se recomienda implementar el sistema del triage y reestructurar la infraestructura, personal, equipo y suministros para mejorar el proceso de atención actual<sup>8</sup>.

Isa Kroon, Scandra Antoinette, Cordoba Ramírez, Gilberto Horacio en el estudio descriptivo de corte transversal “Triage en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía”. Formularon como objetivo implementar el sistema de triage como prueba piloto en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía para valorar si contribuiría a la disminución de los tiempos de espera, mejoraría la satisfacción del usuario y la capacidad resolutive del Servicio. Se utilizó la escala de triage pediátrico canadiense modificado para adaptarla al instrumento para la realización del triage de la historia clínica institucional. Los tiempos de espera para la atención en el triage oscilaron entre tres minutos y una hora y ocho minutos. El tiempo de espera para la atención en consulta de urgencias varía de 1 minuto hasta 360 minutos (seis horas) tomando todos los niveles de triage. los tiempos de espera para la atención según la clasificación triage varían

---

<sup>7</sup> Silvariño R, Acevedo V, Moyano M, Méndez E. Experiencia de triage estructurado en el departamento de urgencia. Rev. Med. Urug [internet]. 2011. [citado 12 Dic 2014]; 27(2): 88-93. Disponible en: [http://www.rmu.org.uy/revista/27/2/2/es/5/reServicios de Emergencias](http://www.rmu.org.uy/revista/27/2/2/es/5/reServicios%20de%20Emergencias)

<sup>8</sup> Interiano Estrada C, Gross Muñoz G. Mejoramiento de los tiempos de atención de emergencia en el hospital Dr. Mario Catarino Rivas. Tesis Especialización. San Pedro Servicios de Emergencias: Universidad tecnológica centroamericana (unitec); 2012

para triage II de tres minutos a 40 minutos, triage III en tres minutos a 60 minutos; de esta manera se concluyó que un sistema de triage permite establecer la prioridad de atención mejorando la posibilidad de intervenir rápida y oportunamente en los casos que así lo requieran, disminuyendo los riesgos para los pacientes y a la vez disminuir los tiempos de espera para la atención a pesar de que el grueso de la clasificación sea triage IV. Concluyen que la realización del triage mejora la percepción del usuario del servicio ya que desde el primer contacto con el profesional del triage se le está informando sobre el estado del paciente, de los tiempos de espera según la clasificación triage, generando tranquilidad en los padres o cuidadores<sup>9</sup>.

Sanizo en su tesis “Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013, La Paz – Bolivia”, tuvo por objetivo evaluar el sistema de atención al usuario que acude al servicio de emergencia, este estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; los resultados fueron tiempo de espera para la atención, una hora y más de dos horas para la valoración por especialidad; el 72% es atendido de acuerdo a la llegada, sólo 5% al 7% son atendidos en menos de 15 minutos en el espacio físico disponibles. De acuerdo a resultados de la investigación se plantea una nueva reorganización e implementar el triage para garantizar una asistencia integral y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial<sup>10</sup>.

A nivel histórico, el término triage es un neologismo que proviene de la palabra francesa *trier*, que se define como escoger, separar o clasificar. A principios del siglo XIX, los ejércitos napoleónicos fueron los primeros en aplicar la clasificación de sus bajas en el campo de batalla, siendo el cirujano militar y jefe de los servicios

---

<sup>9</sup> Kroon I, Antoinette S, Ramirez C.; Horacio G. Triage en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía. Tesis de especialidad. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009

<sup>10</sup> Sanizo Zevallos L. Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013. Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia y Gestión en Enfermería. La Paz, Bolivia; 2013

sanitarios de Napoleón, el Barón Dominique Jean Larre, el padre de la moderna teoría del triage. Aplicó un criterio de selección en el orden de atención de los soldados heridos en batalla, basándose en la gravedad de sus heridas. Con el fin de asegurar un buen número de soldados en el campo de batalla, a los heridos más graves se les atendía lo más cerca posible de la zona de combate, mientras que los heridos más leves eran atendidos en segundo lugar y en zonas más alejadas. El objetivo último era una mejor atención de los soldados y recuperar el mayor número posible para la contienda.

*“El mejor plan que puede adoptarse en estas emergencias para prevenir las desastrosas consecuencias de dejar a los soldados gravemente heridos sin asistencia, es poner las ambulancias lo más cerca posible del campo de batalla y establecer cuarteles en los que todos los heridos que requieran delicadas intervenciones quirúrgicas, puedan ser reunidos para ser operados por el cirujano general. Aquellos que estén gravemente heridos deben recibir la primera atención, independientemente del rango o distinción. Aquellos lesionados en menor grado, deben esperar hasta que sus compañeros de armas, que estén gravemente mutilados, hayan sido operados y curados, pues en caso contrario éstos no sobrevivirían muchas horas y rara vez más allá del día siguiente. Por otro lado, las heridas ligeras pueden ser reparadas fácilmente en los hospitales de primera o segunda línea, especialmente en los oficiales que tienen medios de transporte. En último extremo, la vida no corre peligro por estas heridas.”* (Dominique Jean Larrey, L’Hommage des invalides, 1792:86-89).

Ya durante el siglo XX, se hizo rutinario el uso del triage de guerra, donde se determinaba qué pacientes debían ser evacuados rápidamente del campo de batalla para recibir un tratamiento adecuado. Pero no se puede hablar de una

descripción sistemática del triage hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 1964<sup>11</sup>.

Actualmente la sobreocupación de los servicios de emergencias hospitalarios son un fenómeno universal y su efecto más perjudicial son los retrasos en la primera atención de los pacientes que acuden a ellos. Los Servicios de Emergencias están sufriendo un aumento permanente de la demanda de pacientes, de tal forma que cada año se incrementa el número de usuarios, por lo cual el triage es un proceso necesario de valoración clínica preliminar que permite ordenar a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica, permitiendo así una gestión del riesgo clínico. De esta forma, cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos, se manejará el flujo de pacientes adecuadamente y con seguridad. El sistema de triage debe ser una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además tenga un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y utilización de recursos.

Como respuesta y consecuencia de que la demanda asistencial no permite la atención a todos los usuarios de forma inmediata en el momento de su llegada a los Servicios de Emergencias, en la mayoría de los hospitales se han implantado sistemas de triage estructurado, a fin de que se establezcan áreas de priorización asistencial.

---

<sup>11</sup> Rodríguez M, Molina L. Pasado, presente y futuro. Los diferentes sistemas de triage, hacia un triage enfermero como futuro para la gestión de los servicios de emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias y Emergencias, Vol. IV, No. 6; 2008

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el Servicio de Emergencia del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, diariamente, ocurre un desequilibrio entre la demanda de atención y los recursos disponibles, condicionando que los usuarios que acuden al hospital no sean atendidos de forma inmediata. Durante este tiempo de espera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida. Además, se crea en el paciente y en sus familiares un sentimiento de desatención cuando se prolonga el periodo de espera para recibir la atención médica, manifestándose numerosas quejas por la “lentitud” en la atención. Se ha llegado al punto en el que muchos pacientes deciden abandonar la consulta y dejar que la patología continúe hasta tener que regresar a emergencias con un cuadro mucho más grave que amerita una internación o la derivación a servicios más especializados; o en otros casos, los pacientes acuden a servicios de salud privados, decidiendo no regresar a la Caja Nacional de Salud Oruro por considerarla ineficiente.

La situación descrita, junto con la creciente necesidad de aplicar conceptos y técnicas de control de calidad a la actividad de atención en salud, ha impulsado que en los últimos años se desarrollen procedimientos de clasificación de los pacientes a fin de brindarles una atención más justa, es decir, que los pacientes que más lo necesitan sean atendidos antes y los que puedan esperar sin riesgo puedan ser reevaluados durante su espera; de esta manera, el servicio de emergencia se dota de un sistema adecuado para aplicar el principio bioético de “vivir bien”. Para lograr este cambio en la atención, es necesario evaluar si el personal de salud, en este caso las profesionales enfermeras y enfermeros, conocen y utilizan pautas o protocolos de actuación adaptados a las demandas del Hospital Obrero.

Esto es importante porque la gestión óptima de los servicios de salud, orientados a la eficiencia con calidad, requiere de metodologías y herramientas que den

respuesta a las necesidades de los profesionales de enfermería en su tarea de mejorar el estado de salud de la población, a la que sirven.

Como en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, el sistema de Recepción, Acogida y Clasificación no está aportando calidad a la atención de los usuarios, es necesario valorar si no existe esta herramienta, si el personal de enfermería no la usa o si la demanda de los usuarios supera la capacidad de atención del equipo de enfermeras. Se sabe que un sistema de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) es un elemento invaluable de organización que posibilita el trabajo de los y las profesionales en enfermería, mejorando no sólo la atención basada en los motivos de consulta, promoviendo mejoras estructurales, orientando la gestión de recursos, mejorando flujos, funciones y circuitos asistenciales. Por ello, la valoración de este sistema en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No.4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, ha de ser entendido como una medida orientada a la calidad para el servicio de emergencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema de salud.

Si bien se conoce la percepción oral de los usuarios sobre la recepción, acogida y clasificación en emergencias y se sabe que el personal de enfermería implementa un sistema de Recepción, Acogida y Clasificación, no se tiene una constancia validada sobre las opiniones de los usuarios que permita tomar decisiones para mejorar este sistema y también se desconoce si todo el personal de enfermería utiliza un sistema científicamente validado. Con esta información, puede formularse una propuesta que garantice la categorización según el grado de las emergencias a partir de los signos y síntomas que presentan los pacientes a su arribo al servicio de emergencias acompañado de todo el bagaje humano que favorezca la relación terapéutica positiva. Por ello es importante valorar el proceso de RAC (Recepción, Acogida y Clasificación) que no es más que un sistema estructurado de triage enmarcado dentro de los valores provistos por una comunicación humanizada, empática y diligente; rescatando además la atención personalizada, la intimidad y

la confidencialidad de las situaciones que motivan la consulta, elementos desgastados por la gran afluencia de pacientes en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No.4 de la Caja Nacional de Salud Oruro.

Hasta el momento, si bien el personal de enfermería cuenta con una sólida formación científica, no tiene un lenguaje común, lo cual es importante pues al ser parte del Servicio de emergencias el RAC ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje común entre los diferentes componentes del sistema de atención (licenciadas y auxiliares) y un control más eficiente del proceso de atención. Con la implementación del RAC se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos, es la posibilidad más firme que tiene el Servicio de Emergencia para mejorar permitiéndoles trabajar coordinadamente con otros servicios de atención existentes en el Hospital Obrero, convirtiéndose en una opción de cambio, modernización y mejora en los servicios donde se aplica.

#### **4.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Los procedimientos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) existentes para la atención a pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, en el primer trimestre de la gestión 2018, permiten atender adecuadamente al usuario ante el alto flujo de demanda de atención de Enfermería?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Valorar los procedimientos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) que realiza el personal de Enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, en el primer trimestre de la gestión 2018.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Valorar la aplicación del sistema de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) por el Personal de Enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro.
2. Valorar la percepción del usuario que solicita atención en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro.
3. Proponer un modelo de atención en base al proceso de RAC, para mejorar e incrementar la calidad ofertada al paciente en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro.
4. Proponer un Formulario de Recepción, Acogida y Clasificación del usuario para optimizar el proceso de atención a los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro.

## VI. MARCO TEÓRICO

### 6.1. CONCEPTO DE TRIAGE

En los hospitales públicos hay un preocupante y constante aumento de la demanda de asistencia en los Servicios de Emergencias; muchos pacientes acuden a este servicio por dolencias menores, otros lo hacen por el horario, ya que obtener una ficha de consulta puede tomar varios días o porque el paciente percibe una mayor facilidad y rapidez de resolución en el acceso hospitalario; todo ello genera la saturación del Servicio de Emergencias y ocasiona graves dificultades para asegurar una atención rápida y eficaz a los usuarios.

Ante esta situación, es necesario equilibrar la oferta y demanda de forma más adecuada en los Servicios de Urgencia. Para ello, en la mayoría de los hospitales se están implantando sistemas de jerarquización de las necesidades de asistencia de los usuarios a los que se les denomina Triage. El Triage se ha definido como un proceso para evaluar de forma rápida la gravedad de la afección del usuario con el fin de priorizar el orden de tratamiento y asignar el lugar y los medios adecuados para el mismo<sup>12</sup>. Puede definirse el Triage como el *proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la actuación diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de emergencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda/recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primeros*<sup>13</sup>. Esta clasificación debe hacerse en un tiempo corto y de forma ágil y efectiva, para que no pierda su razón primaria de ser.

En esta definición se introduce el término “grado de urgencia”, que hay que entender de forma adecuada para tener claro cuál es el objetivo final del triage. Requieren

---

<sup>12</sup> Sociedad Española de Enfermería de Emergencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, de las funciones de los Diplomados en Enfermería en la Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en emergencias. SEEUE. Madrid, España; 1999

<sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud. Los sistemas de Recepción, Acogida y Clasificación y su relación con la calidad asistencial. Estándares y recomendaciones. Lima, Perú; 1999

una actuación urgente aquellas situaciones clínicas con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo. En general se equipara a situación es de mayor agudeza o de mayor gravedad, pero no siempre es superponible.

La urgencia viene condicionada por el tiempo hasta la atención definitiva mientras que la gravedad tiene más que ver con el pronóstico final. Por ejemplo, un cáncer puede ser más grave que una crisis de bronco espasmo, pero ésta puede ser más urgente que el primero.

Genéricamente, el Triage consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada uno de los usuarios que en ese momento demandan asistencia. Es una toma de decisión basada en una información incompleta, ejecutada en medio hostil y dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de pacientes de carácter pluripatológico y con medios limitados.

La palabra Triage se utiliza en inglés para referirse a la jerarquización de necesidades asistenciales, y se deriva del término francés **trier que significa selección o escoger**. El Triage supone en algunas ocasiones prescribir pruebas complementarias o decidir si es un paciente candidato a ser visto en emergencias o por el contrario por un médico del hospital, en definitiva escoger. 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. Por eso debe ser ejecutado por una persona con un perfil específico, con mucha experiencia y con autoridad moral.

El término triage se utiliza indistintamente en el ámbito sanitario hospitalario como extra hospitalario; sin embargo, algunos autores señalan que debería quedar circunscrito (por su significado y aplicación histórica) en la terminología sanitaria para definir la clasificación de víctimas producidas por accidentes o catástrofes y por tanto de aplicación al entorno extra hospitalario. Es por ello que en el ámbito de las emergencias y emergencias hospitalarias se ha introducido el término de recepción, acogida y clasificación (RAC).

### 6.1.1. Modelos de Triage

Existen numerosas y diferentes escalas de Triage a nivel mundial. Las escalas de clasificación de pacientes o triage abarcan desde 3 a 5 niveles de clasificación. En la década de los 80, la tendencia era priorizar en 3 niveles<sup>14</sup>, tal como se muestra en la tabla 1:

**Cuadro 1: Escala de clasificación dividida en 3 niveles de prioridad**

Nivel I	emergencia
Nivel II	urgencia
Nivel III	no urgente

Actualmente, algunos servicios sanitarios autonómicos, utilizan escalas de 4 niveles<sup>15</sup>, como se refleja en la siguiente tabla:

---

<sup>14</sup>González M. Precisión del sistema de triage en emergencias y emergencias en relación con los datos clínicos del paciente. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Nutrición y Fisioterapia. Madrid, España. Pág.39; 2011

<sup>15</sup>González M. Precisión del sistema de triage en emergencias y emergencias en relación con los datos clínicos del paciente. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Nutrición y Fisioterapia. Madrid, España. Pág.47; 2011

**Cuadro 2: Escala de clasificación de 4 niveles de prioridad**

NIVEL	DEFINICIÓN
Nivel I	Emergencia o riesgo vital inminente para el paciente
Nivel II	Procesos agudos inestables, críticos. Grave deterioro respiratorio, neurológico y/o hemodinámico.
Nivel III	Procesos agudos estables, no críticos. Consulta preferente.
Nivel IV	Procesos banales o sin gravedad que pueden requerir atención médica pero no de emergencia.

Fuente: Gonzáles, María (2011)

Las comunidades científicas internacionales, las sociedades científicas, y expertos en este ámbito, recomiendan la elección de sistemas de clasificación de 5 niveles ya que son más efectivos en los Servicios de Emergencias y Emergencias<sup>16</sup>. Las investigaciones en este campo demuestran que las escalas de 5 niveles tienen una mayor fiabilidad y validez que las de 3 niveles.

**Cuadro 3: Ejemplo de clasificación en 5 niveles**

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR
<b>Crítico</b>	0 minutos	Rojo
<b>Emergencia</b>	10 minutos	Naranja
<b>Urgencia</b>	60 minutos	Amarillo
<b>Estándar</b>	120 minutos	Verde
<b>No Urgente</b>	240 minutos	Azul

Fuente: Travers y Waller (2002)

En las últimas décadas se han diseñado variados sistemas de triage, y en la actualidad existen, de acuerdo con las recomendaciones de la Medicina basada en la evidencia, 4 escalas de triage estructurado, reconocidas a nivel internacional. A

---

<sup>16</sup> Travers DA, Waller A. El triage de cinco niveles como Sistema más efectivo que el de tres niveles en los Servicios de atención de tercer nivel. Revista de Emergencias en Enfermería, II-28, 2002, págs. 295, 296. Disponible en <http://www.triagemanchester.com/Descripcion2.htm>. Consultado enero 2018.

continuación se nombran los 6 sistemas de Triage existentes en los diferentes sistemas de salud del mundo:

1. Australasian Triage Scale (ATS). Modelo Australiano de Triage
2. Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). Sistema Canadiense de Triage.
3. Emergency Severity Index (ESI).
4. Modelo andorrano de Triage (MAT).
5. Sistema español de Triage (SET).
6. Manchester Triage System (MTS). Sistema de Triage Manchester.

Estas escalas se caracterizan por tener un formato electrónico y un manual para sus diferentes ámbitos de aplicación. Algunas cuentan con ayudas o soportes informáticos.

De los 4 sistemas internacionales, sólo el sistema Manchester y el modelo canadiense están traducidos al español<sup>17</sup>. Se describen brevemente estos 2 sistemas, especialmente el sistema Manchester (MTS) puesto que es el modelo que guiará el marco propositivo de este trabajo<sup>18</sup>.

#### **6.1.1.1. Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). Modelo Canadiense de Triage**

Esta escala, como su nombre indica, fue desarrollada en 1995 en Canadá, y posteriormente revisada en los años 2004 y 2008. Está basado en el sistema australiano (ATS). Es el sistema de Triage que más veces ha sido revisado, tiene una aplicación específica para pediatría desde el año 2001. Está traducido al español, contiene un soporte informático de apoyo, y algunos artículos sobre su uso

---

<sup>17</sup> Colegio de Emergencias Médicas Australiano. Guía para la implementación de la Escala de Triage Australiano en Servicios de Emergencia. Carlton Vic: Colegio de Emergencias Médicas Australiano, 2000. Disponible en <http://repositorio.meuaq.edu.as/bitstream/23000/2189/1/104899.pdf>. Consultado en Diciembre 2017.

<sup>18</sup> Forsgren S, Forsman B. Trabajando con el Sistema de Triage Manchester. La satisfacción en el trabajo de las enfermeras de emergencias, 2009; 17: 226-232. Disponible en <http://digibuo.uniovi.eng/dspace/bitstream/10651/19466/6/Forsgren.pdf>. Consultado en enero 2018.

y creación se encuentran en su página oficial en Internet<sup>19</sup>. Al igual que el sistema australiano, el sistema canadiense está dividido en 5 niveles de prioridad, aunque los tiempos de espera difieren del modelo anterior.

**Cuadro 4: Niveles de clasificación y tiempos de espera del sistema de Triage Canadiense (CTAS)**

<b>Nivel I</b>	<b>Nivel II</b>	<b>Nivel III</b>	<b>Nivel IV</b>	<b>Nivel V</b>
<b>Atención inmediata</b>	<b>Atención antes de 15 minutos</b>	<b>Atención antes de 30 minutos</b>	<b>Atención antes de 60 minutos</b>	<b>Atención antes de 120 minutos</b>

Fuente: Beveridge y Clark (1999)

Para cada nivel se establecen grupos de signos y síntomas o cuadros clínicos o perfil de paciente, y en relación a las manifestaciones clínicas que presenta el paciente se establece su prioridad. Dichos grupos contemplan más de 220 signos y síntomas. La valoración se realiza por sistemas orgánicos.

Un aspecto muy importante de este sistema, es que incluye como síntoma el dolor, aspecto no contemplado en la escala de triage anteriormente citada por su componente de subjetividad<sup>20</sup>. Se valora igualmente la edad, constantes vitales y antecedentes personales, ya pesar de indicar un nivel de prioridad según la clínica del paciente, permite al profesional sanitario escoger el nivel que considere más oportuno.

#### **6.1.1.2. Sistema Manchester de Triage (MTS)**

Este sistema introducido en 1996 en el Reino Unido, y deriva del Sistema de Triage Australiano. Ha sido revisado en el año 2006. Está traducido a varios idiomas: español y alemán. Al igual que el sistema australiano, cuenta con algunos

<sup>19</sup> Beveridge R, Clark B. Triage Canadiense para el departamento de Emergencias y Manejo de la Escala: Guía de Implementación. CJEM 1999; 1: 2-28. Disponible en <http://www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32>. Consultado enero 2018.

<sup>20</sup>Idem 10

algoritmos pediátricos, pero no tiene una aplicación específica pediátrica, a diferencia del sistema canadiense<sup>21</sup>. Se presenta en soporte informatizado.

Su expansión por varios países europeos a lo largo de estos años implica que en la actualidad cuente con más de 10 millones de usuarios. Durante el diseño del sistema se creó el Grupo Manchester cuya función es divulgar y apoyar el uso de esta herramienta, incluyendo la formación de instructores para la formación de las plantillas de los Servicios de Emergencias y Emergencias. Aparte de la formación específica la herramienta cuenta con un manual de apoyo.

Es un sistema basado en 5 niveles de prioridad, con los siguientes tiempos de espera para la asistencia del paciente, como se muestra a continuación:

**Cuadro 5: Niveles de clasificación del sistema Manchester, y tiempos de espera**

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR
Crítico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	60 minutos	Amarillo
Estándar	120 minutos	Verde
No Urgente	240 minutos	Azul

**Fuente:** Grouse y Bisho (2009)

El sistema está conformado por 52 ítems o motivos de consulta, de los cuales 7 serían específicos para pediatría. Dentro de estos motivos de consulta se engloban un total de 189 discriminadores, la gran mayoría son signos y síntomas, y algunos de ellos, están relacionados con el tiempo de evolución del cuadro clínico. Se

---

<sup>21</sup> Grouse A, Bisho RO. El Sistema de Triage Manchester como medio para una Buena atención en salud en los servicios de emergencias. Revista Emergencias Médicas 2009; 26 (7): 484-6. Pág. 173. Disponible en <http://www.triagemanchester.com/Descripcion2.htm>. Consultado en Diciembre 2017

enuncian y describen según 6 puntos clave en la discriminación: riesgo vital, dolor, hemorragia, tiempo de evolución, nivel de conciencia y temperatura.

El Sistema Manchester cuenta con un diccionario de discriminadores, en el cual se enuncian, definen y describen cada uno de ellos, cuyo objetivo es la estandarización y objetividad de los mismos, con independencia de la interpretación del profesional sanitario que realice el triage<sup>22</sup>.

Los discriminadores nos indicarán el nivel de prioridad del paciente, ya que estos se dividen en 5 grupos. Para la selección, se van realizando preguntas cerradas muy concretas, hasta determinar el color asignado. Estas cuestiones son dicotómicas, se responden con Si/No. Cuando una respuesta es “Sí”, el nivel de prioridad en el que se encuentre esa pregunta será el asignado al paciente, en su defecto continuaremos descendiendo en el diagrama hasta asignarle el adecuado<sup>23</sup>.

La toma de constantes vitales se considera “triage secundario” dentro de esta herramienta, aunque para discriminar algunos signos del triage primario se precisa la toma de ciertas constantes vitales.

A continuación, se muestra un ejemplo de triage con el sistema Manchester:

## **6.2. RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC)**

El Triage ha ido sustituido por el procedimiento de la RAC. El primer contacto de los pacientes con el personal de salud en los servicios de emergencias, tanto hospitalarias como del nivel asistencial de Primaria, es entendido y definido como Recepción, Acogida y Clasificación de los pacientes en emergencias(RAC).La RAC (término que debe sustituir definitivamente a Triage) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la

---

<sup>22</sup> Ídem 21

<sup>23</sup> Ibídem 21

óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de emergencias en el que se encontrará el personal de enfermería<sup>24</sup>.

Da un paso importante en la concepción de clasificación de pacientes en emergencias y emergencias. No es solo prioriza, supera el instante del Triage manteniendo y reforzando la relación interpersonal entre usuario/víctima y profesional de salud. En esta relación hay que establecer conexiones empáticas y estas se enmarcan en el continuo del proceso RAC. La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial. La RAC es sumar al concepto de triage los elementos propios de la relación interpersonal entre el paciente y el profesional sanitario, estableciendo conexiones empáticas y centrando las acciones en el servicio al usuario.

### **6.2.1. Objetivos de la RAC**

El objetivo general de la RAC es mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de emergencias y emergencias, para la mejor respuesta a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que un paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello, aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad. Por otra parte, la Sociedad Española de Enfermería de Emergencias (SEEUE) establece los siguientes objetivos específicos de la RAC<sup>25</sup>:

1. Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de emergencias y emergencias, mediante una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre

---

<sup>24</sup> Sociedad Española de Enfermería de Emergencias y Emergencias, SEEUE. Recomendación Científica 99/01/01. De las funciones y tareas propias de la enfermera de emergencias. Madrid, España.

<sup>25</sup> Ídem 24

la necesidad de atención, que el paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad.

2. Ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración enfermera inicial.
3. Clasificar y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura del Hospital.
4. Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
5. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente y determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de emergencias o emergencias.
6. Aplicar, si procede, ciertas técnicas, iniciales y básicas, propias del ejercicio profesional.
7. Prestar a los pacientes, y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto. Informándoles sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable.
8. Facilitar estabilidad y confort en la medida de lo posible.
9. Prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente hacia una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el más alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.
10. Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
11. Proporcionar información a los profesionales para ayudarles a definir y monitorizar la complejidad del Servicio.
12. Disminuir la congestión, mejorando el flujo de pacientes dentro del Servicio de Emergencias.

Se define por tanto, una actividad donde la enfermería no sólo es parte del proceso. La actividad de Recepción, Acogida y Clasificación de los pacientes de emergencias y emergencias, es propia de la enfermería.

### 6.2.2. Fases de la RAC

Consta de tres fases íntimamente relacionadas, aunque puede hacerse un intento por describir cada una de ellas<sup>26</sup>.

**1ª Fase: RECEPCIÓN:** La recepción es el momento en el cual se establece la relación sanitario paciente como respuesta a la demanda del usuario y se realiza una valoración primaria que descarta la emergencia. La valoración primaria implica

- ☞ Declaración del problema
- ☞ Reconocimiento inmediato de signos vitales
- ☞ Valoración riesgo vital
- ☞ Actuación inmediata.

**2ª Fase: ACOGIDA:** La acogida es el modo relacional en el que se desarrolla el primer encuentro sanitario paciente y conlleva la puesta en práctica de todo el bagaje de valores humanos hacia el paciente y la familia desde la personalidad enfermera, predisponiendo favorablemente a la relación terapéutica positiva. La acogida se realiza una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria, sistemática, realización de pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de emergencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud.

La valoración secundaria comprende:

- ☞ Valoración del paciente por sistemas

---

<sup>26</sup>Ibídem 24

- ∞ Análisis e interpretación de datos obtenidos
- ∞ Toma de decisiones clínicas.
- ∞ Actuación in situ- traslado a otro nivel asistencial o a área asistencial concreta
- ∞ Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad

**3ª Fase: CLASIFICACION:** Momento en el que, siguiendo los criterios homogéneos, se establece un nivel de asistencia o prioridad al paciente que deriva de una actuación concreta. Cada una de las etapas de la RAC se corresponderá en mayor o menor medida con una de las etapas del proceso de enfermería, siendo la enfermera según la Sociedad Española de Enfermeras de Emergencias y Emergencias (SEEUE)<sup>27</sup> la figura que cumple los requisitos indispensables para el desempeño de esta función.

El método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia en salud a través de la práctica enfermera, de manera que pueda ser aplicada en cualquier ámbito de emergencias y emergencias por un profesional de enfermería capacitado para dicho fin (recogida de datos/juicio clínico/acción/evaluación).

La clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana, que presenta cada hospital. La clasificación se hará en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante, en aras de una priorización en la atención médica y de cuidados enfermeros.

En la RAC se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas.

---

<sup>27</sup> Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triage y el sistema de RAC: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2010; 33:55-68.

En cuanto a la escala empleada para clasificar asignando una prioridad en la atención, se recomienda expresamente que se utilice un sistema con solvencia acreditada, citando como ejemplo el canadiense, australiano o Manchester, desaconsejando la utilización de aquellos que sean desarrollados localmente sin haber sido validados correctamente.

### 6.2.3. Sala de RAC y materiales

La RAC requiere una sala que cumpla las siguientes características<sup>28</sup>:

- ∞ Propia e independiente
- ∞ Tamaño de 8 m<sup>2</sup>
- ∞ Suficientemente equipada
- ∞ De fácil acceso desde la sala de espera
- ∞ Con buena comunicación hacia los consultorios
- ∞ Que permita la confidencialidad de la entrevista

Entre los principales elementos que deben encontrarse en la sala donde se realizará el proceso de la RAC, están<sup>29</sup>:

∞ Muebles:

- ✓ Camillas exploración (2).
- ✓ Sillas (2).
- ✓ Heladera.
- ✓ Lavamanos y palangana,
- ✓ Cubo ropa sucia.
- ✓ Mesa escritorio y silla escritorio.
- ✓ PC e impresora (documentación y etiquetas).

---

<sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud. Procedimientos de Recepción, Acogida y Clasificación: Objetivos e Implantación. Paraguay; 2011

<sup>29</sup> Medina Aragón F, Gómez Salgado J. Fundamentos teórico-prácticos de la Enfermería de Emergencias. Tema 3. Pág. 221-254. Enfo Ediciones. Madrid; 2009

- ✓ Clasificador documentación.
- ✓ Teléfono.
- ✓ Armario o carro para materiales y cajas materiales.
- ✓ Mesa o mesón para aparatos y preparación de medicación.
- ✓ Carro medicación o vitrina.

☞ Documentación:

- ✓ Hojas de Triage Manual.
- ✓ Lista teléfonos hospital.
- ✓ Manual

☞ Aparatos:

- ✓ Toma oxígeno.
- ✓ Toma aspiración.
- ✓ Monitor TA y manguitos.
- ✓ Monitor Glucemia Capilar.
- ✓ Monitor Sat. Hb.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Linterna.

☞ Medicación<sup>30</sup>:

- ✓ Suero oral
- ✓ Paracetamol oral
- ✓ Metamizol
- ✓ Dexametasona
- ✓ Ondansetrón
- ✓ Clorfeniramina

---

<sup>30</sup> Medina Aragón F, Gómez Salgado J. Fundamentos teórico-prácticos de la Enfermería de Emergencias. Tema 3. Pág. 258-268. Enfo Ediciones. Madrid; 2009

### ☞ Materiales:

- ✓ Mascarilla oxígeno adulto y pediátrica.
- ✓ Humidificadores.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Sondas aspiración.
- ✓ Vasos para el agua.
- ✓ Cucharas.
- ✓ Gasas.
- ✓ Tiras reactivas para glicemia.
- ✓ Lancetas glucemia capilar.
- ✓ Alcohol gel.
- ✓ Guantes de vinilo desechable de todos los tamaños.
- ✓ Jeringas 2, 5, 10, 20 y 50 (cono ancho) ml.
- ✓ Agujas nº 23 y 25.
- ✓ Contenedor agujas.
- ✓ Tiritas HGT.
- ✓ Esparadrapo hipoalérgico.
- ✓ Balanza adultos y bebés.
- ✓ Papeles pesa bebés.
- ✓ Bolsas basura.
- ✓ Jabón.
- ✓ Soporte papel manos y rollo de papel.
- ✓ Papelera.
- ✓ Sábanas-Toallas.

#### **6.2.4. Metodología de la consulta: Los momentos de la RAC**

El punto fundamental para entender cómo se realiza la consulta de RAC es tener en cuenta en todo momento que su finalidad es asignar un nivel de emergencia o urgencia y no hacer un diagnóstico. La consulta de triage comprende, el conjunto

mínimo imprescindible de actuaciones que permitan decidir el grado de urgencia del paciente. Todo lo que vaya más allá es superfluo y sólo contribuye a aumentar el tiempo empleado, lo que va en contra de la filosofía del propio triage<sup>31</sup>.

Es muy importante transmitir este hecho al paciente y a sus familiares y dejar claro que se trata de una valoración preliminar para determinar las necesidades inmediatas del paciente de forma previa a la consulta médica definitiva, en la que ya se tendrán en cuenta todos los datos necesarios para su diagnóstico y su tratamiento.

Las etapas de la consulta de la RAC son las siguientes:

- **Impresión general:** Se refiere a la sensación de gravedad que produce un paciente.

- **Anamnesis:** *¿Qué le pasa?* Motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología, delimitando un cuadro para formarse una opinión de su gravedad. *¿Desde cuándo?:* delimitamos si es un cuadro agudo o una afectación crónica o crónica descompensada.

*Episodios previos:* averiguar la existencia de cuadros recurrentes.

*Datos de interés relacionados con el motivo de consulta:* que sean pertinentes y ayuden a la priorización

- **Exploración:** Búsqueda de signos de gravedad. Hay que prestar atención en aquellos relacionados con el motivo de consulta y que ayuden a priorizar. Ejemplo:

- Respiración: Permeabilidad de vías aéreas, patrón respiratorio, trabajo respiratorio, sonidos audibles a distancia
- Circulación: pulsos distales, temperatura de la piel, color, FC.
- Neurológico: nivel de conciencia, pupilas, respuesta al dolor, motricidad, etc.

---

<sup>31</sup>Idem 28

- **Toma de signos vitales:** En el triage se utiliza habitualmente los siguientes signos vitales: FC, FR, TA, Sat Hb, T<sup>a</sup> y glucemia. Es importante tener claro que la toma de los mismos no es un objetivo de la consulta de triage: sólo se deben tomar aquellos que pueden condicionar la decisión del nivel de urgencia. Si con datos clínicos tenemos suficiente para determinarlo, la toma de constantes no hace más que enlentecer el proceso, y el tiempo del que dispone el personal de enfermería es precioso. Si se alarga la visita de triage, se demora el tiempo de ese paciente hasta su atención y tratamiento definitivos y además se retrasa la valoración del siguiente paciente. En cada uno de los algoritmos vienen enumerados los signos vitales que pueden ser de utilidad para cada motivo de consulta. De todas formas, es importante insistir que no es que deban tomarse de forma obligatoria, sólo si hacen falta para el proceso del triage<sup>32</sup>.

Muchas veces los niveles I y II tienen signos clínicos de urgencia evidentes que hacen innecesario conocer el valor de los signos vitales, porque ya tenemos claro que se trata de un paciente urgente.

- **Valoración del dolor:** El dolor es un aspecto muy importante a ser valorado en la consulta del RAC y su determinación implica una sistemática diferente según la edad.

- **Clasificación:** Es la prioridad de atención de urgencia utilizando protocolos validados para tal efecto.

- **Despedida e información:** Se le explicará al paciente y/o familiares el tiempo y lugar donde esperará para ser atendido según la clasificación asignada y cuándo corresponde ser reclasificado<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup>Ibídem 28

<sup>33</sup>Ibídem 28

La consulta de triage debe seguir una sistemática para que no se olviden cosas importantes, pero también tiene que ser suficientemente flexible para adaptarse a la situación de cada paciente. Esto significa que, aunque incluye varios apartados no siempre todos son necesarios ni siempre tienen que hacerse en el mismo orden.

De hecho, casi siempre se harán de forma paralela: comenzar a valorar algunos datos de la exploración física o tomar signos vitales mientras se continúa la anamnesis. La asignación de nivel de prioridad de atención de urgencia determinado se basa en unos protocolos o algoritmos, no sólo en el criterio personal de cada profesional; sin embargo, los niveles que deben considerarse para asignar esta prioridad, siguiendo la Escala de Manchester, son:

**Cuadro 6: Niveles de clasificación siguiendo el sistema Manchester**

NIVELES DE URGENCIA	TIEMPO DE ASISTENCIA DESEADO	DESCRIPCIÓN
I	Inmediato, en sala de reanimación	Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación.
II	Menor o igual a 10 minutos (pasar de inmediato a la consulta)	Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo.
III	Menor o igual a 30 minutos	Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas, en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales o sólo ligeramente alteradas).
IV	Menor o igual a 120 minutos	Situaciones que, por la edad del paciente o su proceso, podrían empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico.
V	Menor o igual a 180 minutos	Situaciones que pueden ser agudas pero no son urgentes o que forman parte de un proceso crónico. En cualquier caso, su atención podría ser retrasada y referida al equipo de medicina primaria.

**Fuente:** Elaboración propia en base a Grouse y Bisho (2009)

### 6.2.5. Diferencia entre Emergencia y Urgencia

En el ámbito hospitalario, se denomina Emergencias como aquella sección de los hospitales en la que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados inmediatos. La Organización Mundial de la Salud puntualiza que Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia<sup>34</sup>.

En base a estos conceptos, podríamos decir, que la atención urgente hospitalaria es la inmediata acción de lo que es menester para la salud de un paciente. Puede entenderse menester como lo que realmente necesita, esto diferencia la urgencia de la no urgencia.

Para Martínez Veny<sup>35</sup> (2003), la Urgencia es una de las puertas de entrada que tiene todo paciente que acude a un hospital cuando requiere cuidados de salud para satisfacer aquellas necesidades en las que ha perdido su independencia.

En esta misma línea, la definición de Urgencia, según Jiménez Murillo<sup>36</sup>, se compone de una parte objetiva que son la gravedad y la agudeza del proceso, y de un componente subjetivo que se relaciona con el grado de sufrimiento del paciente (donde participan el dolor y la intolerancia a la espera), y sus expectativas (cobertura de necesidad), como también comenta González Romero<sup>37</sup>, la presencia de los

---

<sup>34</sup> Organización Mundial de la Salud. Definiciones de Emergencia y Urgencia en la práctica médica. Documento Informativo Año 31. Ginebra, Suiza; 2000

<sup>35</sup> Martínez Veny S. Procedimiento de Triage en la Urgencia hospitalaria. Metas de la Enfermería para el siglo XXI. Editorial Mc Graw Hill. Colombia; 2003

<sup>36</sup> Jimenez Murillo L. Emergencias sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. Sociedad española de Medicina de Emergencias y Emergencias. Equipo de trabajo de SEMES- EASP. Escuela Andaluza De Salud Pública Editores. Granada, España; 2003

<sup>37</sup> González Romero G. Diseño de una encuesta para valorar los motivos que llevan a los pacientes con patología no urgente a acudir a las emergencias hospitalarias. En: Ponencia nº 47"XIX congreso Semes Galicia. Cincuenta y seis contribuciones a la medicina de emergencias. Galicia; Ofelmaga 2008. 109-110. Disponible en <http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm>. Consultado Febrero 2018.

mismos, implica una gran variedad de Emergencias, lo que genera una confusión a la hora de denotar la gravedad y agudeza de los síntomas, y afecta en la atención al usuario.

Ahondando en estos aspectos, también puede considerarse que ambos componentes son fundamentales, pero el factor objetivo siempre va a tener mayor peso en la atención asistencial. Es de suma importancia clarificar el término gravedad, ya que en ocasiones una urgencia no es grave. La gravedad es una cualidad relacionada con el riesgo de mortalidad y/o de descompensación fisiológica, de pérdida de función orgánica, y probabilidad de muerte. Se relaciona con el término Urgencia pero tienen matices diferentes.

Una urgencia siempre es un proceso que requiere una intervención asistencial rápida, mientras que un proceso grave no tiene por qué ser urgente, este es el punto diferencial clave, ya que la Emergencia es toda aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial.

Según la Organización Mundial de la Salud es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital<sup>38</sup>.

### **6.3. RELACIÓN PACIENTE-ENFERMERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITALARIA**

La enfermera, es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y

---

<sup>38</sup> Ídem 19

emocional. La relación enfermera paciente es la principal acción que lleva a los pacientes a sentir seguridad y confianza hacia la persona que lo está atendiendo.

No solamente la enfermera requiere de sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, sino también debe tener la facilidad de llegar al paciente brindándole apoyo en todo el momento, la enfermera debe tener la paciencia y la sabiduría de entender ciertas reacciones de los pacientes cuando se encuentran en una situación de emergencia, es su comprensión y sencillez lo que debe caracterizar a los profesionales de enfermería.

Según algunos aportes<sup>39</sup>, el actual sistema sanitario desincentiva la continuidad de la atención médica, al no permitir un tiempo necesario para desarrollar una mayor relación con el paciente. La enfermera debe influir en el paciente sobre su enfermedad, pero además, tiene que intentar eliminar todo tipo de temores y ansiedad que el paciente pueda mostrar ante su problema. Aunque las mismas fuentes señalan que los efectos sobre la evolución del paciente no son significativos, sí influyen en su calidad de vida.

La relación de la enfermera con el paciente siempre debe ser buena, ya que si no existe una confianza del paciente hacia el médico, éste no logrará hacer un buen trabajo, para esto el médico debe ganarse la confianza del paciente tratándolo con respeto, cordialidad, y mostrándose siempre preocupado por brindarle una buena atención.

Por relación enfermera paciente se entiende aquella relación que se establece desde el momento que el cliente ingresa al área hospitalaria, hasta que sale de la misma, cuando el paciente logra establecer una buena relación con el personal de salud se siente más confiado, disminuyen sus temores y su ansiedad, para que el profesional de enfermería pueda aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos en

---

<sup>39</sup> Lezaun C. La Enfermera de Triage en Emergencias. VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Emergencias. Julio 1994, Puesta no. 11. Pamplona, España; 1998

el paciente, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico<sup>40</sup>.

La relación enfermera paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica y tan imprescindible en la formación integral del enfermera, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación tanto por las situaciones estresantes a las que están sometidos a diario el personal de salud y el exceso de trabajo en ocasiones ha causado conflictos entre los clientes y enfermeras, debido a esto se están implementando nuevas medidas con los profesionales de salud como cursos de relaciones humanas para mejorar esta relación.

### **6.3.1. El trabajo de la enfermera en los servicios de emergencia**

El trabajo que realizan los profesionales de enfermería en las áreas de emergencias de los hospitales es fundamental al momento de atender a los pacientes que llegan a esta área, priorizando según la urgencia que presentan, las enfermeras son las encargadas de controlar los signos vitales administrar los medicamentos indicados por el médico según el tipo de emergencia, dando siempre mayor atención a aquellos pacientes que tiene en riesgo su vida.

Según expresa la Revista Mexicana Enfermería que “La enfermera/o es capaz de ejecutar y coordinar procesos para garantizar el eficiente desarrollo de las actividades de enfermería, mediante la planificación, organización, dirección, coordinación y supervisión del trabajo en unidades hospitalarias”<sup>41</sup>. Por lo tanto en el Servicio de Emergencias, la enfermera también dedica su servicio a cuidar la salud del individuo, familia y comunidad, tienen como misión la aplicación del

---

<sup>40</sup> Ídem 35

<sup>41</sup> Revista Mexicana de Enfermería. Los procesos de atención de enfermería. Octubre V. % No. 2. 2008. Disponible en <http://bibdigital.rmnsf.edu.mx/bitstream/15000/8498/3/CD-2027.pdf>. Consultado en febrero 2018.

proceso de enfermería a través de una atención de bienestar integral oportuna, comunicación, pro actividad y respeto a la integridad del usuario.

La enfermería es la encargada de la gestión del cuidado de las personas en todo aquello que tiene relación con la promoción, mantención, restauración de su salud, y la prevención de enfermedades y lesiones, además el profesional de enfermería ayuda al paciente a cuidar de mejor manera su salud, así como también organiza y realiza gestiones para ayudar a personas de escasos recursos económicos, esto sobre todo lo realizan en el sector rural donde las personas no tiene correctas normas de higiene y su forma de tratar sus enfermedades es con medicina natural que no siempre es la mejor para aliviar sus molestias y mejorar su estado de salud.

La enfermería, es por lo tanto una profesión científica y humanista, que tiene como rol asumir el cuidado de las personas, asegurando la continuidad de estos desde la unidad de Emergencias hasta la atención en el hogar, la enfermera forma parte del equipo de salud, cumpliendo un rol relevante en el cuidado integral de la persona y familia, ayudando al individuo en la satisfacción de sus necesidades para que pueda adaptarse a las circunstancias de la vida en forma armoniosa y saludable.

Según manifiesta Roberto Vidana “En las instituciones de salud, la propia enfermería tiene determinadas líneas de mando, comunicación, coordinación y asesoría, así como la determinación de diferentes puestos de acuerdo a las categorías de personal, las enfermeras tienen dos tipos de funciones: Funciones independientes: Actividades que se encuentran en el campo específico de la enfermería por lo tanto no requieren prescripción médica. Funciones interdependientes: son aquellas que se realizan en colaboración con los demás integrantes del equipo”<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Vidana R. El papel de la profesional enfermera en el Servicio de Emergencias. La autonomía en el trabajo. VII Congreso Nacional de Enfermería de Emergencias, Octubre 2008, Madrid. Libro de Comunicaciones 163; 2008

El trabajo de la enfermera en el Servicios públicos no solo consiste en administrar medicamentos o controlar signos vitales hoy en día las enfermeras son capaces de realizar trabajos administrativos, elaboración de horarios del personal de enfermería, también realizan docencia y labor social, aplican el proceso de atención de enfermería para brindar una atención organizada y eficiente al cliente.

Aunque la enfermera debe seguir las indicaciones médicas, también realiza acciones independientes de enfermería, al momento de atender un paciente, sobre todo en las áreas de emergencia no se puede esperar a que el médico indique colocarle oxígeno al paciente, o colocar una sonda, cuando el problema es evidente las enfermeras no pueden esperar a que el médico indique realizarle al paciente procedimientos básicos para preservar su vida, sin embargo antes de colocar un medicamento o realizar un procedimiento que implique mayores riesgos si es indispensable esperar la prescripción médica ya que eso está dentro de las normas de salud.

### **6.3.2. La enfermera de triage**

La enfermera de emergencias es aquella que somete al paciente a un triage (recepción, acogida y clasificación) determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales, así como los factores que influyen en que se produzcan los flujos dentro de los servicios de emergencias. Por tanto, la práctica de la enfermera de triage comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales, que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos<sup>43</sup>.

La atención por una enfermera de práctica avanzada de emergencias supone un paso adelante para una adecuada gestión con respecto a la demanda asistencial

---

<sup>43</sup>Ortega MC. Manual de evaluación de servicios de calidad en Enfermería de Emergencias, Editorial Médica Panamericana S.A.; Ed. 2dº, Argentina; 2009

del usuario que acude a estos servicios. Esto es motivado por la capacidad resolutoria de la enfermera debido al aumento de competencias, además del elevado porcentaje de motivos por los que los usuarios acuden al servicio de emergencias, en muchos casos demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes.

El papel de la enfermera de triage es valorar al paciente en busca de signos y síntomas que puedan comprometer su vida con la ayuda de una estimación del número de recursos y que el paciente necesitará para ser tratado. El nivel de urgencia se determina, en función de la estabilidad hemodinámica y el riesgo potencial para la vida del paciente, para sus órganos o para las extremidades. La enfermera de triage realiza una estimación de recursos realizando una valoración en base a la necesidad de éstos, basándose en su experiencia previa con pacientes que presentaban los mismos signos y síntomas<sup>44</sup>. La enfermera de triage debe identificar los signos y síntomas de los pacientes para que sean atendidos de acuerdo a la gravedad de su patología y pacientes que no necesitan de una atención inmediata pero que se encuentran en el área de triage para que sean atendidos sin importar la situación de pacientes que necesitan de una atención inmediata.

La enfermera de triage es generalmente y en todos los hospitales la primera persona que va a ver al paciente y tiene como funciones<sup>45</sup>:

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

---

<sup>44</sup> Ídem 43

<sup>45</sup> Ibídem 43

- ☞ Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Los rasgos generales que caracterizan a una enfermera de emergencias son<sup>46</sup>:

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

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

---

<sup>46</sup> Ibídem 34

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### 7.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo exploratorio descriptivo, pues este tipo de diseño se efectúa cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado; así mismo, sirven para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos y obtener información para llevar a cabo investigaciones futuras más complejas<sup>47</sup>, como en esta investigación, que se revisó la los conceptos de Triage y RAC en atención de emergencias que si bien ya han generado diferentes estudios en otros entornos, pueden apoyar un estudio novedoso en el contexto de la salud orureña; este tipo de estudios no requieren la formulación de una hipótesis, pero puede hacerse una identificación operacional de términos para guiar la construcción de instrumentos de recolección de datos.

Por otra parte, se dice que el estudio es de tipo descriptivo, pues se trata de describir (valga la redundancia) el fenómeno de estudio lo más precisamente posible, para posteriormente encontrar posibles relaciones o datos significativos; asimismo, este tipo de investigación, permite identificar las formas de conducta y actitudes de los individuos que se encuentra en el universo de investigación<sup>48</sup>.

Además es una investigación transeccional o transversal porque se recolectaran datos en un momento y tiempo único para así poder describir y analizar la relación entre las variables en un momento dado que es el primer trimestre de la gestión 2018.

La técnica que se empleará en la investigación es el cuestionario, la misma que consiste en un conjunto de preguntas respecto al fenómeno de estudio,

---

<sup>47</sup>Sampieri R, Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México D. F., pág. 59; 2006

<sup>48</sup>Sampieri R, Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México D. F., pág. 62; 2006

considerando diferentes conceptos, teorías o postulados, utilizando preguntas de opción múltiple tanto en el cuestionario para enfermeras como en el cuestionario de usuarios<sup>49</sup>. El conjunto de preguntas del cuestionario aplicado a los usuarios suma un total de once preguntas que buscan conocer si son atendidos de acuerdo a sus necesidades una vez que ingresan al Servicio de Emergencias; por otra parte, las preguntas formuladas a los profesionales de enfermería son nueve, y están orientadas a valorar si se cuenta con los recursos y habilidades para realizar un proceso de recepción, acogida y clasificación adecuados.

Los instrumentos que se aplicaran consideran los aportes teóricos revisados, especialmente los referidos al uso de un sistema de RAC en el Servicio de Emergencias a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios y brindarles una atención de calidad y calidez.

## **7.2. ÁREA DE ESTUDIO**

La presente investigación se realizó en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, por lo cual el Servicio de Emergencias se constituye el área de estudio. Este Servicio tiene ambientes equipados con diferente tecnología médica, además de contar con médicos especialistas de emergencia como cirujano general, médico internista, médico pediatra y médico traumatólogo; quienes trabajan con un equipo de 14 profesionales en enfermería, 4 licenciadas y 10 enfermeras profesionales, quienes son las y los directos responsables de recibir y atender a los usuarios que ingresan a este servicio.

Dentro del Servicio de Emergencias, se desarrollan procesos de Acogida, Recepción y Clasificación de los pacientes como un sistema, los cuales se constituyen en el fenómeno de estudio; dicho sistema se convierte en una

---

<sup>49</sup>Sampieri R, Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México D. F., pág. 202; 2006

herramienta que permite optimizar la atención en el Servicio de Emergencias; si bien el Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, tiene diferentes procesos y protocolos, las continuas quejas y demandas de los usuarios, permiten deducir que el sistema de la RAC, debe ser valorado para decidir qué aspectos pueden mejorarse u optimizarse.

**Ingreso principal al Hospital Obrero No.4 de la Caja Nacional de Salud Oruro**



**Ingreso al Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No.4 de la Caja Nacional de Salud Oruro**



### 7.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo está compuesto por todos los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias durante la gestión 2018, que asciende a 46011, de este grupo se consideró a una población de 3836 pacientes que se presentaron en el primer trimestre, para finalmente obtener la muestra de noventa y seis usuarios que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro. Se considera un tipo de muestra aleatoria, ya que del total de 3836 usuarios que acudieron al Servicio de Emergencias durante el primer trimestre de la gestión 2018, se encuestó a 96 pacientes, considerando un promedio de un paciente por día al azar. Así mismo se considera a catorce profesionales de enfermería que pertenecen a este servicio, incluyendo a cuatro enfermeras de especialidad y diez enfermeras profesionales.

La muestra de los pacientes es al azar<sup>50</sup>, es decir que todos los pacientes tienen la misma probabilidad de participar en el estudio una vez que hayan sido atendidos en el Servicio de Emergencias, la muestra es de este tipo tomando en cuenta que el fenómeno de estudio puede manifestarse de muy distinta manera en cada uno de los pacientes y que por ello es necesario considerarlos a todos en un día normal de atención. La muestra de los profesionales de enfermería es de tipo Probabilística Censal<sup>51</sup>, lo cual significa que se considerará a todos los sujetos; es decir a las catorce enfermeras y enfermeros que trabajan en los diferentes turnos en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro. Por otra parte, como el estudio es de tipo exploratorio, es necesario generar la mayor cantidad de información que sirva como base a futuros estudios de otro tipo o más complejos y que estén estrechamente relacionados con el contexto.

---

<sup>50</sup> Sampieri R, Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México D. F., pág. 126; 2006

<sup>51</sup>Sampieri R, Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México D. F., pág. 127; 2006

## 7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluirá a todas las Licenciadas y Profesionales en Enfermería que trabajan en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro en sus tres turnos. Por otra parte, se excluirá a enfermeras profesionales de otros servicios.

Así mismo, se incluirá a todos los usuarios directos que cuentan con seguro dentro de la Caja Nacional de Salud y que pueden llenar el cuestionario, excluyendo a pacientes que no puedan participar en el estudio por deficiencias visuales, edad (pacientes muy ancianos y niños).

## 7.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 7.5.1. Variable Independiente

**Procedimientos de recepción, acogida y clasificación (RAC) del Servicio de Emergencias:** En el ámbito de las emergencias y emergencias hospitalarias debe utilizarse el término *Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes (RAC)*, que además es *competencia de enfermería*, entendido no sólo como el acto de clasificar a los pacientes, sino que implica una relación interpersonal entre usuario y profesional sanitario, en la que deben establecerse conexiones empáticas y éticas. La RAC es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial

### 7.5.2. Variable Dependiente

**Atención adecuada al paciente:** Cuidados y trato de calidad que se le brinda al personal de enfermería partiendo de la recepción del mismo para luego proceder a la toma de signos vitales y, priorizando a los pacientes que requieren atención

inmediata y, de ser necesario, proceder a asistir al usuario ya sea colocando oxígeno, medicamentos, recostándolo para observación y otras acciones que permitan coadyuvar al diagnóstico de enfermería, además de coordinar y organizar de mejor manera el trabajo del personal, y brindar una atención de calidad al paciente con el fin de lograr su pronta recuperación y evitar posibles complicaciones en su estado de salud.

VARIABLES DE ESTUDIO	CATEGORÍA	INDICADOR	RANGO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Procedimientos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) del Servicio de Emergencias (Variable Independiente)	Perfil profesional	Profesión del personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencias	a) Licenciada en Enfermería b) Enfermeras profesionales	Encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia
	Criterios de atención al paciente	Aspectos considerados para establecer la prioridad de atención (clasificación)	a) De acuerdo a la llegada b) De acuerdo a la gravedad que presenta c) Por el dolor que manifiesta	
	Atención al paciente crítico	Tipo de atención brindada a un paciente que llega hemodinámicamente inestable o crítico	a) Espera su turno b) Comunica inmediatamente al médico c) Le recueste y espera que el médico termine de atender al paciente que se encuentra en consulta	
	Espacio físico para el paciente crítico	Existencia de un espacio físico para que el personal de enfermería pueda asistir al paciente crítico en emergencias	a) SI b) NO	
	Proceso de reevaluación	Reevaluación de los signos vitales de los	a) SI b) NO	

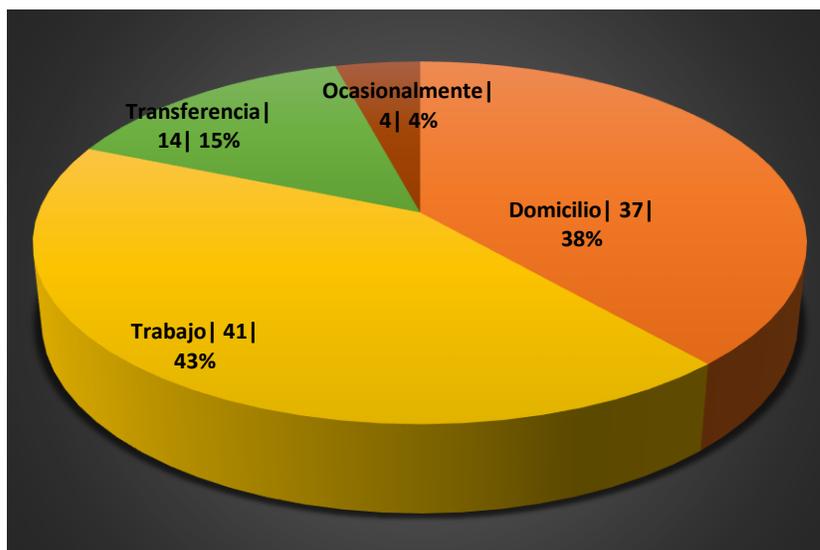
VARIABLES DE ESTUDIO	CATEGORÍA	INDICADOR	RANGO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
	de los pacientes que se hallan en sala de espera	pacientes en sala de espera		Encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia
	Fuga de pacientes	Razones por las cuales los pacientes abandonan la sala de espera de emergencias antes de ser atendidos	a) Gran demanda b) Tiempo de espera prolongada c) Personal insuficiente	
	Conocimiento del concepto de triage por parte del personal de enfermería	Significado del proceso de triage utilizado por el personal de enfermería en su práctica diaria	a) Clasificación por nivel de gravedad b) Clasificación y atención inmediata c) No sabe	
	Necesidad de implantar un sistema de triage para el servicio de emergencias	Conformidad del personal de enfermería sobre la necesidad de implementar un sistema de triage para el servicio de emergencias	a) SI b) NO	
	Responsable del Triage	Persona capacitada para desarrollar proceso de recepción, acogida y clasificación en servicio de emergencias	a) El Médico b) Lic. Enfermera c) Auxiliar de Enfermería d) Administrativo	
	Relación empática con el paciente como parte del proceso de RAC	Frecuencia con la cual el personal de enfermería establece una relación empática con el paciente que acude al servicio de emergencias	a) Siempre b) A veces c) Nunca	

VARIABLES DE ESTUDIO	CATEGORÍA	INDICADOR	RANGO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Atención adecuada al paciente (Variable Independiente)	Procedencia	Lugar de donde procede el usuario que ingresa al servicio de emergencias	a) De su casa b) Del trabajo c) De un Centro de salud d) Ocasionalmente	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia
	Acceso al Servicio de emergencias	Facilidad o dificultad para acceder al servicio de emergencias	a) SI b) NO	
	Solicitud de atención	Número de consulta que el usuario realiza en el servicio de emergencias	a) Primera vez b) Segunda vez c) Varias veces	
	Motivo de consulta (Recepción)	El personal de enfermería pregunta por el motivo de la consulta del usuario	a) SI b) NO	
	Gravedad de la enfermedad (Acogida)	El personal de enfermería se da cuenta de la gravedad del estado de salud del usuario	a) SI b) NO	
	Asistencia de enfermería (Acogida y Clasificación)	Tipo de asistencia que brinda la enfermera después de controlar los signos vitales del paciente.	a) Le recueste en una camilla b) Le coloca oxígeno c) Administra analgésico por indicación médica d) Inicia Solución Parenteral por indicación médica e) Ninguno	
	Tiempo de espera	Tiempo que espera el usuario para recibir atención con el médico de emergencias	a) 10 minutos b) 15 minutos c) Media hora d) Una hora e) Dos horas f) Mayor a 2 horas	
	Reevaluación al usuario externo	La enfermera pregunta por su	a) SI b) NO	

VARIABLES DE ESTUDIO	CATEGORÍA	INDICADOR	RANGO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
	en sala de espera	estado de salud al usuario en sala de espera o vuelve a tomar signos vitales	c) NO CONTESTA	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia
	Solicitud de laboratorio	Orden de laboratorio cuando el usuario se halla en emergencias	a) SI b) NO	
	Tiempo de espera para resultados de laboratorio	Tiempo esperado por el usuario para recibir resultados de laboratorio	a) 10 minutos b) 15 minutos c) Media hora d) Una hora	
	Valoración por especialidad	El profesional médico utiliza sus conocimientos científicos de especialidad para la resolución del problema de salud	a) SI b) NO	
	Tiempo de espera para valoración por especialidad	Tiempo para que el usuario reciba atención médica que resuelva su problema de salud	a) 10 minutos b) 15 minutos c) Media hora d) Una hora e) Dos horas f) Más de dos horas	
	Conformidad con la atención recibida	Atención satisfactoria o no satisfactoria para el paciente	a) SI b) NO c) NO CONTESTA	Encuesta realizada al usuario que solicita atención en emergencia

## VIII. RESULTADOS

**GRÁFICO 1:  
LUGAR DE DONDE PROCEDE EL USUARIO QUE INGRESA AL SERVICIO DE  
EMERGENCIA, EN PORCENTAJES**

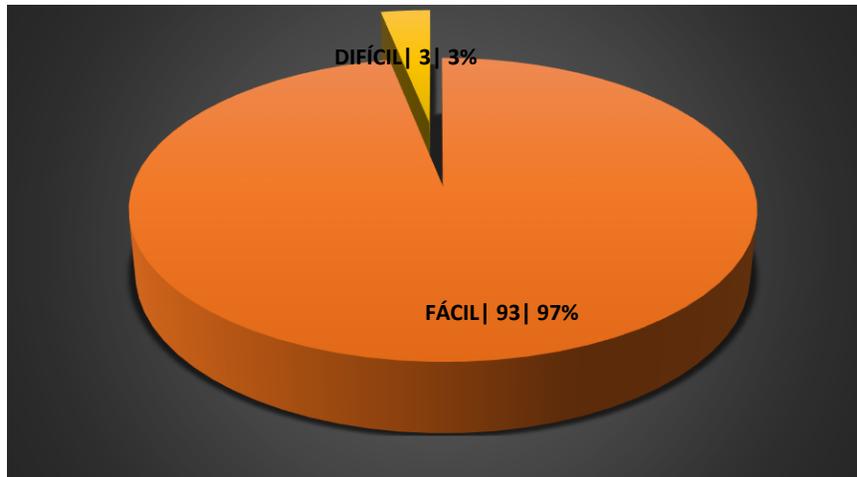


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** En el gráfico anterior, se puede observar que el 43% de los usuarios que ingresan al servicio de emergencias llegan desde su fuente laboral; el 38% de los usuarios lo hacen desde su domicilio; el 15% se presenta en el servicio por transferencia, esto significa que vienen de centros de primer nivel. Finalmente, un 4% de los usuarios, acude al servicio de forma ocasional.

## GRÁFICO 2:

### FACILIDAD O DIFICULTAD PARA ACCEDER AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN PORCENTAJES

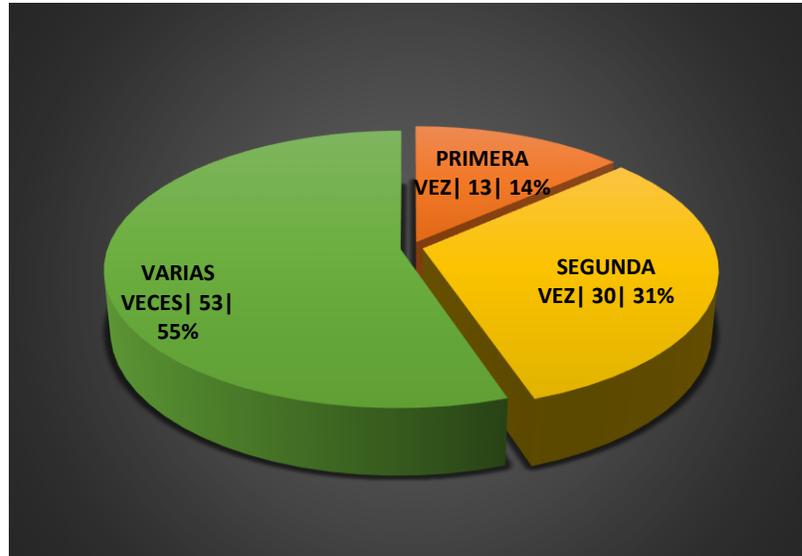


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** En el gráfico anterior puede observarse que el 97% de los usuarios externos refieren que el acceso al servicio de emergencia es fácil, mientras sólo el 3% manifiesta lo contrario.

**GRÁFICO 3:**

**NÚMERO DE CONSULTA QUE EL USUARIO REALIZA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN PORCENTAJES**

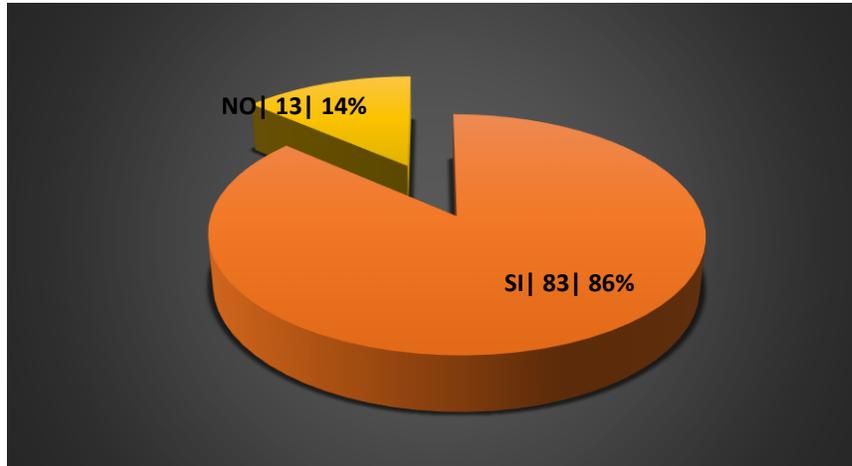


**Fuente:** Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** En este cuadro se puede observar que del total de 96 usuarios encuestados, el 55% solicitó atención en emergencia varias veces, el 31% acude al servicio por segunda vez y sólo 14% solicitó atención por primera vez.

#### GRÁFICO 4:

#### NÚMERO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PREGUNTA POR EL MOTIVO DE CONSULTA AL PACIENTE, EN PORCENTAJES

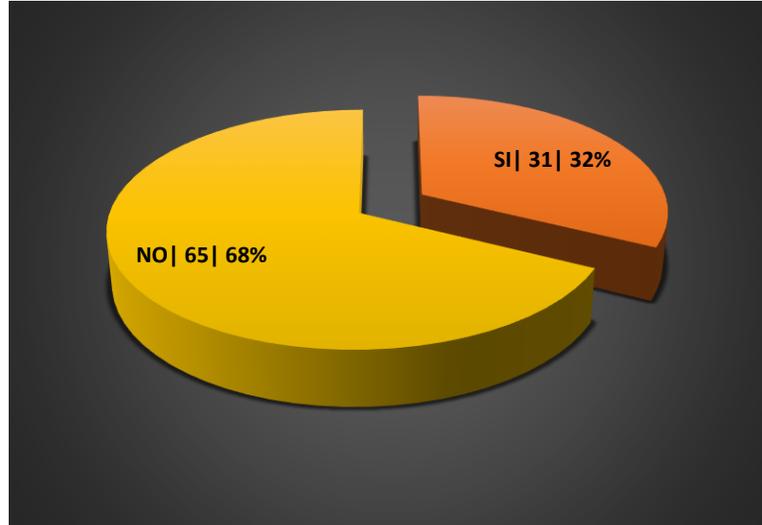


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El 86 % del usuario que solicita atención en el servicio de emergencia refiere que el personal de enfermería sí le preguntó el motivo de su consulta en el momento de ingresar al servicio, mientras que el 14% de los encuestados manifiesta que no lo hizo.

### GRÁFICO 5:

#### NÚMERO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE SE DA CUENTA DE LA GRAVEDAD DEL ESTADO DE SALUD DEL USUARIO, EN PORCENTAJES

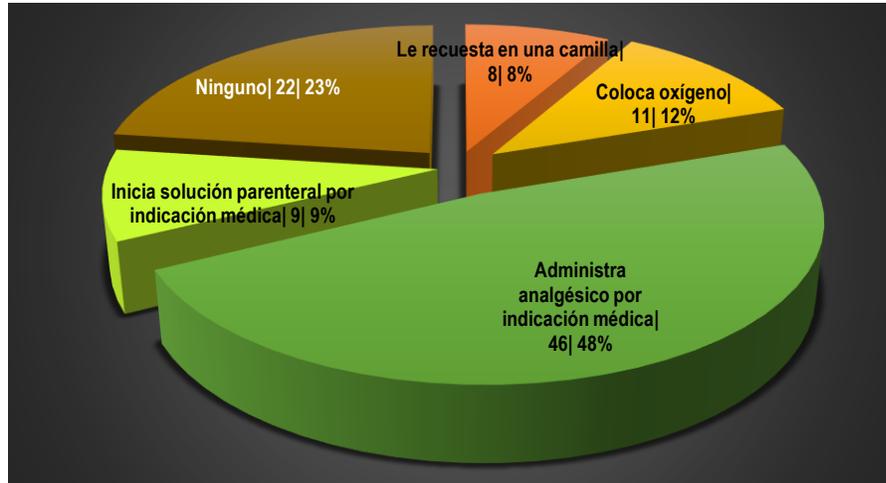


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El 68% de los usuarios refiere que el personal de enfermería que los atendió no pudo percibir que su estado de salud era grave; contrariamente, un 32% manifiesta que el personal de enfermería si lo hizo.

## GRÁFICO 6:

### TIPO DE ASISTENCIA QUE BRINDA LA ENFERMERA DESPUÉS DE CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DEL PACIENTE, EN PORCENTAJES

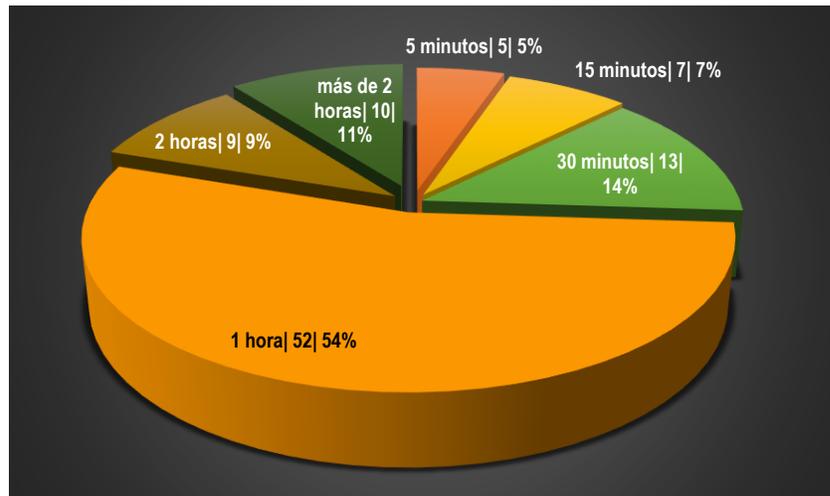


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** Al 48% de los usuarios se le administró un analgésico previa indicación médica; al 23% no se le brindó ningún tipo de asistencia específica; un 12% recibe oxígeno; un 9% señaló haber iniciado una solución parenteral por indicación médica y un 8% refiere haber sido recostado en una camilla.

## GRÁFICO 7:

### TIEMPO QUE ESPERA EL USUARIO PARA RECIBIR ATENCIÓN CON EL MÉDICO DE EMERGENCIAS, EN PORCENTAJES

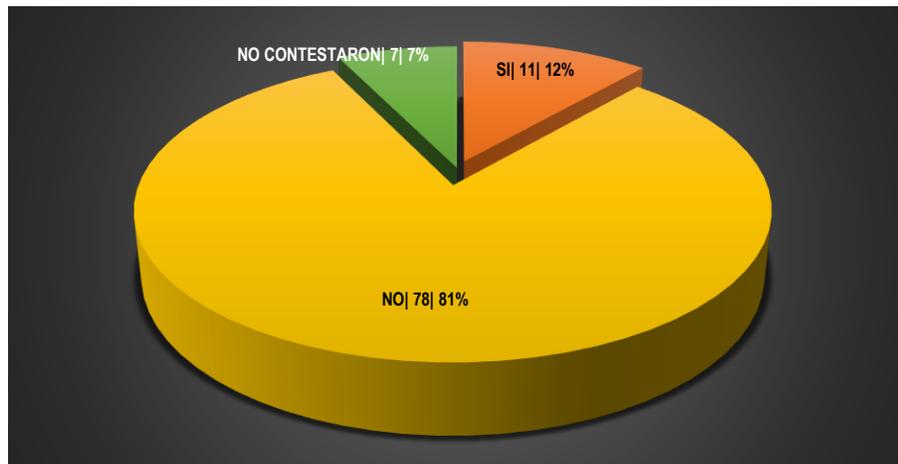


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El 54% de los usuarios encuestados manifiesta que esperaron una hora para ser atendidos, el 14% esperó 30 minutos; el 11% lo hizo más de dos horas; el 9% esperó dos horas, el 7% esperó 15 minutos y sólo un 5% tuvo que esperar 5 minutos.

### GRÁFICO 8:

#### NÚMERO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PREGUNTA AL USUARIO POR SU ESTADO DE SALUD EN LA SALA DE ESPERA O VUELVE A TOMAR SIGNOS VITALES, EN PORCENTAJES

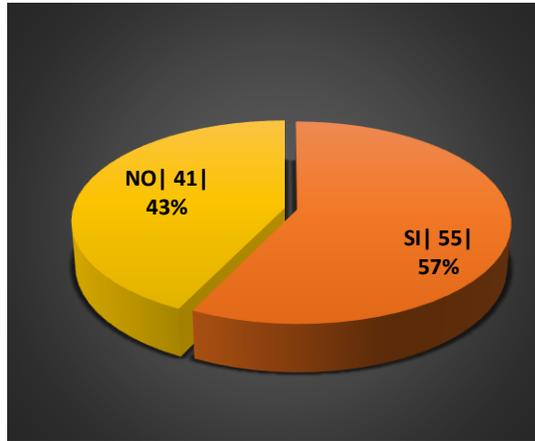


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** Un 81 % de los usuarios que se encontraban en sala de espera para ser atendidos por el médico, refieren que no fueron reevaluados nuevamente por el personal de enfermería después de haber esperado para recibir atención médica y solo el 12 % de los usuarios manifiesta que sus síntomas o dolencias fueron controlados por el personal de enfermería.

### GRÁFICO 9:

#### NÚMERO DE SOLICITUDES DE LABORATORIO HECHAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS Y TIEMPO DE ESPERA, EN PORCENTAJES Y RANGOS

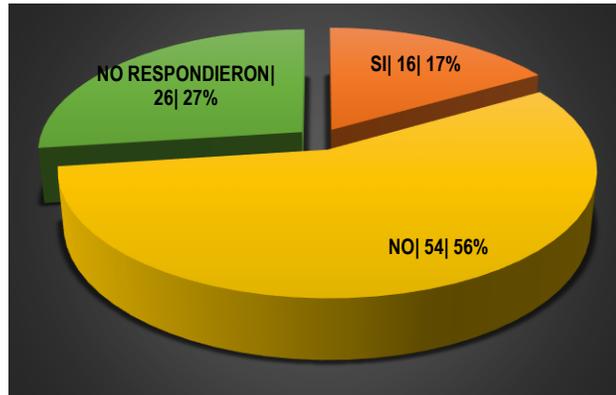


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El gráfico de torta muestra que fueron solicitados exámenes de laboratorio para el 57% de los usuarios que ingresaron al servicio de emergencias, mientras que para el restante 43% de los pacientes dichos exámenes no fueron necesarios. El gráfico de barras muestra que los exámenes de laboratorio solicitados demoraron una hora para ser entregados a veintinueve pacientes, 30 minutos con trece pacientes, más de una hora con 8 pacientes y sólo 15 minutos con cinco pacientes.

**GRÁFICO 10:**

**NÚMERO DE PACIENTES VALORADOS POR MÉDICOS DE ESPECIALIDAD Y  
TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA, EN PORCENTAJES Y RANGOS**

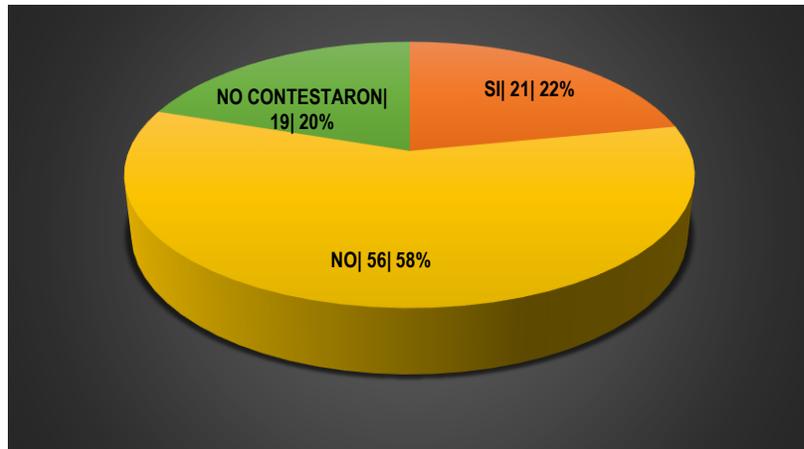


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** Del total de usuarios encuestados el 56% no necesito interconsulta por especialidad, sólo 17% fue valorado por especialidad y 27% no respondieron.

### GRÁFICO 11:

#### CONFORMIDAD DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN PORCENTAJES



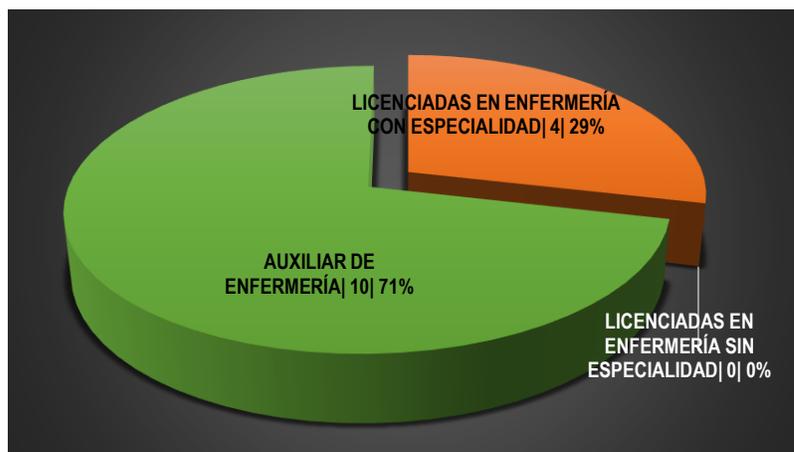
Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El 58% de los usuarios refiere que no está conforme con la atención brindada por el personal de salud en el servicio de emergencia, el 22% manifiesta estar conforme y un 20% no respondió a la pregunta.

## 8.2. ENCUESTA REALIZADA PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GRÁFICO 12:

### PERFIL PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, EN PORCENTAJES

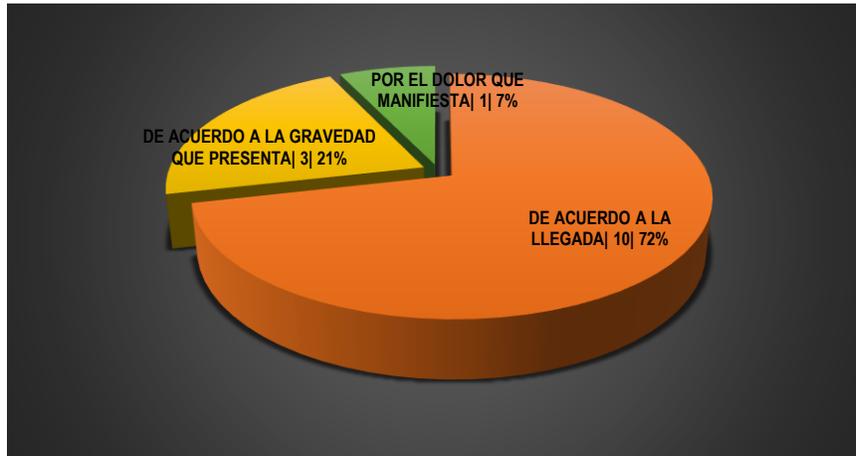


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** Del total del personal de Enfermería que trabaja en el servicio de emergencias, el 71% son profesionales de Enfermería, 29% son licenciadas en Enfermería con el 100% de especialidad en terapia intensiva y médico quirúrgico.

### GRÁFICO 13:

#### ASPECTOS CONSIDERADOS PARA ESTABLECER LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA, EN PORCENTAJES

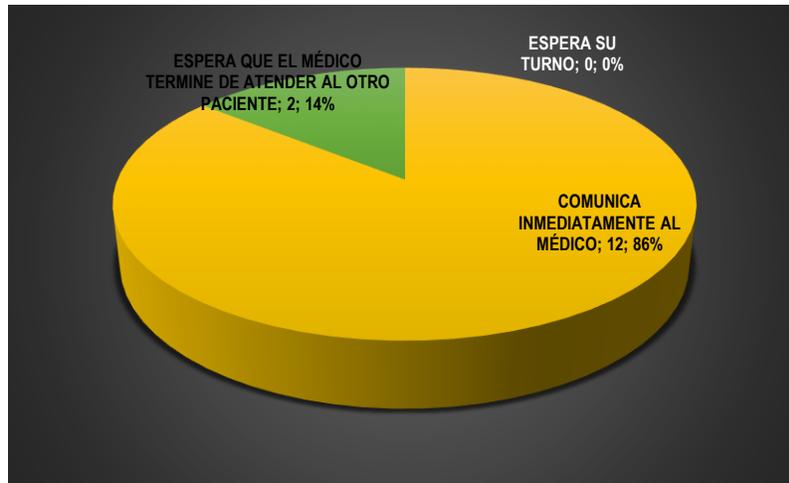


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** En el gráfico se observa que el 72% de los pacientes son atendidos de acuerdo a la llegada, el 21% por la gravedad que manifiestan o es observable y el 7% por el dolor que manifiesta.

**GRÁFICO 14:**

**TIPO DE ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO QUE LLEGA HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE O CRÍTICO, EN PORCENTAJES**

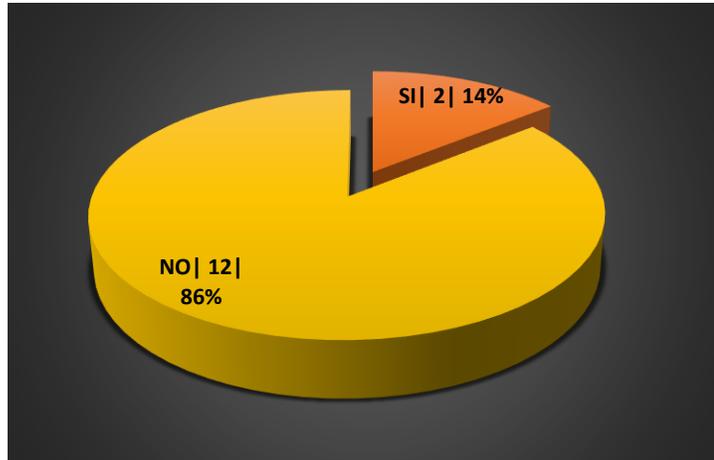


**Fuente:** Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** En el gráfico se observa que el 86% del personal que trabaja en el servicio de emergencias indica que cuando llega un paciente crítico, comunica inmediatamente de esta situación al médico para su atención; y el 14% de las enfermeras espera que el médico termine de atender a otro paciente.

### GRÁFICO 15:

#### EXISTENCIA DE UN ESPACIO FÍSICO PARA ATENDER AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, EN PORCENTAJES

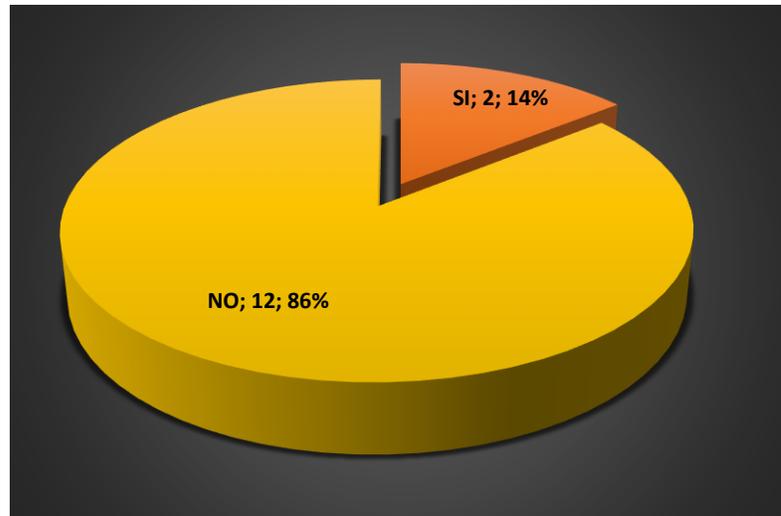


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** En este gráfico se observa que el 86% del personal de enfermería del servicio de emergencias, indica que no disponen de un espacio físico para atender al usuario externo con riesgo vital, refiriendo que lo realizan en el espacio disponible; mientras que el 14% señala contar con espacio físico.

**GRÁFICO 16:**

**REEVALUACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTES EN SALA DE ESPERA, EN PORCENTAJES**

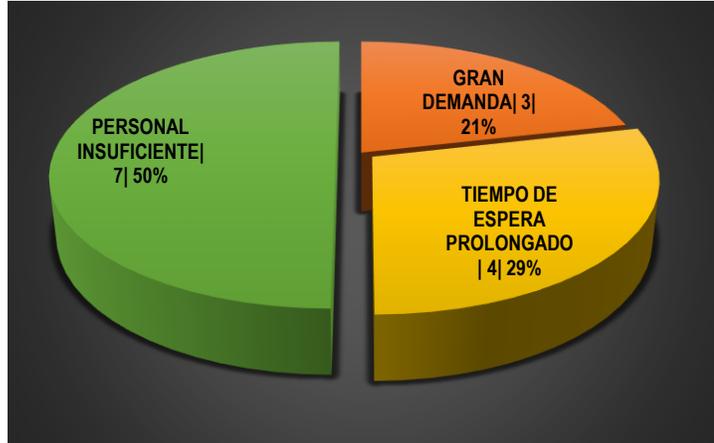


**Fuente:** Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El 86% del personal de enfermería refiere que después de la primera atención no controlan nuevamente los signos y síntomas a los usuarios que se encuentra en sala de espera para la atención con el médico, mientras un 14% del personal lo hace.

### GRÁFICO 17:

#### RAZONES POR LO QUE LOS PACIENTES ABANDONAN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS ANTES DE SER ATENDIDOS, EN PORCENTAJES

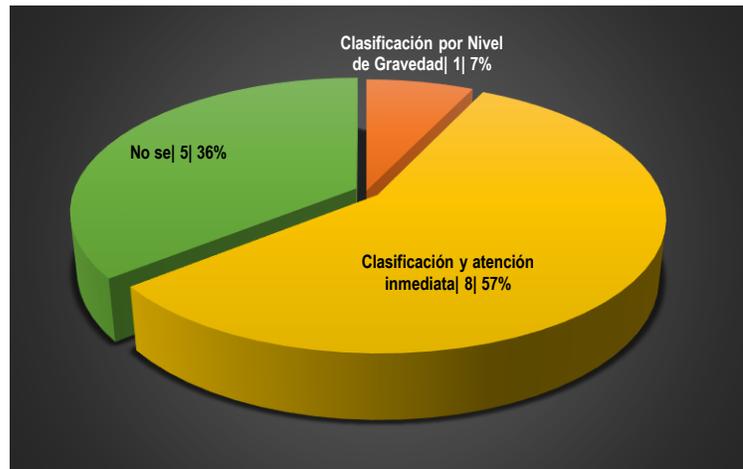


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El 50% del personal de Enfermería refiere que el usuario que solicita atención en emergencia abandona debido a que el personal es insuficiente y no encuentra una pronta respuesta para mejorar su estatus de salud; el 21% refiere que esta situación se debe a la gran demanda de atención concordando con el grupo de residentes que abandona el servicio antes de ser atendido y el 29% lo hace por el tiempo de espera prolongado.

## GRÁFICO 18:

### ATENCIÓN DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN AL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA CONCEPTO DE TRIAGE, EN PORCENTAJES

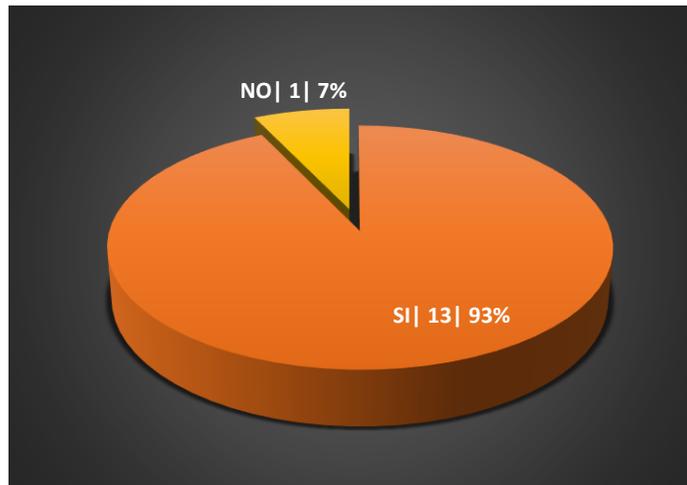


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El gráfico muestra que el 57% del personal de enfermería no tiene claro sus conocimientos sobre el concepto del triage, el 36% desconoce a qué se refiere este concepto y sólo el 7% señala que se trata de una clasificación por nivel de gravedad.

### GRÁFICO 19:

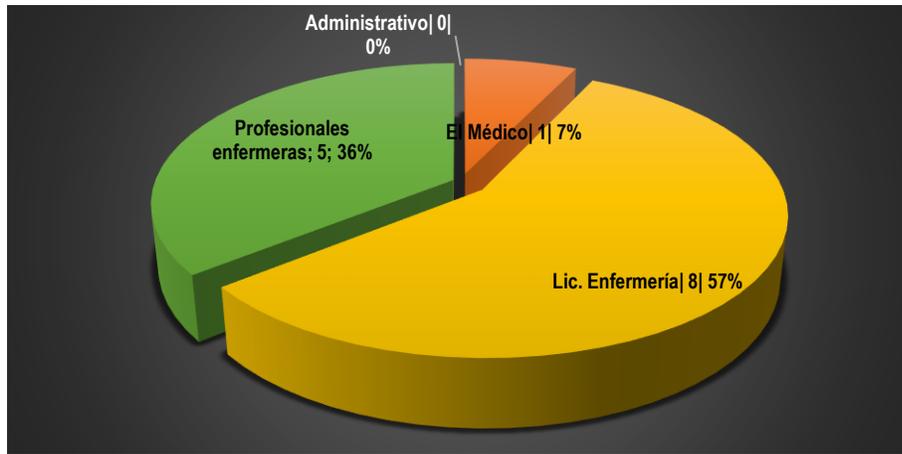
#### CONFORMIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS SOBRE LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE TRIAGE, EN PORCENTAJES



Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El gráfico anterior muestra que el 93% del personal de Enfermería está de acuerdo con implementar el sistema de triage y sólo el 7% refiere que no está de acuerdo con hacerlo.

**GRÁFICO 20:**  
**PERSONAL RESPONSABLE PARA REALIZAR EL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN PORCENTAJES**

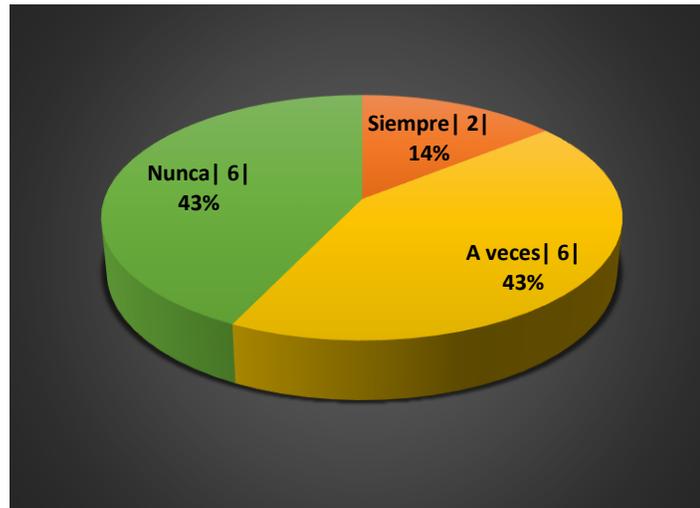


Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** Del total del personal que trabaja en el servicio de emergencia el 57% indica que el proceso de triage debe estar a cargo de la licenciada en enfermería y no así del personal administrativo, el 36% señala que las enfermeras profesionales podrían realizar este trabajo y el 1% señala al médico como responsable de esta tarea.

### GRÁFICO 21:

FRECUENCIA CON LA CUAL EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS ESTABLECE UNA RELACIÓN EMPÁTICA CON EL USUARIO, EN PORCENTAJES



Fuente: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:** El 43% de las profesionales de enfermería indica que establece una relación empática con el usuario a veces, otro 43% no lo hace nunca y un 14% lo hace siempre.

## **X. CONCLUSIONES**

Como primera conclusión es importante mencionar que pudo evaluarse los procedimientos de recepción, acogida y clasificación (RAC) del Servicio de Emergencia del Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, en el segundo trimestre de la gestión 2018 para conocer si los mismos permiten atender adecuadamente al paciente ante el alto flujo de demanda de atención de enfermería, habiendo encontrado que existen deficiencias en cuanto al conocimiento de los sistemas de clasificación científicamente validados a nivel internacional.

Esta situación genera que los pacientes perciban que su estado de salud no es valorado adecuadamente e incluso abandonen la consulta antes de recibir la atención médica adecuada y oportuna en el Servicio de Emergencias; asimismo, se comprobó que el flujo de pacientes en este servicio supera considerablemente al número de enfermeras que se hallan trabajando en los diferentes turnos, por lo cual los pacientes señalan que la atención es muy lenta y que el tiempo de espera supera sus expectativas.

Como conclusión al primer objetivo específico, referido a escribir los procedimientos de recepción, acogida y clasificación que son realizados por el personal de enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, se encontró que no existe un adecuado sistema de recepción, acogida y clasificación de los usuarios, pues los pacientes reciben atención de acuerdo al orden de llegada sin considerar el estado de gravedad en el que se encuentran; solamente los pacientes hemodinámicamente inestables o críticos reciben una atención en menos de cinco minutos, pero este porcentaje de pacientes apenas llega al 5%; asimismo, se encontró que no se dispone de un espacio dividido acorde a las necesidades y gravedad de los pacientes, no existiendo un box de reanimación para mantener en observación al paciente, separado de la sala de espera, u otro espacio que dé mayor privacidad al paciente

y que permita hacer una clasificación de acuerdo al estado fisiológico de cada usuario.

Debido a que los pacientes superan la capacidad del personal de enfermería, no se realiza una reevaluación de los mismos después de su ingreso, considerando solamente a los pacientes a quienes se administró algún tipo de medicamento; esto sumado al tiempo de espera que promedia alrededor de una hora, genera impaciencia e insatisfacción en los usuarios quienes llegan al punto de abandonar el hospital, situación que es muy delicada pues algunos cuadros médicos podrían empeorar si el usuario no recibe la atención médica oportuna.

Por otra parte se encontró que el personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencias, desconoce cómo implementar un sistema de clasificación que facilite su trabajo y permita minimizar el tiempo de espera de los pacientes, además de identificarlos de acuerdo a la gravedad en su estado de salud. Estas razones son suficientes para que la mayoría de las enfermeras, se muestren de acuerdo en implementar un sistema de clasificación, recibiendo previamente una capacitación, pues consideran que tanto licenciadas como enfermeras profesionales pueden mejorar su trabajo conociendo los objetivos, el proceso de evaluación y el conjunto de síntomas que les permitan seleccionar la prioridad con la cual debe ser atendido un paciente.

Cabe resaltar el hecho de que el personal de enfermería no entabla una relación empática con los usuarios una vez que ingresan al servicio de emergencias, probablemente por la falta de tiempo, aspecto que debe mejorarse pues un punto clave del procedimiento de RAC, que va más allá del triage como tal, es la capacidad de la profesional enfermera para generar confianza en el paciente y lograr que este coadyuve a la identificación de posibles patologías o problemas de salud presentes al momento de ingresar al servicio de emergencias. En el ámbito de las emergencias hospitalarias debe utilizarse el término Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes (RAC), que además es competencia de enfermería, pero la RAC no es

solo el acto de clasificar, sino que implica una relación interpersonal entre usuario y profesional sanitario, en la que deben establecerse conexiones empáticas y éticas.

Como conclusión al segundo objetivo específico relativo a valorar la percepción del usuario que solicita atención en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, se encontró que un grupo de pacientes llegan al servicio de emergencias desde sus hogares o del trabajo, pudiendo deducirse que para muchos usuarios es más fácil acceder a una consulta médica ingresando por emergencias ya que no siempre se alcanzará a reservar una ficha para consultar en el mismo día, o las reservas para consultas tienen varios días de espera; el otro grupo de personas que llega de su trabajo, tampoco puede acceder a una consulta médica reservando su ficha por lo cual se ve obligada a acudir emergencias, ya que estando en el trabajo es importante presentar cualquier documentación de permiso por salud, acreditada por un médico de la Caja Nacional de Salud.

El acceso al servicio de emergencias es percibido como fácil por los usuarios, especialmente para aquellos que llegan al mismo por segunda o tercera vez, dentro de este grupo estarían personas adultas mayores o personas que, por su estado de salud (diabetes, problemas cardiovasculares, pacientes que reciben hemodiálisis), se ven obligadas a recibir atención médica ingresando por emergencias.

Los pacientes refieren que el personal de enfermería pregunta por los síntomas, problemas o dolores que tiene cada uno de ellos, aunque difícilmente se dan cuenta de la gravedad de su estado de salud, a lo cual se suma la gran afluencia de pacientes que no permite una segunda revisión o re evaluación a los pacientes, exceptuando aquellos pacientes que están en camilla o que han recibido algún tipo de calmantes o medicamentos. Si bien la mayoría de los pacientes deben aguardar en la sala de espera, otros reciben analgésicos o se les inicia una solución parenteral bajo las órdenes de un médico, medidas que se toman para iniciar el tratamiento de los pacientes o estabilizarlos.

Independientemente de la clasificación hecha a los pacientes, quienes simplemente son divididos en dos grupos, aquellos muy graves y los que pueden esperar, el tiempo de espera en promedio llega casi a una hora, tiempo que también coincide con la entrega de exámenes de laboratorio, cuando los mismos han sido solicitados. A pesar de toda esta atención y de que finalmente el usuario es atendido por un médico de especialidad, existe disconformidad con el tiempo de espera percibido como muy largo para personas que se hallan enfermas, lo cual ocasiona la fuga del paciente a servicios médicos particulares, o en todo caso pasar por alto los síntomas, situación que perjudicará significativamente a la salud de cualquier usuario. Sin embargo, es importante aclarar que el personal del servicio de emergencias es insuficiente para atender con la debida calidad a la cantidad de usuarios que diariamente se presentan en este servicio, usuarios que presentan una gran variedad de patologías, complicaciones y síntomas.

En lo que respecta a la conclusión del tercer objetivo específico, se propuso un modelo de atención en base al proceso de RAC, para mejorar e incrementar la calidad ofertada al paciente en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro. Este modelo, es un documento que toma en cuenta el sistema de Triage de Manchester, y que comprende los motivos de consulta en emergencias, mismos que pueden ser revisados por el profesional de enfermería para asignar un código de color y un tiempo máximo de espera a cada paciente. Con este documento, se espera mejorar el proceso de RAC y generar mayor satisfacción en los usuarios, evitando fugas de pacientes. Este documento se presenta como parte del Marco propositivo de este estudio y busca ser un aporte práctico para responder al constante aumento de demanda de asistencia de emergencias implantando un sistema de clasificación de pacientes para asegurar la prestación de una asistencia acorde con la gravedad de la afección que presenta el usuario.

Finalmente, como conclusión al cuarto objetivo específico, que busca proponer un Formulario de Recepción, Acogida y Clasificación del usuario para optimizar el proceso de atención a los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero

No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, se elaboró este documento considerando el proceso de atención de enfermería, a fin de que el personal de enfermería del Servicio de Emergencias pueda hacer una valoración del dolor, clasificación por especialidad, incluyendo el destino del paciente y descripción del estado del paciente al alta, esperando que este formulario permita ordenar cada caso y brindar una atención de mayor calidad a los usuarios y usuarias.

## XI. RECOMENDACIONES

Considerando las conclusiones del estudio, es importante realizar las siguientes recomendaciones:

- Es urgente buscar mecanismos para garantizar una rápida valoración de la salud de todos los pacientes que asisten al Servicio de Emergencias, a fin de llegar a un diagnóstico en el menor tiempo posible, para ello pueden utilizarse las recomendaciones científicas que existen en las diferentes escalas de triage.
- Incrementar la información del paciente de su situación real durante su espera, inclusive de aquellos que presentan patologías sin riesgo mayor, para apoyar a reducir los niveles de ansiedad. Existen casos de atención de emergencias en los que debe considerarse un rápido diagnóstico para reclasificar a los usuarios y así evitar daños mayores o en otros casos que se pierda tiempo de atención urgente a personas que no tienen un síntoma de gravedad.
- Es necesario realizar estadísticas más concretas y claras que sean analizadas periódicamente y que permitan tomar decisiones a favor de los pacientes, identificar los principales problemas que se presentan en el Servicio de Emergencias y buscar las soluciones adecuadas y posibles.
- Puede realizarse periódicamente proyectos educacionales, tanto para el personal de enfermería como para los pacientes a fin de que conozcan el triage y sus aplicaciones en su enfermedad, aplicando las mismas consideraciones en la atención a todos los usuarios, una forma de informar rápidamente a los pacientes sobre qué es el triage, es colocar un cuadro informativo que les permita comprender qué es el triage.

- Es importante contar con un equipo de profesionales de enfermería que no roten y que se organicen para mejorar y ampliar sus conocimientos en el área de emergencia, en base a sus experiencias; de esta forma no sólo las licenciadas en enfermería podrán apoyar a los pacientes que ingresan al servicio, sino también las enfermeras profesionales logaran aportar con información del estado de salud de los pacientes para que éstos sean atendidos acorde a su gravedad.
  
- Puede mejorarse, con recursos mínimos, el espacio, la disposición de recursos materiales e insumos médicos, por ejemplo, crear un box de reanimación o de observación, para que el personal de enfermería pueda atender a los usuarios de acuerdo a su estado fisiológico real y evitar que estos abandonen el Hospital.
  
- Es necesario disponer de una historia clínica integrada y completa del paciente, de ser posible utilizando un sistema informático, a fin de que la información del paciente permita y ayude en su evaluación, ya que pueden perderse valiosos minutos al recabar los datos una y otra vez.
  
- Es importante contar con un modelo de atención en base al proceso de RAC, para mejorar e incrementar la calidad ofertada al paciente en el Servicio de Emergencias, el mismo que debe ser elaborado en un documento que guie el proceso de recepción acogida y clasificación, el cual sea ampliamente difundido y estudiado por las profesionales de enfermería, a fin de mejorar la calidad de atención brindada en el Servicio de Emergencias.
  
- Es importante realizar de forma urgente un programa de orientación y capacitación al profesional de enfermería sobre el manejo correcto de la R.A.C. a fin de mejorar la calidad de atención en el servicio de emergencias

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Candela M, Cámara S, Valenzuela A, Porcel A; Romero-Nieva J. Recepción, acogida y clasificación de pacientes en urgencias RAC & TRIAGE. Revista de Enfermería, 16-II, 137-142; 2006
2. García Gonzales R. Reducción del tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de triage Manchester. Tesis Doctoral. España: Universidad de Oviedo; 2013.
3. De Argila N, Egea B, Carnevall D. Evaluación del impacto tras la implantación del Triage de adulto gestionado por enfermería en Urgencias. Tesis especialidad. España Universidad de Madrid. 2009
4. Muñoz Sánchez E. Estudio de la frecuentación del Servicio de Emergencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. España: Universidad de Valladolid. 2015
5. Zambrano Toaquiza C. Sistema de triage y disminución de tiempos de espera en el hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra. Ibarra: Universidad técnica del Norte; 2012
6. Vílchez Zapata C. Aplicación de un sistema de triage de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote. Tesis Doctoral. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009
7. Silvariño R, Acevedo V, Moyano M, Méndez E. Experiencia de triage estructurado en el departamento de urgencia. Rev. Med. Urug [internet]. 2011. [citado 12 Dic 2014]; 27(2): 88-93. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/27/2/2/es/5/reServicios de Emergenciamen/>

8. Interiano Estrada C, Gross Muñoz G. Mejoramiento de los tiempos de atención de emergencia en el hospital Dr. Mario Catarino Rivas. Tesis Especialización. San Pedro Servicios de Emergencias: Universidad tecnológica centroamericana (unitec); 2012
9. Kroon I, Antoinette S, Ramirez C.; Horacio G. Triage en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía. Tesis de especialidad. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009
10. Sanizo Zevallos L. Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013. Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Gerencia y Gestión en Enfermería. La Paz, Bolivia; 2013
11. Rodríguez M, Molina L. Pasado, presente y futuro. Los diferentes sistemas de triage, hacia un triage enfermero como futuro para la gestión de los servicios de emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias y Emergencias, Vol. IV, No. 6; 2008
12. Sociedad Española de Enfermería de Emergencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, de las funciones de los Diplomados en Enfermería en la Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en emergencias. SEEUE. Madrid, España; 1999
13. Organización Panamericana de la Salud. Los sistemas de Recepción, Acogida y Clasificación y su relación con la calidad asistencial. Estándares y recomendaciones. Lima, Perú; 1999
14. Gonzáles M. Precisión del sistema de triage en emergencias y emergencias en relación con los datos clínicos del paciente. Universidad Complutense de

Madrid. Escuela de Enfermería, Nutrición y Fisioterapia. Madrid, España; 2011

15. Travers DA, Waller A. El triage de cinco niveles como Sistema más efectivo que el de tres niveles en los Servicios de atención de tercer nivel. Revista de Emergencias en Enfermería, 11-28, 2002, págs. 295, 296. Disponible en <http://www.triagemanchester.com/Descripcion2.htm>. Consultado enero 2018.
16. Colegio de Emergencias Médicas Australiano. Guía para la implementación de la Escala de Triage Australiana en Servicios de Emergencia. Carlton Vic: Colegio de Emergencias Médicas Australiano, 2000. Disponible en <http://repositorio.meuaq.edu.as/bitstream/23000/2189/1/104899.pdf>. Consultado en Diciembre 2017.
17. Forsgren S, Forsman B. Trabajando con el Sistema de Triage Manchester. La satisfacción en el trabajo de las enfermeras de emergencias, 2009; 17: 226-232. Disponible en <http://digibuo.uniovi.eng/dspace/bitstream/10651/19466/6/Forsgren.pdf>. Consultado en enero 2018.
18. Beveridge R, Clark B. Triage Canadiense para el departamento de Emergencias y Manejo de la Escala: Guía de Implementación. CJEM 1999; 1: 2-28. Disponible en <http://www.caep.ca/template.asp?id=B795164082374289BBD9C1C2BF4B8D32>. Consultado enero 2018.
19. Grouse A, Bisho RO. El Sistema de Triage Manchester como medio para una Buena atención en salud en los servicios de emergencias. Revista Emergencias Médicas 2009; 26 (7): 484-6. Pág. 173. Disponible en

<http://www.triagemanchester.com/Descripcion2.htm>. Consultado en Diciembre 2017.

20. Sociedad Española de Enfermería de Emergencias y Emergencias, SEEUE. Recomendación Científica 99/01/01. De las funciones y tareas propias de la enfermera de emergencias. Madrid, España.
21. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triage y el sistema de RAC: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2010; 33:55-68.
22. Organización Panamericana de la Salud. Procedimientos de Recepción, Acogida y Clasificación: Objetivos e Implantación. Paraguay; 2011
23. Medina Aragón F, Gómez Salgado J. Fundamentos teórico-prácticos de la Enfermería de Emergencias. Tema 3. Pág. 221-254. Enfo Ediciones. Madrid; 2009
24. Organización Mundial de la Salud. Definiciones de Emergencia y Urgencia en la práctica médica. Documento Informativo Año 31. Ginebra, Suiza; 2000
25. Martínez Veny S. Procedimiento de Triage en la Urgencia hospitalaria. Metas de la Enfermería para el siglo XXI. Editorial Mc Graw Hill. Colombia; 2003
26. Jimenez Murillo L. Emergencias sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. Sociedad española de Medicina de Emergencias y Emergencias. Equipo de trabajo de SEMES- EASP. Escuela Andaluza De Salud Pública Editores. Granada, España; 2003
27. González Romero G. Diseño de una encuesta para valorar los motivos que llevan a los pacientes con patología no urgente a acudir a las emergencias

hospitalarias. En: Ponencia nº 47”XIX congreso Semes Galicia. Cincuenta y seis contribuciones a la medicina de emergencias. Galicia; Ofelmaga 2008. 109-110. Disponible en <http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm>. Consultado Febrero 2018.

28. Lezaun C. La Enfermera de Triage en Emergencias. VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Emergencias. Julio 1994, Puesta no. 11. Pamplona, España; 1998

29. Revista Mexicana de Enfermería. Los procesos de atención de enfermería. Octubre V. % No. 2. 2008. Disponible en <http://bibdigital.rmensf.edu.mx/bitstream/15000/8498/3/CD-2027.pdf>. Consultado en febrero 2018.

30. Vidana R. El papel de la profesional enfermera en el Servicio de Emergencias. La autonomía en el trabajo. VII Congreso Nacional de Enfermería de Emergencias, Octubre 2008, Madrid. Libro de Comunicaciones 163; 2008

31. Ortega MC. Manual de evaluación de servicios de calidad en Enfermería de Emergencias, Editorial Médica Panamericana S.A.; Ed. 2dº, Argentina; 2009

32. Sampieri R, Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México D. F.; 2006

# **ANEXOS**

**ANEXO 1:**

**CARTA DE SOLICITUD PARA REALIZAR LA ENCUESTA A LAS  
PROFESIONALES EN ENFERMERÍA.**

**ANEXO 2:**

**HOJA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

## ANEXO 3: ENCUESTA AL USUARIO EXTERNO

### ENCUESTA AL USUARIO EXTERNO



Estimado paciente nos encontramos realizando un estudio para evaluar la atención ofrecida en el Servicio de Emergencia del Hospital Obrero de la Caja Nacional de Salud Regional Oruro, la información que usted nos proporcione será de mucha importancia para mejorar nuestra atención. Gracias por su colaboración.

Instrucción: Por favor lea con cuidado las preguntas

Marque con una (X) la respuesta a las siguientes preguntas.

1. ¿De dónde viene al servicio de emergencia?

- De su Casa
- Del trabajo
- Transferencia de un centro
- Ocasionalmente

2. El acceso al servicio de Emergencia fue:

- Fácil       Difícil

3. Usted solicita su atención en el servicio de emergencia por:

- Primera vez
- Segunda vez
- Varias Veces

4. ¿El personal de Enfermería le pregunta el motivo de su consulta?

- SI       NO

5. ¿El personal de enfermería le se dio cuenta de la gravedad de su enfermedad?

SI

NO

6. ¿La Enfermera después de controlar los signos vitales le realiza alguna asistencia?

Le recueste en una camilla

Le coloca oxígeno

Administra analgésico por indicación médica

Inicia Solución Parenteral por indicación médica

Ninguno

7. ¿Cuánto tiempo espero para su atención con el médico de Emergencia?

10 minutos

15 minutos

Media hora

Una hora

Dos horas

Mayor a 2 horas

8. ¿Cuándo Usted se encuentra en la sala de espera la enfermera le pregunta cómo se siente o le vuelve a controlar los signos vitales?

SI

NO

9. ¿Le dieron orden para muestra de laboratorio?

SI

NO

Si su respuesta es sí, ¿Cuánto tiempo esperó para los resultados?

- 10 minutos
- 15 minutos
- Media hora
- Una hora
- Más de 1 hora

10. ¿El Médico de emergencias le indica que necesita valoración por una especialidad?

SI  NO

Si su respuesta es Sí, ¿cuánto tiempo esperó para su atención con especialidad?

- 10 minutos
- 15 minutos
- Media hora
- Una hora
- Más de 1 hora

11. ¿Está conforme con la atención brindada por el servicio de emergencia?

SI  NO

---

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

FIRMA

FECHA

**MUCHAS GRACIAS**

## ANEXO 4: ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

### ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA



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

Instrucción: Por favor lea con cuidado las preguntas. Marque con una (X) la respuesta que refleje su opinión.

1. ¿Qué profesión tiene usted?

Lic. Enfermería  Profesional en Enfermería

2. ¿Cómo atiende al paciente que acude al servicio de emergencias?

- a) De acuerdo a la llegada
- b) De acuerdo a la gravedad que presenta
- c) Por el dolor que manifiesta.

3. ¿Cómo atiende a un paciente que llega hemodinámicamente inestable o crítico?

- a) Espera su turno
- b) Comunica inmediatamente al médico
- c) Le recueste y espera que el médico termine de atender al paciente que se encuentra en consulta

4. ¿Dispone de un espacio físico para el paciente crítico?

SI  NO

1. ¿A los pacientes que se encuentran en sala de espera los revalora nuevamente?

SI  NO

2. ¿Porque abandonan los pacientes antes de ser atendidos por el médico?

- a) Gran demanda
- b) Tiempo de espera prolongada
- c) Personal insuficiente

3. ¿Qué entiende por triage?

- a) Clasificación por nivel de gravedad
- b) Clasificación y atención inmediata
- c) No sabe

4. ¿Usted cree que debemos implementar el sistema de triage en el servicio?

SI  NO

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

- a) El Médico
- b) Lic. Enfermera
- c) Profesional Enfermera
- d) Administrativo

10. ¿Usted establece una relación empática con el paciente que ingresa al Servicio de Emergencias?

Siempre  A veces  Nunca

---

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

FIRMA

FECHA

**MUCHAS GRACIAS**

## ANEXO 5: REGISTRO FOTOGRÁFICO

<b>LUGAR:</b>	Entrada al servicio de emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro
	
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Puerta de ingreso al servicio de emergencias en la cual se aprecia una sala de espera general y consultorio, de donde se deriva a los pacientes a las especialidades médicas de ser necesario o se les da de alta.	

## ANEXO 6: REGISTRO FOTOGRÁFICO

<b>LUGAR:</b>	Ingreso principal al Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro
---------------	---



**DESCRIPCIÓN:** Puerta principal de ingreso al Hospital Obrero, donde se aprecia la rampa y gradas para el ingreso de usuarios, además de la rampa de vehículos que llevan a pacientes con poca movilidad. Adelante se observa el estacionamiento externo del hospital reservado para su uso exclusivo.

# MODELO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN BASE AL PROCESO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC)



**SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL  
OBRERO No. 4 CAJA NACIONAL DE  
SALUD ORURO**

## ÍNDICE DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

<b>NUMERO</b>	<b>PÁG.</b>
1: Introducción.....	104
2: Justificación de la implementación de la R.A.C .....	105
3: Objetivos del modelo de la R.A.C.....	107
4: Definición del sistema de la R.A.C.....	108
5: Formas de aplicación de la R.A.C.....	111
6: La Unidad del TRIAGE en emergencias.....	112
7: Modelo de atención en base a la R.A.C.....	113
8: Discriminantes de la R.A.C.....	115
9: Selección de prioridades de la R.A.C.....	118
10: Flujograma de la R.A.C.....	119
11: Tabla de síntomas generales para la clasificación de adultos.....	120
12: Tabla de síntomas por aparatos para la clasificación.....	123
13: Protocolos por motivo de consulta.....	128

## INTRODUCCIÓN

En los servicios de emergencias ocurre en numerosas ocasiones un desequilibrio entre la demanda de atención y los recursos disponibles, condicionando que los pacientes que acuden al hospital no sean atendidos de forma inmediata. Durante este tiempo de espera puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida. Además, crea en el paciente y en sus familiares un sentimiento de desatención cuando se prolonga el periodo entre la recogida de datos administrativos y la atención médica.

La aplicación de un modelo de atención al usuario basado en el proceso de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC), aporta elementos invaluables de organización como posibilitar la gestión basada en los motivos de consulta, promover mejoras estructurales, orientar la gestión de recursos, mejorar flujos, funciones y circuitos asistenciales. Un sistema de clasificación, ha de ser entendido como un sistema integral de calidad para el servicio de emergencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema de salud en su globalidad.

Con el RAC, es fundamental que los pacientes sean informados correctamente; el trabajo centrado en el paciente es la razón de ser de la Caja Nacional de Salud Oruro y esto es posible con una organización de la asistencia en la que primen los principios de justicia y equidad en la atención.

## **JUSTIFICACIÓN**

Las crecientes demandas de los usuarios experimentadas dentro del sistema sanitario en los últimos años en el país, centradas en la búsqueda de la máxima calidad en la asistencia y partiendo de la persona como centro del proceso de atención médica, hacen indispensable un cambio en lo que tradicionalmente se conoce como triage, el cual se ha venido realizando por profesionales enfermeras del ámbito del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro. Muchas veces, dada la gran afluencia de pacientes, los profesionales de enfermería, reciben las quejas continuas de los usuarios, situación que les crea un ambiente de tensión, incertidumbre e inseguridad en la atención en salud, siendo necesario investigar qué procedimientos de recepción, acogida y clasificación realizados por el personal de enfermería generan insatisfacción en el usuario e impiden un mejoramiento continuo de atención de calidad y calidez que tanto se pregona en las instituciones de salud públicas.

En este presente estudio de investigación realizado vemos la importancia del conocimiento y su valoración para su aplicación del sistema de la R.A.C. en el profesional de enfermería en el servicio de Emergencias del Hospital Obrero N° 4 de la Caja Nacional de Salud ya que en los últimos tiempos se ha ido observando la creciente demanda de usuarios en los servicios de emergencias motivo por el cual con la aplicación de este sistema de R.A.C. se logra descongestionar y brindar una mejor calidad de atención a los usuarios que acuden a estos servicios.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Implementar un Modelo de Atención para los usuarios del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 de la Caja Nacional de Salud Oruro, en base al proceso de Recepción, Atención y Clasificación, con el fin de garantizar una atención oportuna, eficiente, de calidad, seguridad y con Bioética médica en los pacientes.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Los objetivos específicos de la propuesta son:

- Contribuir a la distribución de los pacientes en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 Caja Nacional de Salud Oruro, llevando a cabo un sistema de clasificación por niveles de prioridad, ejerciendo una atención sanitaria de emergencia según el motivo de consulta y estado de evolución.
- Proporcionar una herramienta de trabajo eficaz a personal de enfermería del Hospital Obrero No. 4 Caja Nacional de Salud Oruro, para detectar emergencias vitales.
- Coadyuvar al trabajo de las y los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 Caja Nacional de Salud Oruro, brindándoles información sintética para que agilicen la valoración inicial del paciente.
- Mejorar el circuito de los pacientes dentro del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 Caja Nacional de Salud Oruro, evitando el abandono de los mismos.
- Contribuir a la formación del personal de enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero No. 4 Caja Nacional de Salud Oruro.
- Realizar un trabajo sistemático que se pueda evaluar constantemente para conocer los pros y contras que genere el sistema de triage estructurado, dado que es una herramienta de trabajo para la detección de las emergencias

vitales, además de poder realizar una valoración enfermera con criterios objetivos, dentro de la subjetividad que pudiera tener la emergencia, de manera ágil y rápida.

# MODELO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN BASE AL PROCESO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN

## 1. DEFINICIÓN SISTEMA (RAC):

Es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de emergencias en el que nos encontremos, realizado todo ello en un contexto de relaciones interpersonales básicas en cualquier relación humana de respeto, atención y cuidado, que se enmarcan en la acción fundamental de recibir y acoger al usuario y su ecosistema. Los procesos de la RAC son:

### 5.1. Proceso de Clasificación de los usuarios

- ✓ Recepción y acogida.
- ✓ Valoración.
- ✓ Clasificación.
- ✓ Distribución.

### 5.2. Recepción

La recepción es el momento en el cual se establece la relación sanitario paciente. Se desarrollan otros procesos como la identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia. Existiendo una valoración primaria:

- ✓ Declaración del problema
- ✓ Reconocimiento inmediato de signos vitales
- ✓ Valoración riesgo vital
- ✓ Actuación inmediata

### 5.3. Acogida

La acogida se realiza una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria de forma sistemática; en este punto, puede requerirse de la realización de pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de emergencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud (oxígeno, solución parenteral, etc.)

### 5.4. Valoración

El personal de enfermería de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente, en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe.

### 1.5. Clasificación

El Triage de Enfermería se establecerá siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y hacer diferencia cuando es:

**Crítico:** Pacientes con riesgo vital inmediato que requieren resucitación. Motivos:

- Hemorragia desangrante.
- Crisis convulsiva presenciada.
- Shock.
- Compromiso de vías aéreas.
- Presentación de partes fetales.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Paro cardiaco.
- Traumatismo encéfalo craneal.

**Emergencia:** Acontecimientos que ponen en peligro la vida de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro de los primeros 10 minutos a su llegada a Emergencia.

Situaciones de emergencia de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo. Motivos:

- Paro cardiorrespiratorio presenciado.
- Pérdida del estado de alerta.
- Focalización neurológica.
- Pérdida aguda de la visión.
- Dificultad respiratoria aguda.
- Dolor torácico.

**Urgencia:** Situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas, en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales o sólo ligeramente alteradas). Paciente que puede deteriorarse, obteniendo a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos. Motivos:

- Cefalea sin signos neurológicos.
- Obstrucción de la vía aérea incompleta.
- Dificultad respiratoria moderada.
- Dolor abdominal agudo.
- Deshidratación moderada.

**No Calificada o Estándar:** Situaciones que, por la edad del paciente o su proceso, podrían empeorar y se beneficiarían de una intervención por parte del personal médico. Paciente que no pone en peligro su vida, no existe un tiempo límite para su atención debe ser clasificado a la sala de espera del área de emergencia. Motivo:

- Cefalea leve.
- Contusiones menores
- Contusiones no recientes.
- Pacientes recomendados.

**No Urgente:** Situaciones que pueden ser agudas pero no son urgentes o que forman parte de un proceso crónico. En cualquier caso, su atención podría ser retrasada y referida al equipo de medicina primaria. Motivo:

- Problema no reciente

## **5.5. Distribución**

En la clasificación del paciente la Enfermera de Emergencias debe estar preparada para satisfacer en ese momento cual es el área del servicio de emergencias donde mejor atención se le prestará al paciente.

Por lo tanto debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio:

- Qué áreas están más saturadas.
- La presión asistencial.
- La cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados.

En base a estas situaciones tomará las medidas necesarias, aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya otorgado en el triage.

## **6. FORMAS DE APLICACIÓN DE TRIAGE**

El proceso de triage se puede llevar a cabo con diferentes sistemas de triage, por distintos profesionales, en diversos ámbitos, e incluso con soportes variados para ello, admitiendo matices. Los principales soportes de triage son:

**En Hoja de Registro (Papel):** Este soporte actualmente ya no se usa, salvo en lugares donde existen la posibilidad de contar con un software informático por barreras medio ambientales o físicas, o bien no se dispone de medios económicos para ello.

**Computarizado:** Este sistema es el más utilizado, se ha demostrado que se acorte el tiempo empleado en el proceso de triage, para, los profesionales es el mejor método por

que mejora el ambiente de trabajo, y el Triage se realiza con mayor fluidez disminuyendo los tiempos de interrupción.

### **3. LA UNIDAD DE TRIAGE DENTRO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

La unidad de Triage, debe contar con un Espacio físico propio, equipado con el material básico, y deberá estar muy bien comunicado con la:

- Sala de espera
- Consultorios 1, 2
- Exploración y Emergencia.

### **7. EQUIPO BÁSICO EN EL TRIAGE**

Para llevar a cabo el método de Triage de Manchester de una manera óptima y eficiente, basándose en las prioridades de atención y la posibilidad de la estabilidad del paciente, actualmente se dispone de acuerdo a las necesidades terapéuticas. Además, esta consulta está dotada al menos con los siguientes elementos:

- Camilla.
- Mesa.
- 2 sillas.
- Esfigmomanómetro.
- Pulsioxímetro.
- Termómetro.
- Computadora
- Bandas de colores
- Balanza

### **8. POLÍTICAS DE TRIAGE DE MANCHESTER**

Se debe realizar Triage a todos los pacientes que soliciten atención por emergencias o consulta prioritaria. La clasificación se debe hacerlo dentro del tiempo establecido (antes de 15 minutos de la recepción del paciente). Solo deberán realizar Triage los médicos,

enfermeras profesionales o personal de salud capacitado que hayan recibido entrenamiento para ello durante al menos 8 horas teórico – prácticas. En ningún momento se podrá delegar el Triage en vigilantes, pasantes de Enfermería ni otro personal diferente a médicos.

El tiempo de clasificación debe ser entre 4y 5 minutos por paciente, no debe convertirse en una consulta rápida e incompleta ya que esto aumenta el tiempo de Triage y lleva a fallos en la atención e insatisfacción del paciente.

El Hospital debe realizar un proceso de calificación semestral mediante evaluaciones teóricas a estos profesionales. A los pacientes que llegan remitidos de otros centros de atención se les realizará Triage de manera inmediata y, una vez clasificados, se pasarán directamente a la sala de observación para ser atendidos en el tiempo pertinente de acuerdo a su nivel de clasificación. Por ningún motivo los pacientes remitidos deben ser dejados en sala de espera.

## **5. MODELO DE ATENCIÓN EN BASE AL PROCESO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN**

Este proceso ayuda al personal de enfermería a clasificar al paciente que acude a emergencias en 19 motivos de consultas. Dentro de cada motivo de consulta se despliegan una serie de preguntas cuya respuesta es SI/NO, clasificando al paciente en una de las 5 prioridades existentes. Cada una de las cuales tiene asignado un código de color y un tiempo máximo de espera en la atención. Lo que permite atender de manera prioritaria al paciente que acude con mayor gravedad con un método objetivo.

<b>ESTADO</b>	<b>TIEMPO DE ASISTENCIA DESEADO</b>
<b>Crítico I</b>	<b>Inmediato en SALA DE REANIMACION</b>
<b>Emergencia II</b>	<b>≤ 10 minutos (pasar de inmediato a la consulta)</b>
<b>Urgencia III</b>	<b>≤ 30 minutos</b>
<b>Estándar IV</b>	<b>≤ 120 minutos</b>
<b>No Urgente V</b>	<b>≤ 180 minutos</b>

La dinámica de toma de decisiones es la siguiente:

## **1. Delimitar el motivo de consulta**

Mediante la entrevista al paciente o a sus acompañantes si fuera necesario, se recoge el motivo de consulta, utilizando un lenguaje comprensible y preguntas abiertas. Es frecuente que el paciente tenga dificultad a la hora de expresar su motivo de consulta, que sea inespecífico o que exprese varios y que haya que identificar cual es el principal que le lleva a consultar. Por ello, es importante contar con profesionales de enfermería con experiencia que estén familiarizados en el interrogatorio adecuado.

Los GENERALES son los siguientes:

- Adulto con mal estado general
- Adulto con síncope o lipotimia
- Intoxicación y/o envenenamiento
- Comportamiento extraño
- Embarazo
- Heridas e infecciones locales
- Agresión

Siendo los ESPECÍFICOS:

- Problemas dentales
- Disnea
- Sistema nervioso
- Dolor torácico
- Caída, dolor de cuello y tronco
- Problemas cutáneos
- Problemas digestivos
- Problemas genitourinarios/ginecológicos
- Problemas otorrinolaringológicos
- Problemas oculares

- Diabetes
- Problemas en extremidades

Una vez seleccionado el motivo de consulta, el profesional se dirige a los discriminantes correspondientes al mismo que le ayudarán a decidir la prioridad.

El diseño de los diagramas está realizado de tal manera que utilizando diferentes motivos de consulta para un mismo problema, la asignación de la prioridad no se modificará. Es decir, un paciente puede manifestar dolor en la extremidad superior, al ser triado, eligiendo como motivo de consulta “Caída, dolor de cuello y tronco” o eligiendo “problemas en extremidades” se llegará a la misma prioridad clínica.

## **6. DISCRIMINANTES: AÑADIR INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA AL MOTIVO DE CONSULTA**

Los discriminadores de cada motivo de consulta son los que ayudan al profesional a clasificar al paciente dentro de las 5 categorías de priorización. Están diseñados en forma de pregunta para facilitar su empleo. Se debe utilizar el discriminante más elevado en que la respuesta a la pregunta sea positiva.

Todos los discriminantes están definidos en el Glosario anexo y su comprensión y utilización de forma objetiva por parte de todos los profesionales garantizará el éxito del sistema de triage al tener el mismo significado para todos los responsables de su aplicación.

Los discriminantes pueden ser generales o específicos, los generales se aplican a todos los pacientes independientemente del motivo de consulta, por lo que aparecerán siempre. Dentro de los discriminantes generales estarían la alteración del nivel de conciencia, signos de riesgo vital como vía aérea comprometida o ausencia de pulso, la hemorragia, el dolor, la temperatura y el tiempo de evolución. Éste último es el que discriminará entre el paciente poco urgente y no urgente (verde y azul).

Siendo el dolor uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de emergencias, es necesario hacer un abordaje especial.

## Dolor

Es un dato subjetivo, su valoración resulta muy difícil. Siendo muy variable entre las diferentes personas y en un mismo paciente, esta variabilidad también existe dependiendo de las circunstancias que lo acompañan (ansiedad, depresión, apatía), no se presenta por igual en el anciano que en el adulto joven, ya sea por patologías concomitantes o por factores culturales. Así mismo la valoración será mucho más complicada cuando existan dificultades en la comunicación (barreras idiomáticas, demencia, afasia, alteración del nivel de conciencia, etc.). En todos estos casos el dolor seguirá teniendo el mismo grado de importancia para aportar una atención de calidad.

De todo ello nace la necesidad de la creación de una escala de valoración del dolor adecuada en el triage. La descripción subjetiva del paciente es probablemente el mejor indicador de dolor.

Si una persona dice que tiene dolor, seguramente lo tenga, y si manifiesta que tiene mucho dolor, la mejor opción es asumir que efectivamente lo tiene. Existen varios tipos de escalas diseñadas para medir la intensidad del dolor.

No existe una escala ideal, cada una de ellas cuenta con ventajas e inconvenientes, la escala del dolor ideal empleada en el triage es la combinación de todas ellas: Escala Visual Analógica, Escala Descriptiva Verbal y el comportamiento y actividad del paciente en relación al dolor.

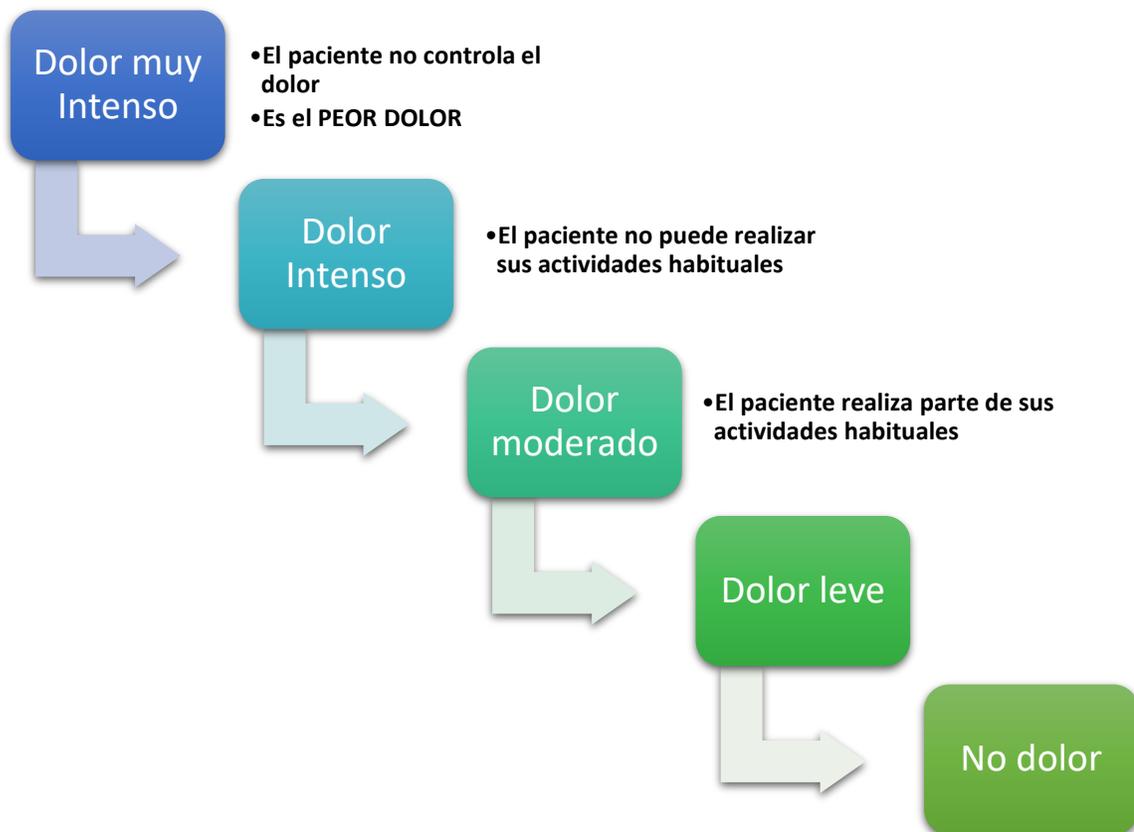
- **ESCALA VISUAL ANALÓGICA:** consiste en una línea longitudinal de 10 cm, en un extremo el término “no dolor” y en el otro extremo “el peor dolor imaginable”. El paciente marca en la línea el punto donde indica la intensidad de su dolor. Aquí la información aportada es la subjetividad del paciente.

- **ESCALA DESCRIPTIVA VERBAL:** es una escala de 4 o 5 categorías determinadas por términos. Estos son Muy Intenso, Intenso, Moderado, Ligero, Ausente. Es fácil de usar y rápida, característica ésta idónea para utilizar en el triage, dada la necesidad de la agilidad del proceso.

• **COMPORTAMIENTOS ANTE EL DOLOR:** puesto que el personal que realiza el triage es un personal experimentado en los servicios de Emergencias, valorará la existencia signos indirectos de gravedad ocasionados por el dolor como diaforesis, taquicardia, etc. También se valorará la relación con la actividad, así como el comportamiento físico ante el dolor (búsqueda de posición antiálgica, ceño fruncido, puños apretados, etc.). Este es el momento en el que el profesional aplicará su experiencia y subjetividad.

### Escala del dolor para el triage

Los discriminantes específicos se aplican sólo en determinados motivos de consulta. Como por ejemplo: hiperglucemia con cetosis o fractura abierta, específicos de la diabetes y problemas de extremidades. No siendo utilizados en ningún otro motivo de consulta.



Se tomarán los signos vitales cuando tras descartar varios discriminantes el profesional llegue a uno en el que sea preciso saber el valor del mismo (Temperatura, Saturación de Oxígeno, Frecuencia Cardíaca, Glucemia capilar etc.). Es preciso saber el valor del signo vital antes de pasar a otro discriminante.

Se tomarán todos aquellos que sean esenciales para una adecuada valoración del paciente, pero no es el momento adecuado para la toma sistemática de todos los signos vitales, pues esta práctica consume tiempo, y el proceso de triage debe ser un proceso rápido para asegurar su eficacia.

## **7. SELECCIONAR LA PRIORIDAD**

Los profesionales deben decidir el discriminante que cumple los criterios más adecuados para cada paciente y con ello asignar la prioridad clínica que lleva implícita un objetivo de tiempo. Siempre se debe elegir la prioridad más elevada. Tanto el motivo de consulta como el discriminante asignado, las constantes vitales si fueran precisas y el color de la prioridad deben quedar documentados en una hoja de registro, ya que permite una valoración fácil e implica que las razones para tomar la decisión sean bastante evidentes.

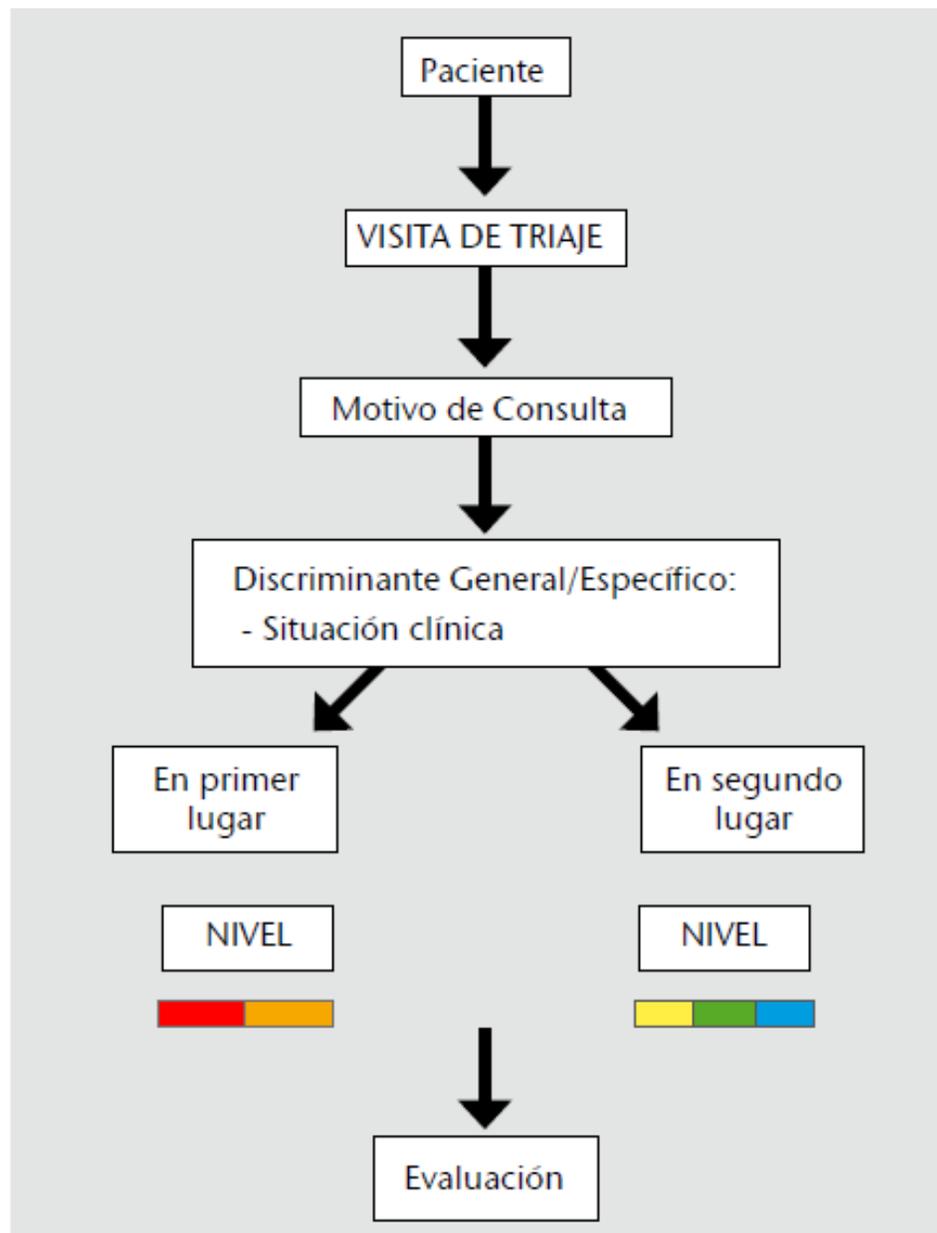
Por ejemplo: Problemas oculares -> Lesión química Ocular -> INMEDIATA

## **8. EVALUACIÓN**

El triage es también un proceso dinámico y los pacientes en ocasiones necesitan una valoración constante. Ello puede ocurrir tras una acción terapéutica (administración de fármacos) o tras un largo tiempo de espera. Los pacientes pueden colocarse en un nivel superior si hay empeoramiento de su sintomatología o inferior, por ejemplo tras el cese de dolor. Por todo ello es preciso una valoración constante en las áreas de espera.

Desgraciadamente nadie puede predecir el empeoramiento de los pacientes y no se debe considerar un error del proceso de triage el cambio en la prioridad asistencial a medida que vayan evolucionando los pacientes. En resumen, el proceso de triage se esquematiza en la siguiente figura:

## FLUJOGRAMA DEL PROCESO DEL TRIAJE



## 9. TABLA DE SÍNTOMAS GENERALES PARA LA CLASIFICACIÓN DE ADULTOS

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
ADULTO CON MAL ESTADO	<p>Compromiso vías aéreas</p> <p>Respiración inadecuada</p> <p>Shock</p> <p>Crisis comicial presenciada</p>	<p>Alteración del nivel de conciencia</p> <p>Antecedente de riesgo especial de infección</p> <p>FC &lt; 60 lpm o &gt; 120 lpm o arritmico</p> <p>Púrpura o exantema desconocido</p> <p>Signos de meningismo</p> <p>Temperatura &gt; 41°C</p> <p>Dolor intenso</p>	<p>Antecedente de viaje al extranjero</p> <p>Instauración en las últimas 24 horas</p> <p>Secreciones o vesículas generalizadas</p> <p>Temperatura &gt; 35°C</p> <p>Dolor moderado</p>	<p>Temperatura &gt; 37,5°C</p> <p>Problema acaecido en la última semana</p> <p>Dolor</p>	
ADULTO CON SÍNCOPE O LIPOTIMIA	<p>Compromiso vías aéreas</p> <p>Respiración inadecuada</p> <p>Shock</p> <p>Crisis comicial presenciada</p>	<p>Alteración del nivel de conciencia</p> <p>Disney aguda</p> <p>Un dolor cardiaco</p> <p>Exantema desconocido</p> <p>FC &lt; 60 lpm o &gt; 120 lpm o arritmico</p> <p>Temperatura &gt; 41°C o &lt; 35°C</p> <p>Dolor intenso</p>	<p>Antecedente de un alergia</p> <p>Antecedentes de inconsistencia</p> <p>No concordancia</p> <p>Perder el función focal o progresiva</p> <p>Temperatura &gt; 38,5°C</p> <p>Dolor moderado</p>	<p>Temperatura &gt; 37,5°C</p> <p>Problema acaecido en la última semana</p> <p>Dolor</p>	
INTOXICACIÓN Y/O ENVENENAMIENTO	<p>Compromiso vías aéreas</p> <p>Respiración inadecuada</p> <p>Shock</p> <p>Crisis comicial presenciada</p> <p>Glucosa capilar &lt;50 mg/dl</p>	<p>Antecedente inadecuado</p> <p>Alteración del nivel de conciencia no atribuible completamente al alcohol</p> <p>Alto riesgo de auto lesión</p> <p>Letalidad alta</p> <p>No concordancia</p> <p>Temperatura &lt; 35°C</p>	<p>Alteración del nivel de conciencia atribuible completamente al alcohol</p> <p>Antecedentes de inconciencia</p> <p>Ansiedad notable</p> <p>Letalidad moderada</p> <p>Riesgo moderado de auto lesión</p> <p>TCE</p>	<p>Lesión</p> <p>Problema acaecido en la última semana</p> <p>Dolor</p>	

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
COMPORTAMIENTO EXTRAÑO	<p>Compromiso vías aéreas</p> <p>Respiración inadecuada</p> <p>Shock</p> <p>Crisis comicial presenciada</p> <p>Glucosa capilar &lt;50 mg/dl</p>	<p>Alteración del nivel de conciencia</p> <p>Alto riesgo de auto lesión</p> <p>Alto riesgo de dañar a otros</p> <p>Antecedente psiquiátrico mayor</p> <p>Antecedente de sobredosis y envenenamiento</p>	<p>Antecedentes de inconsciencia</p> <p>Ansiedad notable</p> <p>Antecedente psiquiátrico</p> <p>Comportamiento perturbante</p> <p>Pérdida de función focal o progresiva</p> <p>Riesgo moderado de auto lesión</p> <p>Riesgo moderado de dañar a otros</p> <p>Signos/síntomas neurológicos recientes</p> <p>TCE</p>		
EMBARAZO	<p>Compromiso vías aéreas.</p> <p>Crisis comicial presenciada.</p> <p>Hemorragia desangrante.</p> <p>Prolapso de cordón umbilical.</p> <p>Presentación de partes fetales.</p> <p>Respiración inadecuada.</p> <p>Shock</p>	<p>Alteración del nivel de conciencia.</p> <p>Antecedente de convulsiones.</p> <p>Parto activo.</p> <p>Sangrado en gestación de más de 24 semanas.</p> <p>Sangrado vaginal abundante.</p> <p>Dolor intenso.</p>	<p>Antecedente de traumatismo.</p> <p>Antecedente inapropiado.</p> <p>Dolor en vértice de hombro.</p> <p>No concordancia. Sangrado vaginal.</p> <p>Tensión arterial elevada.</p> <p>Dolor moderado.</p>	<p>Temperatura &gt; 37,5°C.</p> <p>Dolor</p>	
HERIDAS E INFECCIONES LOCALES	<p>Compromiso vías aéreas</p> <p>Hemorragia Desangrante</p> <p>Respiración inadecuada</p> <p>Shock.</p>	<p>Compromiso vascular distal</p> <p>Enfisema subcutáneo</p> <p>Hemorragia incontrolable</p> <p>Temperatura &gt; 41°C</p> <p>Dolor intenso</p>	<p>Articulación caliente</p> <p>Dolor al mover la articulación.</p> <p>No concordancia.</p> <p>Hemorragia menor incontrolable</p> <p>Signos/síntomas neurológicos recientes</p> <p>Temperatura &gt; 38,5 °C</p> <p>Dolor moderado</p>	<p>Herida contaminada.</p> <p>Inflamación local</p> <p>Infección local</p> <p>Problema acaecido en la última semana.</p> <p>Temperatura &gt; 37,5°C</p> <p>Dolor</p>	

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
AGRESIÓN	<p>Compromiso vías aéreas</p> <p>Hemorragia desangrante</p> <p>Respiración inadecuada</p> <p>Shock</p>	<p>Alteración del nivel de conciencia</p> <p>Disnea aguda</p> <p>Hemorragia mayor incontrolable</p> <p>Mecanismo de lesión determinante</p> <p>Dolor intenso</p>	<p>Antecedente de inconsciencia</p> <p>Hemorragia menor incontrolable</p> <p>Signos/síntomas neurológicos recientes</p> <p>Dolor moderado</p>	<p>Deformidad</p> <p>Problema acaecido en la última semana.</p> <p>Tumefacción</p> <p>Dolor</p>	

## 10. TABLA DE SÍNTOMAS POR APARATO PARA LA CLASIFICACIÓN

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
<b>PROB. DENTALES</b>	Compromiso vías aéreas Respiración Inadecuada Shock	Hemorragia mayor Incontrolable  Temperatura >41°C Dolor intenso	Arrancamiento agudo de diente  Hemorragia menor Incontrolable  Temperatura >38,5 Dolor moderado	Tumefacción facial  Problema acaecido en la última semana  Temperatura >37,5°C Dolor	
<b>DISNEA</b>	Compromiso vías aéreas Respiración Inadecuada Shock	Agotamiento Alteración del nivel de conciencia FC <60lpm o >120lpm o Arritmico Imposibilidad de decir frases completas Instauración aguda tras una lesión Sibilancias SO2 <95% con O2 o <90% con aire ambiental Dolor cardíaco	Antecedente de Asma     SO2 <95% con aire ambiental Dolor pleurítico	Infección respiratoria Lesión en tórax Problema acaecido en la última semana Respiración sibilante Dolor	
<b>SISTEMA NERVIOSO</b>	Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Respiración inadecuada Shock Hemorragia desangrante Glucosa capilar <50 mg/dl	Antecedente de sobredosis o envenenamiento Alteración nivel de conciencia Ataque repentino Exantema o púrpura Hemorragia mayor Incontrolable Mecanismo de lesión determinante Perdida de función focal o progresiva Signos de meningismo Temperatura >41°C Dolor intenso	Antecedente de TCE Antecedente de Inconsciencia Dolor cuero cabelludo Hemorragia menor Incontrolable No concordancia Perdida de función focal o progresiva Reducción de agudeza visual Signos/síntomas Neurológicos recientes Vómito persistente Temperatura >38,5° Dolor moderado	Cefalea Problema acaecido en la última semana   Temperatura >37,5°C Dolor	

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
<b>DOLOR TORÁXICO</b>	<p>Compromiso vías aéreas</p> <p>Respiración Inadecuada</p> <p>Shock</p>	<p>Disnea aguda</p> <p>FC&lt;60lpm o &gt;120lpm o Arritmico</p> <p>Dolor cardiaco</p> <p>Dolor intenso</p>	<p>Vómitos Persistentes</p> <p>Dolor pleurítico</p> <p>Dolor moderado</p>	<p>Problema acaecido en la última semana</p> <p>Vómitos</p>	
<b>CAIDA, DOLOR DE CUELLO Y TRONCO</b>	<p>Compromiso vías aéreas</p> <p>Crisis convulsiva presenciada</p> <p>Hemorragia Desangrante</p> <p>Shock</p> <p>Hemorragia desangrante</p>	<p>Alteración del nivel de consciencia</p> <p>Causa evidente</p> <p>Compromiso Vascular</p> <p>Disnea aguda</p> <p>Dolor abdominal</p> <p>Evisceración de órganos</p> <p>Exantema o púrpura</p> <p>FC&lt;60lpm o &gt;120lpm o arritmico</p> <p>Hemorragia mayor Incontrolable</p> <p>Mecanismo de lesión determinante</p> <p>Signos de meningismo</p> <p>Temperatura &gt;41°C o &lt;35°C</p> <p>Dolor intenso</p>	<p>Antecedente de inconsciencia</p> <p>Deformidad llamativa</p> <p>Fractura abierta</p> <p>Hemorragia menor incontrolable</p> <p>Incapaz para Deambular</p> <p>No concordancia</p> <p>Perdida de función local o progresiva</p> <p>Signos y síntomas neurológicos recientes</p> <p>Traumatismo directo en el cuello</p> <p>Traumatismo directo en espalda</p> <p>Temperatura&gt;38,5°</p> <p>Dolor moderado</p>	<p>Deformidad</p> <p>Inflamación e infección local</p> <p>Problema acaecido en la última semana</p> <p>Tumefacción</p> <p>Dolor</p>	

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
CUTANEOS	Compromiso vías aéreas	Alteración del nivel de consciencia	Hemorragia menor Incontrolable	Inflamación o infección local	
	Respiración Inadecuada	Antecedente de Alergia	Inhalación de Humo	Problema acaecido en la última semana	
	Estridor	Causa evidente	Lesión por electricidad		
	Shock	Disnea aguda	No concordancia		
		Edema facial o lingual	Quemadura Química		
		Hemorragia mayor Incontrolable	Secreciones o vesículas generalizadas		
		Lesión inhalatoria			
		Purpura			
		Sibilancias			
		Temperatura >41°C	Temperatura >38,5°	Temperatura>37,5°C	
	Dolor/picor intenso	Dolor/picor moderado	Dolor/picor		
DIGESTIVOS	Compromiso vías aéreas	Alteración del nivel de consciencia	Antecedente de vómito de sangre	Vómitos	
	Respiración inadecuada	Dolor irradiado hacia la espalda	Causa evidente	Problema acaecido en la última semana	
	Crisis convulsiva presenciada	Emisión aguda de sangre fresca o alterada por vía Rectal	Dolor en vértice de hombro		
	Shock	Vómito de sangre	Heces negras o color grosella		
			Signos de deshidratación		
			Sospecha de embarazo		
			Vómitos persistentes		
	Dolor intenso	Dolor moderado	Dolor		

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
GENITO URINARIOS-GINECOLÓGICOS	Compromiso vías aéreas	Alteración del nivel de consciencia	Dolor o Celulitis escrotal	Disuria	Menstruación normal
	Respiración inadecuada	Dolor testicular edad <25 años	Hematuria franca	Problema acaecido en la última semana	
	Hemorragia desangrante	Exantema o purpura	Inmunosupresión conocida	Traumatismo Escrotal	
	Shock	Gangrena escrotal	No concordancia	Tumefacción	
		Priapismo	Retención de orina	Vómitos	
		Sangrado abundante vaginal	Secreciones o vesículas generalizadas		
		Sangrado en embarazo de > 24 semanas	Sospecha de embarazo		
			Traumatismo vaginal		
		Temperatura >41°C	Temperatura >38,5° C	Temperatura>37,5°C	
		Dolor intenso	Dolor moderado	Dolor	
OTORRINO	Babeo	Hemorragia mayor Incontrolable	Hemorragia menor Incontrolada	Trastorno hemorrágico	
	Compromiso vías aéreas	Alteración del nivel de consciencia	Antecedente de TCE	Inflamación o infección local	
	Respiración inadecuada	Mecanismo de lesión Determinante	Deformidad llamativa	Deformidad	
	Estridor	Causa evidente	Antecedente de viaje al extranjero	Pérdida aguda de audición	
	Shock		No concordancia	Problema acaecido en la última semana	
	Hemorragia desangrante		Vértigo		
			Hematoma auricular		
			Instauración rápida		
		Temperatura >41°C	Temperatura>38,5° C	Temperatura>37,5°C	
		Dolor intenso	Dolor moderado	Dolor	

	Nivel I INMEDIATA	Nivel II MUY URGENTE	Nivel III URGENTE	Nivel IV NORMAL	Nivel V NO URGENTE
<b>OCULARES</b>	Lesión química Ocular Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Respiración Inadecuada Shock	Hemorragia mayor Incontrolable Mecanismo de lesión determinante de causa evidente Perdida reciente y repentina de visión completa Traumatismo penetrante ocular Dolor intenso	Hemorragia menor Incontrolable No concordancia Reducción de agudeza visual Dolor moderado	Inflamación e infección local Ojo rojo Problema acaecido en la última semana Dolor	
<b>DIABETES</b>	Compromiso vías aéreas Estridor Vómitos Respiración inadecuada Shock Glucosa capilar < 50 mg/dl	Hiperglucemia con cetosis Nivel de consciencia Alterado Temperatura > 41°C	Hiperglucemia (> 300 mg/dl) Vómitos persistentes Temperatura > 38,5° C	Problema acaecido en la última semana Temperatura > 37,5°C	
<b>PROBLEMA DE EXTREMIDADES</b>	Hemorragia Desangrante Shock	Hemorragia mayor Incontrolable Compromiso vascular Estado crítico de la piel Dolor intenso	Hemorragia menor Incontrolable No concordancia Deformidad llamativa Fractura abierta Dolor moderado	Tumefacción Problema acaecido en la última semana Deformidad Dolor	

## 11. PROTOCOLOS POR MOTIVO DE CONSULTA

### ADULTO CON MAL ESTADO GENERAL

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Antecedente de riesgo especial de infección FC < 60 lpm o > 120 lpm o arritmico Púrpura o exantema desconocido Signos de meningismo Temperatura > 41°C Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de viaje al extranjero Instauración en las últimas 24 horas Secreciones o vesículas generalizadas Temperatura > 38,5° C Dolor moderado	NIVEL III
Antecedente de viaje al extranjero Instauración en las últimas 24 horas Secreciones o vesículas generalizadas Temperatura > 38,5° C Dolor moderado	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia no atribuible completamente a la ingesta de alcohol:** existe una historia clara de ingesta alcohólica, pero se sospecha de la existencia de otro motivo que puede provocar la disminución del nivel de consciencia.

**Antecedente de riesgo especial de infección:** cuando ha habido exposición directa a un foco infeccioso de gran riesgo, tales como laboratorios o áreas infectadas conocidas.

**Púrpura o exantema desconocido:** cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

**Signos de meningismo:** es la triada de rigidez de nuca, cefalea y fotofobia

**Temperatura >41°C o <35°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Antecedente de viaje al extranjero:** viaje acontecido en los 3 meses anteriores.

**Secreciones o vesículas generalizadas:** secreción difusa o erupción vesicular que cubre más del 10% de la superficie corporal total.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta

**Temperatura >37,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

## ADULTO CON SINCOPE O LIPOTIMIA

Compromiso vías aéreas Crisis comicial presenciada Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Alteración del nivel de conciencia Disnea aguda Dolor cardiaco Púrpura o Exantema desconocido FC<60lpm o >120 lpm o arritmico Temperatura >41° o <35°C Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Antecedente de alergia Antecedente de inconsciencia Perdida de función focal o progresiva Temperatura>38,5°C Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Problema acaecido en la última semana Temperatura>37,5°C Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Disnea aguda:** disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos

**Dolor cardíaco:** tiene carácter opresivo, sordo y muy intenso, localizado en la zona centro torácica, pudiéndose irradiar hacia zonas como el miembro superior izquierdo, cuello y espalda. Puede ir acompañado de cortejo vegetativo: sudoración, frialdad y nauseas.

**Púrpura o exantema desconocido:** cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

**Temperatura  $>41^{\circ}\text{C}$  o  $<35^{\circ}\text{C}$ :** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Antecedente de alergia:** cuando haya existido previamente un episodio de hipersensibilidad.

**Antecedente de inconsciencia:** este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

**Pérdida de función focal o progresiva:** puede ser en una parte específica del cuerpo (ojo, miembros superiores o miembros inferiores) o una pérdida de función que empeora progresivamente.

**Temperatura  $>38,5^{\circ}\text{C}$ :** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

**Temperatura  $>37,5^{\circ}\text{C}$ :** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

## INTOXICACIÓN Y/O ENVENENAMIENTO

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Respiración inadecuada. Shock Glucosa capilar < 50 mg/dl	<b>NIVEL I</b>
Alteración del nivel de conciencia no atribuible completa al alcohol Alto riesgo de autolesión Antecedente inadecuado Letalidad alta Temperatura < 35° C	<b>NIVEL II</b>
Alteración del nivel de conciencia atribuible al alcohol Ansiedad notable Antecedente de inconsciencia No concordancia Letalidad moderada Riesgo moderado de autolesión Traumatismo craneoencefálico	<b>NIVEL III</b>
Lesión Problema acaecido en la última semana Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia no atribuible completamente a la ingesta de alcohol:** existe una historia clara de ingesta alcohólica, pero se sospecha de la existencia de otro motivo que puede provocar la disminución del nivel de consciencia

**Alto riesgo de autolesión:** observando el comportamiento del paciente podemos hacernos una opinión de la posibilidad de que el paciente pueda autolesionarse. Son factores que indican un alto riesgo los antecedentes de episodios autolesivos anteriores así como la intención de hacerlo en el momento del triage.

**Letalidad alta:** letalidad es la potencia que tiene cualquier sustancia para causar daño, incluso la muerte. Es obligatorio contactar con el centro de toxicología para saber cuál es el riesgo. En caso de duda se asumirá siempre el mayor riesgo.

**Temperatura >41°C o <35°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Alteración del nivel de consciencia completamente atribuible a la ingesta de alcohol:** cuando existe una historia clara de ingesta alcohólica y no se sospecha de la existencia de otro motivo que pueda provocar la disminución del nivel de consciencia.

**Ansiedad notable:** aparece como reacción ante un peligro o impresión. Suele venir acompañada de malestar psicológico y alteraciones en el organismo como taquicardia, temblores, diaforesis, sensación de opresión torácica o falta de aire.

**Antecedente de inconsciencia:** este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

**Letalidad moderada:** cuando identificada la sustancia tóxica se conoce su potencial moderado de causar daño. En caso de duda se asume un alto riesgo.

**Riesgo moderado de autolesión:** se hará una valoración del comportamiento del paciente, así como de si hay o no antecedente de autolesión. Si no existiese y el paciente no manifestase ninguna intención, se hablaría de riesgo moderado.

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Glucemia <50mg/dL:** Se habla de hipoglucemia, puede ir acompañada de confusión, diaforesis y cefalea.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Alto riesgo de autolesión:** observando el comportamiento del paciente podemos hacernos una opinión de la posibilidad de que el paciente pueda autolesionarse. Son factores que indican un alto riesgo los antecedentes de episodios autos lesivos anteriores así como la intención de hacerlo en el momento del triage.

**Alto riesgo de dañar a otros:** bien cuando sea manifestado por el paciente o cuando la enfermera observe la menor posibilidad de agresión a través de su comportamiento, postura corporal o argumento. En caso de duda siempre se asumirá un alto riesgo.

**Antecedente de sobredosis o envenenamiento:** bien manifestado por el paciente, consultado con familiares o allegados, o cuando hay sospecha de que falta de medicación.

**Antecedente psiquiátrico mayor:** cuando haya un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica mayor.

**Ansiedad notable:** aparece como reacción ante un peligro o impresión. Suele venir acompañada de malestar psicológico y alteraciones en el organismo como taquicardia, temblores, diaforesis, sensación de opresión torácica o falta de aire.

**Antecedente de inconsciencia:** este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

**Antecedente psiquiátrico:** cuando exista antecedente de episodio psiquiátrico menor

**Comportamiento perturbante:** cuando el paciente tiene un comportamiento que altera la tranquila marcha del departamento de emergencias y provoca malestar e intranquilidad en el resto de pacientes. Puede ser en casos peligroso y amenazante.

**Pérdida de función focal o progresiva:** puede ser en una parte específica del cuerpo (ojo) o una pérdida de función que empeora progresivamente.

**Riesgo moderado de autolesión:** se hará una valoración del comportamiento del paciente, así como de si hay o no antecedente de autolesión. Si no existiese y el paciente no manifestase ninguna intención, se hablaría de riesgo moderado.

**Riesgo moderado de dañar a otros:** se hará una valoración del comportamiento del paciente, así como de si hay o no antecedente de agresión.

**Signos/síntomas neurológicos recientes:** su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en miembros superiores y/o miembros inferiores así como relajación de esfínteres.

---

## EMBARAZO

---

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Hemorragia desangrante Prolapso cordón umbilical Presentación de partes fetales Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Alteración del nivel de conciencia Antecedente de convulsiones Parto activo Sangrado en gestación más de 24 semanas Sangrado vaginal abundante Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Antecedente de traumatismo Dolor en vértice de hombro No concordancia Sangrado vaginal Tensión arterial elevada Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Temperatura >37,5°C Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada.

**Hemorragia desangrante:** es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente

**Prolapso del cordón umbilical:** es el descenso del cordón dentro de la vagina de forma prematura. Su presencia puede reducir o interrumpir el flujo sanguíneo provocando el sufrimiento del feto.

**Presentación de partes fetales:** cuando exista coronamiento o cuando asome cualquier otra parte fetal a través de la vagina.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Antecedente de convulsiones:** la convulsión no es evidente en ese momento, pero bien el paciente o su familia refiere episodio de convulsión, parcial o generalizada, en las últimas 6 horas.

**Parto activo:** cuando existen contracciones dolorosas, regulares y espaciadas por breve espacio de tiempo.

**Sangrado en gestación >24 semanas:** este signo puede ocasionar graves problemas en la gestación.

**Antecedente de traumatismo:** cuando ha existido traumatismo físico directo reciente.  
Dolor en vértice de hombro: es un signo de irritación diafragmática

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

**Tensión arterial elevada:** cuando el paciente nos refiera historia de hipertensión o tras nuestra toma tensional las cifras sean elevadas.

## HERIDAS E INFECCIONES LOCALES

Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Compromiso vascular distal Enfisema subcutáneo Hemorragia mayor incontrolable Temperatura >41° C Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Articulación caliente Dolor al mover la articulación Hemorragia menor incontrolable No concordancia Signos/ síntomas neurológicos recientes Temperatura > 38,5°C Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Herida contaminada Infección local Inflamación local Problema acaecido en la última semana Temperatura > 37,5°C Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Hemorragia desangrante:** es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (>2 seg), palidez y sudoración.

**Compromiso vascular:** la combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.

**Enfisema subcutáneo:** aparece cuando el aire penetra por el tejido subcutáneo. A la palpación se siente crepitar a medida que se aplica presión.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

**Temperatura >41°C o <35°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Articulación caliente:** cualquier aumento de temperatura en una articulación o alrededores. A veces viene acompañado de enrojecimiento.

**Hemorragia menor incontrolable:** es aquella hemorragia que no se controla rápidamente con la presión directa y continuada de presión y persiste un continuo pero ligero sangrando.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

**Signos/síntomas neurológicos recientes:** su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en miembros inferiores y/o miembros superiores así como relajación de esfínteres.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

**Infección e inflamación local:** son signos característicos la tumefacción, enrojecimiento y dolor de la zona afectada

**Herida contaminada:** aquella herida que contiene material susceptible de infectarla la herida.

**Temperatura >37,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

## AGRESIÓN

---

Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock	NIVEL I
Alteración del nivel de consciencia Disnea aguda Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Dolor intenso	NIVEL II
Antecedente de inconsciencia Hemorragia menor incontrolable Signos/ síntomas neurológicos recientes Dolor moderado	NIVEL III
Deformidad Problema acaecido en la última semana Tumefacción Dolor	NIVEL IV
Problema no reciente	NIVEL V

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (>2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Disnea aguda:** disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia

**Mecanismo de lesión determinante:** comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

**Antecedente de inconsciencia:** este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

**Hemorragia menor incontrolable:** Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

**Signos/síntomas neurológicos recientes:** su aparición es reciente y se habla de pérdida de sensibilidad, debilidad en miembros así como relajación de esfínteres.

---

## PROBLEMAS DENTALES

---

Compromiso vías aéreas Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Hemorragia mayor incontrolable Temperatura >41°C Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Hemorragia menor incontrolable Arrancamiento agudo de pieza dental Temperatura >38,5° C Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Tumefacción facial Problema acaecido en la última semana Temperatura >37,5°C Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (>2 seg), palidez y sudoración.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

**Temperatura >41°C o <35°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Hemorragia menor incontrolable:** Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta

**Temperatura >37,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

## DISNEA

Compromiso vías aéreas Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Agotamiento Alteración del nivel de consciencia FC < 60 lpm o > 120 lpm o arritmico Imposibilidad de decir frases completas Instauración aguda tras lesión Sat O <sub>2</sub> < 95% con O <sub>2</sub> o < 90% aire ambiente Sibilancias Dolor cardiaco	<b>NIVEL II</b>
Antecedente de asma Sat O <sub>2</sub> < 95% aire ambiente Dolor pleurítico	<b>NIVEL III</b>
Infección respiratoria Lesión en tórax Problema acaecido en la última semana Respiración sibilante Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del es fuerza respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Agotamiento:** el paciente agotado reduce el esfuerzo que hace para respirar a pesar de la disnea. Es un signo preterminal.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Imposibilidad de decir frases completas:** debido a la disnea.

**Instauración aguda tras lesión:** cuando la sintomatología comienza en un plazo breve de tiempo tras un traumatismo físico tiempo.

**Antecedente de asma:** el paciente está diagnosticado de asma.

**Dolor pleurítico:** dolor punzante en el tórax, que empeora con la respiración, la tos o cualquier esfuerzo.

**Lesión:** daño corporal causado por un golpe, herida o enfermedad.

**Respiración sibilante:** es diferente a sibilancias, son de otra prioridad.

## SISTEMA NERVIOSO

<p>Compromiso vías aéreas. Crisis convulsiva presenciada Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock Glucosa capilar &lt;50 mg/dl</p>	<b>NIVEL I</b>
<p>Alteración del nivel de consciencia Antecedente de sobredosis o envenenamiento Ataque repentino Exantema o púrpura desconocido Hemorragia mayor incontrolable Antecedente de inconsciencia Antecedente de TCE Dolor cuero cabelludo Hemorragia menor incontrolable No concordancia Pérdida función focal o progresiva Reducción agudeza visual Vómito persistente Temperatura &gt;38,5° C Dolor moderado</p>	<b>NIVEL II</b>
<p>Antecedente de inconsciencia Antecedente de TCE Dolor cuero cabelludo Hemorragia menor incontrolable No concordancia Pérdida función focal o progresiva Reducción agudeza visual Vómito persistente Temperatura &gt;38,5° C Dolor moderado</p>	<b>NIVEL III</b>
<p>Cefalea Problema acaecido en la última semana Temperatura &gt;37,5°C Dolor</p>	<b>NIVEL IV</b>
<p>Problema no reciente</p>	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o

ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada.

**Hemorragia desangrante:** es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (>2 seg), palidez y sudoración.

**Glucemia <50mg/dL:** Se habla de hipoglucemia, puede ir acompañada de confusión, diaforesis y cefalea

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Antecedente de sobredosis o envenenamiento:** bien manifestado por el paciente, consultado con familiares o allegados, o cuando hay sospecha de que falta de medicación.

**Púrpura o exantema desconocido:** cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

**Mecanismo de lesión determinante:** comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

**Pérdida reciente y repentina de visión completa:** en uno o en ambos ojos en las 24 horas previas.

**Signos de meningismo:** es la triada de rigidez de nuca, cefalea y fotofobia.

**Temperatura >41°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Antecedente de inconsciencia:** este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

**Hemorragia menor incontrolable:** Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

**Pérdida de función focal o progresiva:** puede ser en una parte específica del cuerpo (Ojo, más o menos) o una pérdida de función que empeora progresivamente.

**Vómitos persistentes:** vómitos intensos y prolongados en el tiempo.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

**Temperatura >37,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

## DOLOR TORÁXICO

Compromiso vías aéreas Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Disnea aguda Dolor cardíaco FC<60lpm o >120 lpm o arritmico. Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Dolor pleurítico Vómitos persistentes Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Vómitos Problema acaecido en la última semana Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (>2 seg), palidez y sudoración.

**Disnea aguda:** disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.

**Dolor cardíaco:** tiene carácter opresivo, sordo y muy intenso, localizado en la zona centro torácica, pudiéndose irradiar hacia zonas como el miembro superior izquierdo, cuello y espalda. Puede ir acompañado de cortejo vegetativo: sudoración, frialdad y náuseas.

**Dolor pleurítico:** dolor punzante en el tórax, que empeora con la respiración, la tos o cualquier esfuerzo.

**Vómitos persistentes:** vómitos intensos y prolongados en el tiempo.

## CAÍDA, DOLOR DE CUELLO Y TRONCO

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Hemorragia desangrante Shock	<b>NIVEL I</b>
Alteración del nivel de consciencia Causa evidente Compromiso vascular Disnea aguda Dolor abdominal intenso Evisceración de órganos Exantema y púrpura FC < 60 lpm o > 120 lpm o arrítmico Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Signos de meningismo Temperatura > 41°C o < 35°C Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Antecedente de inconsciencia Deformidad llamativa Fractura abierta Hemorragia menor incontrolable Incapaz para deambular No concordancia Signos y síntomas neurológicos recientes Traumatismo directo cuello o espalda Temperatura > 38,5° C Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Deformidad Inflamación e infección local Problema acaecido en la última semana Tumefacción Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Causa evidente:** se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

**Compromiso vascular:** la combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.

**Disnea aguda:** disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.

**Evisceración de órganos:** Existe extrusión franca de órganos internos Púrpura o exantema desconocido: cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

**Mecanismo de lesión determinante:** comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

**Signos de meningismo:** es la triada de rigidez de nuca, cefalea y fotofobia.

**Temperatura >41°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Antecedente de inconsciencia:** este dato será proporcionado por algún familiar que nos pueda dar información sobre la duración y veracidad del cuadro de inconsciencia. Si el paciente es incapaz de recordar el episodio, hablaremos de inconsciencia.

**Fractura abierta:** todas las heridas cercanas a una fractura deben observarse atentamente. La fractura deberá considerarse como abierta ante la existencia de cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.

**Hemorragia menor incontrolable:** Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

**Signos/síntomas neurológicos recientes:** su aparición es reciente y hablamos de pérdida de sensibilidad, debilidad en miembros así como relajación de esfínteres.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta

**Infección e inflamación local:** son signos característicos la tumefacción, enrojecimiento y dolor de la zona afecta.

## CUTÁNEOS

Compromiso vías aéreas Estridor Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Alteración del nivel de consciencia Antecedente de alergia Causa evidente Disnea aguda Edema facial o lingual Hemorragia mayor incontrolable Lesión inhalatoria Púrpura Sibilancias Temperatura >41°C Dolor/ picor intenso	<b>NIVEL II</b>
Hemorragia menor incontrolable Inhalación de humo Lesión por electricidad No concordancia Quemadura química Secreciones o vesículas generalizadas Temperatura > 38,5° C Dolor/ picor moderado	<b>NIVEL III</b>
Inflamación o infección local Problema acaecido en la última semana Temperatura > 37,5° C Dolor/ picor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Estridor:** inspiración ruidosa, parecida a un graznido. Es un signo de dificultad respiratoria que suele deberse a una inflamación de la laringe y tráquea que ocasiona una oclusión al paso del aire por las vías respiratorias. Las causas son varias y pueden deberse a

enfermedades víricas o bacterianas, agentes físicos o químicos así como a procesos alérgicos.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Antecedente de alergia:** cuando haya existido previamente un episodio de hipersensibilidad severa.

**Causa evidente:** se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

**Disnea aguda:** disnea que ha aparecido de forma brusca y súbita o que supone una exacerbación en los pacientes crónicos.

**Edema facial o lingual:** en cualquiera de los dos casos pueden ser signos temprano de anafilaxia.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

**Lesión inhalatoria:** cuando ha existido inhalación de humo. El paciente también puede contar inhalación de productos químicos, en este caso puede no haber signos evidentes.

**Púrpura o exantema desconocido:** cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

**Sibilancias:** tono silbante agudo que aparece con cada respiración y que puede indicar que las vías respiratorias se han estrechado.

**Temperatura >41°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Picor intenso:** picor insoportable.

**Hemorragia menor incontrolable:** Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

**Lesión por electricidad:** causada por corriente eléctrica continua o alterna.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

**Quemadura química:** el resultado de la exposición a una sustancia que sea capaz de causar escozor, quemazón o dolor tras ser derramada sobre el cuerpo, se debe considerar como quemadura química.

**Secreciones o vesículas generalizadas:** secreción difusa o erupción vesicular que cubre más del 10% de la superficie corporal total.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

**Infección e inflamación local:** son signos característicos la tumefacción, enrojecimiento y dolor de la zona afecta.

**Temperatura >37,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

---

## DIGESTIVOS

---

Compromiso vías aéreas Crisis convulsiva presenciada Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Alteración del nivel de consciencia Dolor irradiado hacia espalda Emisión de sangre roja o alterada por vía rectal Vómito de sangre Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Antecedente de vómito de sangre Dolor en vértice de hombro Heces negras o color grosella Signos de deshidratación Sospecha de embarazo Vómito persistente Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Problema acaecido en la última semana Vómitos Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Crisis convulsiva presenciada:** el personal que realiza el triage presencia la crisis de forma activa a la llegada del paciente, ya sea ésta parcial o generalizada.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de conciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Dolor irradiado hacia la espalda:** puede darse de forma constante o intermitente e indica irritación retroperitoneal.

**Vómito de sangre:** cuando se presencia vómito agudo de sangre o en posos de café o hay signos evidentes de que haya sucedido (restos en boca).

**Antecedente de vómito de sangre:** el paciente cuenta un vómito con sangre o en posos de café. No es evidenciado en la sala de triage.

**Dolor en vértice de hombro:** es un signo de irritación diafragmática.

**Signos de deshidratación:** lengua seca, aumento de pliegues cutáneos, oliguria, confusión.

**Vómitos persistentes:** vómitos intensos y prolongados en el tiempo.

## GENITOURINARIOS GINECOLÓGICOS

Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Alteración del nivel de consciencia Dolor testicular edad < 25 años Exantema o púrpura Gangrena escrotal Priapismo Sangrado abundante vaginal Sangrado en gestación > 24 semanas Temperatura > 41° C Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Dolor o celulitis escrotal Hematuria franca Inmunosupresión conocida No concordancia Retención de orina Secreciones o vesículas generalizadas Sospecha de embarazo Traumatismo vaginal Vómito persistente Temperatura > 38,5 °C Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Disuria Problema acaecido en la última semana Traumatismo escrotal Tumefacción Vómitos Temperatura > 37,5° C Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Hemorragia desangrante:** es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Dolor testicular edad <25 años:** el dolor testicular en paciente de <25 años tiene más posibilidades de ser motivado por la existencia de una torsión testicular que en pacientes de más edad.

**Púrpura o exantema desconocido:** cuando exista alguna erupción cutánea generalizada que no sea identificada de forma positiva. En el caso de la púrpura se habla de un exantema causado por pequeñas hemorragias subcutáneas que no palidecen tras presión.

**Gangrena escrotal:** Aparición de una mancha oscura en la zona del escroto o ingle. Al principio tiene el aspecto de una quemadura de tercer grado.

**Priapismo:** es una erección continua y mantenida en el tiempo, no siempre dolorosa.

**Sangrado en gestación >24 semanas:** este signo puede ocasionar graves problemas en la gestación.

**Temperatura >41°C o <35°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Hematuria franca:** cuando la hematuria es macroscópica.

**Inmunosupresión conocida:** todos aquellos pacientes que tomen tratamiento inmunosupresor, incluyendo esteroides a largo plazo.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

**Retención de orina:** con la consiguiente incapacidad para orinar, provocando dolor y en casos avanzados agitación y desorientación.

**Secreciones o vesículas generalizadas:** secreción difusa o erupción vesicular que cubre más del 10% de la superficie corporal total.

**Vómitos persistentes:** vómitos intensos y prolongados en el tiempo.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

**Temperatura >37,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

## PROBLEMAS OTORRINOLARINGOLÓGICOS

Babeo Compromiso vías aéreas Estridor Hemorragia desangrante Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Alteración del nivel de consciencia Causa evidente Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Temperatura >41°C Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Antecedente de TCE Hematoma auricular Hemorragia menor incontrolable Instauración rápida No concordancia Vértigo Temperatura > 38,5° C Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Inflamación o infección local Pérdida aguda de audición Problema acaecido en la última semana Trastorno hemorrágico Temperatura >37,5°C Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Babeo:** Signo característico del atragantamiento, se produce ante la imposibilidad/dificultad de tragar la saliva por una obstrucción parcial o completa de la vía.

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Estridor:** inspiración ruidosa, parecida a un graznido. Es un signo de dificultad respiratoria que suele deberse a una inflamación de la laringe y tráquea que ocasiona una oclusión al

paso del aire por las vías respiratorias. Las causas son varias y pueden deberse a enfermedades víricas o bacterianas, agentes físicos o químicos así como a procesos alérgicos.

**Hemorragia desangrante:** es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Alteración del nivel de consciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Causa evidente:** se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

**Mecanismo de lesión determinante:** comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

**Temperatura >41°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Hemorragia menor incontrolable:** Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

**Temperatura >37,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

## PROBLEMAS OCULARES

Compromiso vías aéreas Hemorragia desangrante Lesión química ocular Respiración inadecuada Shock	<b>NIVEL I</b>
Causa evidente Hemorragia mayor incontrolable Mecanismo de lesión determinante Pérdida completa de visión reciente y repentina Traumatismo penetrante ocular Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Hemorragia menor incontrolable No concordancia Reducción de agudeza visual Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Inflamación o infección local Ojo rojo Problema acaecido en la última semana Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Hemorragia desangrante:** es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Causa evidente:** se incluirían caídas desde una altura, expulsión desde un vehículo, el fallecimiento de alguna víctima del accidente y una deformación importante del vehículo.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

**Mecanismo de lesión determinante:** comprende las heridas penetrantes por arma blanca o arma de fuego y las lesiones provocadas por una alta transferencia de energía como caídas desde gran altura y accidentes de tráfico a alta velocidad (>60 km/h).

**Pérdida completa de visión reciente y repentina:** en uno o en ambos ojos en las 24 horas previas.

**Traumatismo penetrante ocular:** hay lesión en el globo ocular.

**Hemorragia menor incontrolable:** Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

---

## DIABETES

---

Compromiso vías aéreas Estridor Respiración inadecuada Shock Glucosa < 50 mg/dl	<b>NIVEL I</b>
Hiperglucemia con cetosis Alteración del nivel de conciencia Temperatura >41°C	<b>NIVEL II</b>
Hiperglucemia ( > 300 mg/dl) Vómito persistente Temperatura >38,5° C	<b>NIVEL III</b>
Problema acaecido en la última semana Vómitos Temperatura>37,5°C	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Compromiso de vías aéreas:** Imposibilidad para mantener la vía aérea abierta provocando una obstrucción parcial, intermitente o total. Se manifiesta con sonidos estertóreos o ronquidos durante la respiración. La ausencia de respiración es el cese de la misma o del esfuerzo respiratorio evaluado a través de la observación y auscultación durante 10 segundos.

**Estridor:** inspiración ruidosa, parecida a un graznido. Es un signo de dificultad respiratoria que suele deberse a una inflamación de la laringe y tráquea que ocasiona una oclusión al paso del aire por las vías respiratorias. Las causas son varias y pueden deberse a enfermedades víricas o bacterianas, agentes físicos o químicos así como a procesos alérgicos.

**Respiración inadecuada:** el paciente no puede respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Pueden aparecer signos de trabajo respiratorio y agotamiento.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Glucemia <50mg/dL:** Se habla de hipoglucemia, puede ir acompañada de confusión, diaforesis y cefalea.

**Hiperglucemia con cetosis:** cuando existe una glucemia > 200 mg/dl con cetonuria (cuerpos cetónicos en orina) o signos de acidosis (respiración de Kussmaul, náuseas, olor de aliento característico).

**Alteración del nivel de conciencia:** cuando no hay una respuesta a la voz o al dolor y si la hay, es inadecuada.

**Temperatura >41°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

**Vómitos persistentes:** vómitos intensos y prolongados en el tiempo.

**Temperatura >38,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura, con lo que se podrá utilizar la impresión clínica de la temperatura de la piel, para realizar en la mayor brevedad posible una toma de temperatura interna exacta.

**Temperatura >37,5°C:** cuando sea complicado hacer una medición exacta de la temperatura se actuará en función de la impresión clínica de la temperatura de la piel al tacto, para realizar en la mayor brevedad posible una toma exacta de la temperatura interna.

---

## PROBLEMAS DE EXTREMIDADES

---

Hemorragia desangrante SHOCK	<b>NIVEL I</b>
Compromiso vascular Estado crítico de la piel Hemorragia mayor incontrolable Dolor intenso	<b>NIVEL II</b>
Deformidad llamativa Fractura abierta Hemorragia menor incontrolable No concordancia Dolor moderado	<b>NIVEL III</b>
Deformidad Problema acaecido en la última semana Tumefacción Dolor	<b>NIVEL IV</b>
Problema no reciente	<b>NIVEL V</b>

**Hemorragia desangrante:** es aquella en la que, si no se detiene rápidamente el sangrado, conllevará a la muerte del paciente.

**Shock:** los signos básicos de un paciente en este estado incluyen disminución de nivel de consciencia, hipotensión, taquicardia, aumento del tiempo de relleno capilar (> 2 seg), palidez y sudoración.

**Compromiso vascular:** la combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.

**Estado crítico de la piel:** la piel está pálida y bajo tensión debido a algún fragmento óseo tras una fractura o luxación.

**Hemorragia mayor incontrolable:** sangrado abundante imposible de controlar con presión directa y continuada sobre el foco de la hemorragia.

**Fractura abierta:** todas las heridas cercanas a una fractura deben observarse atentamente. La fractura deberá considerarse como abierta ante la existencia de cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura.

**Hemorragia menor incontrolable:** Es aquella hemorragia imposible de controlar con la presión directa y continuada persistiendo un ligero sangrado de forma continuada.

**No concordancia:** cuando el mecanismo de lesión o enfermedad manifestado por el paciente no guarda una correcta relación con la lesión existente.

## 12. FICHA DE ATENCIÓN

HOSPITAL OBRERO NO. 4 CNS

FICHA NO.:



<b>HORA:</b>	<b>1. ADMISIÓN</b> Fecha: / / Edad: Sexo:	
	Nombre y Apellidos:	N° C.I.:
	Domicilio:	
	Barrio:	
	Localidad:	
	Referencia domiciliaria:	
	Teléfono:	Celular:
<b>HORA:</b>	<b>2. ENFERMERÍA</b>	
	Peso: FC: FR: T° Ax: TA: Glu: SatO2:	
	Motivo de Consulta:	
	Discriminante:	
	Clasificación fisiopatológica (si es niño):	
	Firma y Sello:	
<b>HORA:</b>	<b>REEVALUACIÓN Y RECLASIFICACIÓN (llenar si corresponde)</b>	
	FC: FR: T° Ax: TA: Glu: SatO2:	
	Síntoma:	Reclasificación:
<b>HORA:</b>	<b>MÉDICO</b>	
	Patología Previa y Tratamiento Actual:	Alergias:
	Examen Físico:	
<b>HORA:</b>	Laboratorio:	
<b>HORA:</b>	Radiología:	
<b>HORA:</b>	DIAGNÓSTICO:	
<b>HORA:</b>	TRATAMIENTO (suministrado en emergencias):	Vía: Dosis:
	TRATAMIENTO INDICADO PARA LA CASA:	
<b>HORA:</b>	<b>5. DESTINO</b>	
	DOMICILIO INTERNACIÓN FUGA MUERTE	
	NOMBRE, FIRMA Y SELLO ENFERMERA	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## FORMULARIO DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN DEL USUARIO

HOSPITAL OBRERO NO. 4 CNS

FICHA NO.:

<b>HORA RECEPCIÓN PACIENTE:</b>		<b>Fecha:</b> /    /
<b>1. Edad</b>		
<b>2. Sexo</b>	Masculino	
	Femenino	
<b>3. Procedencia de derivación del paciente</b>	Auto referencia	
	Desde otros centros de atención	
	Desde la atención pre hospitalaria	
<b>4. Estado del paciente</b>	Crítico	
	Emergencia	
	Urgencia	
	Estándar	
	No urgente	
<b>5. Motivos de consulta (datos de entrevista con paciente)</b>		
<b>6. Discriminantes</b>	Alteración del nivel de conciencia	
	Signos de riesgo vital como vía aérea comprometida o ausencia de pulso	
	Hemorragia	
	Temperatura	
	Tiempo de evolución	
<b>7. Registro de constantes vitales</b>	Si registra	
	No registra	
	Registra parcialmente, no en todos los momentos de atención	
	Existen registros de algunas constantes, no todas	
<b>8. Diagnósticos establecidos</b>		

<b>9. Medidas de Atención de Enfermería</b>	Se recuesta al paciente en una camilla				
	Se coloca oxígeno				
	Se administra analgésico por indicación médica				
	Se inicia solución parenteral por indicación médica				
	Ninguno				
<b>10. Destino del paciente</b>	Observación				
	UTI				
	Hospitalización Clínica				
	Hospitalización Quirúrgica				
	Domicilio				
	Fallece				
<b>11. Estado del paciente al alta</b>	Estable				
	Fallece				
	Persiste problema (referido)				
<b>12. Especialidad principal que valora al paciente</b>	Médico de Emergencia				
	Medicina interna				
	Cirugía General				
	Ginecología				
	Traumatología				
Otras Cuáles?					
<b>13. Dolor del paciente al ingreso</b>	Si				
	No				
<b>14. Intensidad del dolor del paciente al ingreso</b>	<b>Dolor muy intenso</b>	<b>Dolor intenso</b>	<b>Dolor moderado</b>	<b>Dolor leve</b>	<b>No dolor</b>
	Sin registro				
<b>15. Reevaluación al paciente</b>	No se reevalúa				
	Se reevalúa. Especificar tiempo y razón de reevaluación				
<b>16. Tiempo de evaluación del paciente desde su ingreso</b>					