



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PROPUESTA DE UNA GUÍA DE TRIAJE ESTRUCTURADO PARA LA
CLASIFICACIÓN, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, A
PACIENTES EN LA EMERGENCIA DE ADULTOS DE
LA CLÍNICA POPULAR JESÚS DE NAZARETH,
PUERTO LA CRUZ, PRIMER SEMESTRE 2010**

Trabajo Especial de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Licenciada(o) en Enfermería

Tutora:

Lcda. Carmen Dorila Rivas de Gómez

Autores:

T.S.U. Guerra Néstor

C.I. N° 13.153.764

T.S.U Hernández Juana

C.I. N° 13.505.564

Puerto La Cruz, Noviembre de 2.010

**PROPUESTA DE UNA GUÍA TRIAJE ESTRUCTURADO PARA LA
CLASIFICACIÓN, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, A
PACIENTES EN LA EMERGENCIA DE ADULTOS DE
LA CLÍNICA POPULAR JESÚS DE NAZARETH,
PUERTO LA CRUZ, PRIMER SEMESTRE 2010**

DEDICATORIA

En primer lugar a mi padre celestial por permitirme cumplir esta meta de culminar mi carrera de Enfermería.

A la memoria de mi madre y abuela quien fue y sigue siendo mi inspiración en consolidarme como profesional de enfermería “Gracias mi vieja”.

A mi esposo por apoyo y la paciencia que ha tenido y a mi hija Nicolee de los Angeles, mi gorda este logro es para ti.

A mis colegas y amigos Francis, Ana, Oslidice, Antonio y Jesús “Gracias por su apoyo” que dios los bendiga.

A mi familia, este logro es por ustedes.

A las familias Ramírez Prepo y Masa Medina por su apoyo en todos los momentos vividos a lo largo de mi carrera.

A mis colegas y amigos, a ti Néstor por permitirme ser tu compañera de investigación “Chamito que dios te bendiga siempre”

Juana Hernández

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres Don Alejandro, Doña María y a mi hermana Elena, todos fallecidos en salas de hospital después de haber lidiado con su propio mal cada uno a su tiempo.

A mis hermanos, sobrinos y amigos, quienes de una forma u otra han enriquecido mi paso por la vida.

Néstor Guerra

AGRADECIMIENTO

A nuestro padre celestial fuente de vida y amor por proporcionarnos todos los medios necesarios para la culminación de esta carrera.

A la Universidad central de Venezuela porque a través de la extensión en Puerto la Cruz nos abrió sus puertas facilitándonos la formación académica para obtener el título de licenciados en Enfermería.

A la profesora Carmen Dorila Rivas tutora de nuestra investigación "Gracias por su comprensión y ayuda prestada a nuestro proyecto de investigación, le estaremos eternamente agradecidos.

Al personal de enfermería de la clínica popular Jesús de Nazareth Puerto la Cruz, y a todo el personal de la emergencia de esa institución, por toda su ayuda y colaboración en la consecución de esta investigación.

A las Lcdas. Carmen Cecilia Jiménez, Lilia Betancourt, Alicia de Caraguiche, Jenni Acero y Elisa Guerra por su apoyo incondicional y por transmitirnos valiosos conocimientos, con el propósito de ver realizada esta meta.

A aquellos de nuestros compañeros de trabajo que nos animaron, cada cual a su modo, a seguir adelante.

A los Sres. Franklin y Carmen. Por su paciencia en lo que parecían interminables noches de trabajo de investigación.

A nuestros amigos, especialmente a Germania, Mélida y Jhonny. Han sido de gran ayuda para encontrar los recursos electrónicos, bibliográficos y anímicos para desarrollar la investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma estuvieron involucrados durante el desarrollo de la investigación, sinceramente Gracias.

Néstor y Juana.

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Carmen Dorila Rivas, en mi carácter de tutora del Trabajo Especial de Grado titulado **“PROPUESTA DE UNA GUÍA TRIAJE ESTRUCTURADO PARA LA CLASIFICACIÓN, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, A PACIENTES EN LA EMERGENCIA DE ADULTOS DE LA CLÍNICA POPULAR JESÚS DE NAZARETH, PUERTO LA CRUZ, PRIMER SEMESTRE 2010”** realizado por los Técnicos Superiores Universitarios Guerra Néstor C.I. N°. 13.153.76 y Hernández Juana C.I. N°. 13.505.564 para optar al título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Lic. Carmen Dorila Rivas de Gómez

C.I. N°. _____

TABLA DE CONTENIDO

	p.p
Dedicatoria	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Aprobación Del Tutor	VII
Lista de Tablas	X
Lista de Gráficos	XII
Resumen	XIII
Introducción	1
CAPÍTULOS	
I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	3
Objetivos de la investigación	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
Justificación de la investigación.	11
II. MARCO TEÓRICO	13
Antecedentes de la investigación	13
Bases teóricas	16
Sistema de variable	39
Operacionalización de variables	40
Definición de términos básicos	43
III. MARCO METODOLÓGICO	45
Tipo y Diseño de la investigación	45
Población	46
Muestra	46
Técnica e instrumento para la recolección de datos	47
Validez	47

Confiabilidad	48
Procedimiento para la recolección de datos	49
IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS	50
Presentación y análisis de los resultados	50
V. LA PROPUESTA	69
Justificación	70
Objetivo General	70
Objetivos Específicos	71
Guía de triaje	72
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
Conclusiones	94
Recomendaciones	96
Referencias Bibliográficas	97
Anexos	102

LISTA DE TABLAS

TABLA

1. Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: evaluación inicial, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui. Primer semestre del año 2010.
2. Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: entrevista, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui. Primer semestre del año 2010.
3. Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: condiciones del paciente, que acude al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui. Primer semestre del año 2010.
4. Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: exploración física, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adulto de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui | Primer semestre del año 2010.

5. Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: clasificación, en el servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, Primer semestre del año 2010.

6. Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: Documentación del triaje, en el servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, Primer semestre del año 2010.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

1. Distribución Porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería relacionados con el indicador: evaluación inicial. Clínica Popular Jesús de Nazareth Puerto la Cruz 2010.
2. Distribución Porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería relacionados con el indicador entrevista. Clínica Popular Jesús de Nazareth Puerto la Cruz 2010.
3. Distribución Porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería relacionados con el indicador condiciones del paciente Clínica Popular Jesús de Nazareth Puerto la Cruz 2010.
4. Distribución Porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería relacionados con el indicador exploración física del paciente. Clínica Popular Jesús de Nazareth Puerto la Cruz 2010.
5. Distribución Porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería relacionados con el indicador clasificación del paciente. Clínica Popular Jesús de Nazareth Puerto la Cruz 2010.
6. Distribución Porcentual de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería relacionados con el indicador documentación del triaje del paciente. Clínica Popular Jesús de Nazareth Puerto la Cruz 2010.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



PROPUESTA DE UNA GUIA DE TRIAJE ESTRUCTURADO PARA LA CLASIFICACIÓN, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, A PACIENTES EN LA EMERGENCIA DE ADULTOS DE LA CLÍNICA POPULAR JESÚS DE NAZARETH, PUERTO LA CRUZ. PRIMER SEMESTRE 2010

Autores:

TSU Guerra Néstor
TSU Hernández Juana

Tutora:

Lcda. Carmen Dorila Rivas de Gómez

Fecha:

Noviembre 2010

RESUMEN

El presente trabajo de investigación establece como propósito principal proponer una guía de triaje estructurado para la clasificación, por el profesional de enfermería a pacientes en la emergencia de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, de Puerto la Cruz, Anzoátegui, Venezuela en el primer semestre del 2010. Desde el punto de vista metodológico la investigación es de tipo proyectiva, descriptiva y de campo con diseño transversal; la población estuvo constituida por 25 profesionales de enfermería por lo cual se trabajó con el 100% de la población en estudio. Para la recolección de información se utilizó como instrumento una guía de observación contentiva de 20 ítems de preguntas cerradas en escala dicotómica a la cual se le aplicó la técnica de confiabilidad Kuder-Richardson y la concordancia inter observador. La validez se midió a través del juicio de expertos. Se llegó a la conclusión que el profesional de enfermería cumple de forma limitada con la evaluación, entrevista, exploración física, clasificación, y registros del paciente por lo que se determina que los cuidados de enfermería en el área de emergencia son deficientes. Motivo por el cual se propone una guía de triaje para la clasificación de pacientes adultos por el profesional de enfermería en la sala de emergencia de adultos de la clínica popular Jesús de Nazareth.

Descriptores: Condiciones del Paciente, Interrelación Enfermera Paciente, Clasificación del Paciente Adulto, Guía de Observación, Guía de triaje.

INTRODUCCIÓN

La guía de triaje, es un instrumento que pretende ser de utilidad para los profesionales de enfermería a cargo de la clasificación de los pacientes que acuden al área de emergencias solicitando asistencia. Esta guía de triaje en particular surge de la inquietud de los autores ante la necesidad de que los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de emergencia del eje Barcelona-Puerto la Cruz puedan contar con un instrumento confiable que permita mayor objetividad en la difícil y delicada tarea de proporcionar asistencia en los saturados servicios de emergencia, propiciando que aquellos pacientes con mayor grado de urgencia sean atendidos los primeros.

El profesional de enfermería es en otros países del mundo, quien con mayor frecuencia realiza la clasificación de los pacientes dada la cualificación profesional y carácter humano y científico de esta disciplina. En Venezuela aun cuando no sea su responsabilidad directa, estos profesionales hacen triaje al jerarquizar las necesidades para priorizar la asistencia de aquellos que están bajo su cuidado.

En tal sentido parte de esta investigación se realiza para identificar las actividades que, en función de la clasificación de los pacientes, realizan los profesionales de enfermería de el área de emergencias de la “Clínica Popular Jesús de Nazareth” De igual modo el principal Objeto de la investigación es proponer una guía para ayudar al profesional de enfermería a realizar la clasificación de pacientes adultos, la cual no pretende imponer estilos ni restricciones, sino mas bien contribuir positivamente en la toma de decisiones.

El presente estudio está estructurado en capítulos que se presentan de la siguiente manera: Capítulo I, el problema, que incluye el planteamiento del problema, objetivo general, específicos y justificación del estudio. El capítulo II, marco teórico, contiene los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, el sistema de variable, la operacionalización de la variable y la definición de términos básicos. El capítulo III, marco metodológico, describe el diseño de la investigación, el tipo de estudio, la población, la muestra, método e instrumento para la recolección de datos, validez, confiabilidad, procedimiento para la recolección de datos. El capítulo IV en este segmento se expone los resultados de la recolección de datos en tablas y figuras con su respectivo análisis e interpretación. El Capítulo V, correspondiente a la propuesta de una guía de triaje estructurado, para la clasificación, por el profesional de enfermería, a pacientes en la emergencia de adultos. El capítulo VI, correspondiente a las conclusiones del trabajo investigado, y las recomendaciones sugeridas por los autores según los resultados de los mismos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

A partir de la década de los 50 y principios de los 60 en los Estados Unidos el sistema sanitario sufrió transformaciones radicales, la visita médica a los hogares de la gente fue quedando de lado cuando los galenos pasaron a reunirse en clínicas y hospitales con horarios establecidos con lo cual las personas comenzaron a acudir a la recepción de los centros hospitalarios solicitando atención. La concepción del hospital existente hasta esos momentos cambió de tal forma, que estos se convirtieron en centros dispensadores de servicios las 24 horas del día.

Como consecuencia de estas modificaciones los servicios de emergencia debieron lidiar con un flujo enorme de pacientes, muchos de los cuales acudían por problemas no urgentes; ante este número elevado de personas solicitando servicios se hizo imposible atender a cada uno en cuanto arribaban al centro. Esta situación hizo que se crearan sistemas de triaje hospitalario sumamente rigurosos.

En un artículo publicado en la revista "Emergencias" Gómez Jiménez (2003), expone que:

Durante los años 60, en los EEUU se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de

categorización (emergente, urgente y no urgente), que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro categorías (1995). Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica respecto a su utilidad validez y reproducibilidad como para ser considerados estándares del triaje estructurado. (p. 167)

Se infiere que los servicios de emergencia estadounidenses en la búsqueda por optimizar su respuesta frente a la creciente demanda de los usuarios, implementaron sistemas de triaje que fueron evolucionando a 3 y 4 niveles para la categorización de los pacientes; estos sistemas se mantuvieron hasta que comenzaron a perder credibilidad al ir apareciendo en los años 90, trabajos que desacreditaban su validez.

A partir de ese momento diversas sociedades científicas alrededor del mundo, se han esforzado por establecer escalas de triaje con 5 niveles de priorización con el objeto de ser aplicadas en forma segura dentro de modelos de triaje estructurado. Bajo estas circunstancias a principios de los 90 en Australia se consolidó la National Triage Scale for Australasian Emergency Departments (NTS) Gómez Jiménez (2003), sostiene:

La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, es la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización: Nivel 1-Resucitación, Nivel 2-Emergencia, Nivel 3-Urgente, Nivel 4 –Semiurgente, Nivel 5 No urgente. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS (p. 167)

La escala desarrollada en Australia es pionera en contar con 5 categorías para la clasificación de los pacientes y en su interés de alcanzar carácter universal e incluso ha influenciado las escalas de cinco niveles creadas posteriormente.

Por otra parte las causas que influyeron para que el aumento en el flujo de pacientes se elevaran parecen tener vigencia aun en la actualidad puesto que cotidianamente los establecimientos de salud públicos y privados se encuentran abarrotados por un número creciente de usuarios cuyas expectativas incluyen el recibir servicios seguros, aceptables, en el menor tiempo posible, económicos o de preferencia, gratuitos.

Este volumen de usuarios que satura los servicios de emergencia, hace necesario que la atención en estas dependencias se ofrezca enfocándose primeramente en aquellos pacientes cuyas patologías ponen su vida en riesgo inmediato; en tal sentido muchos servicios de emergencia alrededor del mundo, tomando medidas para optimizar los recursos se han decidido por el triaje estructurado, un sistema de clasificación para canalizar la atención médica dando prioridad a los enfermos con mayor riesgo o compromiso vital, como una manera de adecuar la respuesta de las áreas de emergencias a las exigencias asistenciales de los clientes.

Actualmente existen cinco escalas de triaje estructurado reconocidas, todas ellas en armonía con las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia: A saber 1- La Escala Australiana de Triage, implantada en las salas de urgencias Australianas desde el año 1993. 2- La escala Canadiense de Triage y Gravedad la cual fue introducida en Canadá a partir de 1995. 3- El Sistema de Triage de Manchester desarrollado en el Reino Unido en 1996. 4- El Índice de Gravedad de Urgencias, propio de los Estados Unidos de

América y desarrollado en esa nación en el año 1999. Y 5- El Modelo Andorrano de Triage que fuera aprobado en el principado de Andorra en el año 2000, del cual nace el Sistema Español de Triage (SET) como una adaptación de este al idioma español e implementado a partir de 2003 en el país ibérico.

Estas escalas se usan en diversos servicios de urgencias alrededor del mundo, con la participación de los profesionales de enfermería, quienes son los encargados de clasificar a los pacientes según el grado de urgencia que presentan al acudir al centro asistencial.

La experiencia en los países donde estos sistemas se han implementado, señala que contar con enfermeros y enfermeras profesionales que se hagan a cargo del triaje, es ventajoso en muchos aspectos: 1- Para el enfermo: La primera persona que saluda al paciente es un profesional de la enfermería capacitado, quien de forma competente realiza una evaluación del mismo. Este profesional identifica rápidamente a los pacientes que deben ser atendidos de inmediato, iniciando, de ser necesario, los primeros auxilios. Además donde los protocolos del centro lo permitan la profilaxis antitetánica, la analgesia y antipiréticos pueden ser administrados por el profesional que realiza el triaje e incluso este puede solicitar pruebas radiológicas y de laboratorio.

Así mismo para los pacientes que están en la sala de espera se realiza una reevaluación periódica para evitar deterioro de estos en dicha sala. 2- Para el familiar o acompañante: Mientras se realiza la evaluación el profesional de enfermería puede explicar al paciente y sus familiares el funcionamiento de la sala de emergencias, tranquilizarles en lo posible, y proporcionarles instrucciones e información. 3- Para la institución: Mejor uso

de los recursos humanos y materiales, la posibilidad de contar con una plantilla de profesionales de alto nivel que aseguran y mantienen el buen nombre de la institución cuyo prestigio aumentaría. 4- Para el profesional de enfermería: Este se vuelve experto, a la vez que tanto su capacidad de liderazgo así como el respeto y confianza en sus criterios, por parte del equipo de salud aumentan. De modo que en aquellos servicios donde se implementa el triaje estructurado o de 5 niveles, este se convierte en gran medida en una herramienta valiosa para asistir a los pacientes.

Por otra parte, según López, A y Rovira, E frente a estos sistemas de triaje se encuentran la Recepción Acogida y Clasificación (RAC) “en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañante en aras de una priorización en la atención médica” (p. 39) La RAC es el sistema propuesto por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), el cual define la actuación de enfermería en la atención a los pacientes que acuden a los centros dispensadores de salud, y que busca la priorización de la atención a los pacientes según el grado de la urgencia, independientemente de la escala de triaje implementada por el establecimiento. Aun cuando la SEEUE difiere en cuanto al uso del término “traje” la RAC no esta reñida con las escalas de clasificación sino que promueve el abordar al paciente en su clasificación desde la óptica de la enfermería.

Por otra parte, en Venezuela, los triajes suelen ser salas donde un médico general evalúa a los pacientes y decide su ubicación o derivación. Al visitar, dentro del eje Puerto la Cruz-Barcelona, algunos centros hospitalarios, se pudo constatar los sistemas que se implementan en dichos establecimientos para la clasificación de los pacientes. En el caso del Hospital Universitario Luís Razetti de Barcelona, existe una sala de triaje

donde la clasificación se realiza por especialidad médica. En el Hospital del Instituto Venezolano del Seguro Social César Rodríguez de Puerto la Cruz los pacientes, al igual que en la Clínica Popular Jesús de Nazareth de la misma ciudad, son atendidos según el orden de llegada.

En la mayoría de estos establecimientos el recibimiento de los pacientes está a cargo de médicos generales quienes se comunican con los especialistas cuando consideran que un paciente requiere la intervención o evaluación especializada.

Mención aparte, merece el sistema implementado en la Clínica Popular Jesús de Nazareth, centro donde se realiza el estudio y en el cual los pacientes son recibidos y registrados en una lista de espera a criterio del personal de recepción, constituido por una recepcionista y un oficial de protección integral (vigilante).

Cabe destacar que es en todo caso el profesional de enfermería quien debería recibir a los usuarios, a fin de aplicar la escala de clasificación pertinente, con el propósito de proporcionar cuidados oportunos, continuos y seguros que contribuyan a minimizar los riesgos y deterioro de salud de estas personas que acuden buscando recibir atención médica y por consiguiente cuidados de enfermería, para lo cual sería muy importante que estos profesionales cuenten con una guía que les permita realizar el triaje aplicando criterios homogéneos.

En cuanto a la Clínica Nazareth, este, es un centro de salud perteneciente al nivel II del programa Barrio Adentro, que cuenta con un área de emergencia de adultos al que acuden con frecuencia usuarios cuya salud se ve amenazada por: heridas por arma de fuego, complicaciones coronarias

y vasculares, politraumatismos, y heridas por arma blanca; siendo estas las causas de arribo más urgente pero no las únicas.

La población que atiende la sala de emergencias de esta clínica proviene en su mayoría de las barriadas populares del sur del municipio Sotillo, para lo cual la institución cuenta con personal de enfermería para los turnos de 7:00am a 1:00pm, 1:00pm a 7:00pm y 7:00pm a 7:00am.

En cuanto al personal médico, este está representado por médicos especialistas de cirugía, medicina interna y traumatología en los turnos matutino y vespertino. Durante la noche acude un traumatólogo y dos médicos residentes estos últimos para cubrir el área de medicina interna y cirugía respectivamente. Estructuralmente, además del área destinada para la emergencia de adultos, existe una sala para emergencias pediátricas, dos quirófanos, veinte camas de hospitalización para adultos y un área de ginecobstetricia; sumado a ello la institución posee servicio de ambulancias las 24 horas de los 365 días del año y está ubicado en una de las principales vías de acceso a la zona sur del municipio.

En un establecimiento de estas características, lo deseable sería contar con un sistema de triaje estructurado; el cual hasta ahora es inexistente en la institución; dándose la particularidad de que la clasificación de los pacientes es hecha por recepcionistas y oficiales de protección integral. Con el sistema que este centro mantiene vigente, y siendo que el profesional de enfermería debe ser un personal debidamente capacitado para asumir la clasificación de los pacientes propiciando la atención oportuna, eficaz y priorizada que según su grado de urgencia estos ameriten; se les desconoce, a estos profesionales, su capacidad a la vez que se dificulta la prestación de atención médica y cuidados de enfermería a aquellos usuarios que en función de su salud requieran dichos servicios de forma inmediata.

Ante la situación que se presenta en la clínica Nazareth surgen algunas interrogantes:

¿Cuáles son las acciones que realiza el profesional de enfermería en cuanto a la clasificación de los pacientes que acuden al servicio de emergencias? ¿Cómo podrían los profesionales de enfermería unificar criterios para la clasificación de los pacientes?

Dadas las interrogantes planteadas se desea investigar: ¿Cómo sería una guía de triaje estructurado para la clasificación, por el profesional de enfermería a pacientes en la emergencia de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Proponer una guía de triaje estructurado para la clasificación de pacientes adultos, por el profesional de enfermería en la emergencia de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, de Puerto la Cruz, Anzoátegui, Venezuela.

Objetivos Específicos

- Identificar las acciones que realiza el profesional de enfermería para la clasificación de pacientes adultos en la sala de emergencia.

- Diseñar una guía de triaje estructurado para la clasificación del paciente adulto, por el profesional de enfermería a en la emergencia de adultos

Justificación

Esta investigación es importante puesto que todo profesional de enfermería, especialmente aquellos que laboran en los servicios de emergencia deben ser profesionales capacitados para realizar la clasificación de los pacientes debido a que son ellos quienes, en general, realizan el primer abordaje del enfermo; quienes, en su rol de personal de salud, permanecen más tiempo al lado de este, y a quienes más fácilmente identifican los usuarios para solicitar información o ayuda. De modo que se hace imperativo que los profesionales de la enfermería que laboran en las salas de emergencia, estén preparados en cuanto a lo que a sistemas de triaje se refiere, a fin de identificar y clasificar a los pacientes en función del grado de urgencia que estos presentan al acudir al centro de salud.

Desde el punto de vista social es una necesidad debido a que el número de personas que solicitan atención en materia de salud en los servicios de emergencia, en muchas ocasiones exceden la capacidad de los centros asistenciales. Una manera de asegurar la atención de los pacientes con mayor riesgo vital es mediante la implementación de un triaje de 5 niveles debido a que el mencionado sistema contempla dentro de sus protocolos la reevaluación y vigilancia de los pacientes clasificados previamente mientras estos aguardan por el tratamiento médico definitivo a la vez que garantiza la atención inmediata para aquellos pacientes con mayor

grado de urgencia según su patología. Así mismo el contar con una guía para dicho proceso es vital para que los profesionales de enfermería puedan unificar criterios en cuanto a la clasificación de los pacientes e incluso este instrumento se convierte en un manual para consultar y resolver muchas de las dudas que pudieran surgir en la práctica

Desde el punto de vista práctico se beneficia a los pacientes puesto que estos son recibidos por profesionales competentes que determinaran el tiempo en que el enfermo debe ser atendido; les explicará, al enfermo y sus acompañantes, los pasos a seguir antes de la evaluación médica y le ubicará en el lugar más idóneo para la evaluación y tratamiento. De igual modo, la institución se beneficia puesto que por medio de un sistema de triaje de 5 niveles se adecua la administración de los recursos humanos y materiales, además que se desarrolla una plantilla de profesionales de alto nivel, quienes con su desempeño elevan tanto el prestigio de la misma como el nivel de satisfacción de los usuarios. Así mismo para los profesionales de enfermería que participan en la consolidación del triaje, esto implica el desarrollo de potencialidades puesto que se vuelvan más competentes y experimentados mejorando tanto en su actuación como en sus criterios de clasificación logrando que estos sean confiables y por ende respetados por todo el equipo de salud. Por otra parte al transcurrir el tiempo, la experiencia de estos profesionales podría ser de utilidad para enriquecer la guía de triaje y preparar a las generaciones de nuevos profesionales para tal tarea.

En otro orden de ideas, metodológicamente, este estudio puede servir de antecedente para futuros trabajos de investigación, cuyo enfoque este dirigido a la actuación de enfermería en cuanto a la clasificación de pacientes en las salas de emergencia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

A continuación se presentarán investigaciones relacionadas con el tema.

Internacionales

Berges Casas, E; Ceballos Aragón, J; Gómez de Terreros, I; Hierro Guilmain, F; Martín Cera, A; Núñez Fuster, J y Samalea Pérez, F. (2001) realizaron un estudio observacional, transversal de pruebas diagnósticas donde se construyó una escala de clasificación que se aplicó a los pacientes, a su arribo a la sala de urgencias; clasificándolos de Urgentes si precisaban atención en menos de una hora a su llegada (puesto que de no ser así su condición se agravaría) y NO urgentes para aquellos cuyas patologías no corría riesgo de agravarse aunque la atención se demorase una hora. Tras la valoración y tratamiento de los pacientes estos fueron calificados como Urgentes al alta o No urgentes al alta, en función de los diagnósticos finales y tratamientos que hubieren precisado. Esta clasificación fue usada por estos autores como patrón de referencia para evaluar la validez de la escala de clasificación. En el estudio se incluyeron 200 pacientes menores de 15 años que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Infanta Elena de Huelva, España a partir del 6 de febrero del año 2001. Excluyendo a aquellos que acudieran previa cita y aquellos que por motivos propios del servicio no pudiesen recogerse los datos en forma completa. En el estudio se evidenció

un predominio de pacientes con patologías traumatológicas e infecciones respiratorias altas y bajas, relacionadas con la estación en la que fue recogida la muestra; así como fiebre y patologías digestivas. En 17 pacientes hubo concordancia mediante la escala y el diagnóstico de ingreso y alta Urgente, mientras que en 180 pacientes hubo concordancia entre el diagnóstico No urgente al ingreso y al alta médica.

Aranguren, E; Capel, J; Elejalde, J; Jean, C; Larumbe, J y Solano, M. (2003) en un estudio descriptivo transversal estudiaron el porcentaje de urgencias en las que se les pudo aplicar la Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) de enfermería a los pacientes, en el servicio de urgencias del Hospital de Navarra, España; valorando la discrepancia entre la gravedad asignada por enfermería durante la RAC, de la que determinó el médico así como la opinión del médico sobre la actuación de enfermería respecto a las pruebas complementarias y protocolizadas en la RAC de dicho centro. Los resultados de la investigación arrojaron que la actuación de enfermería al asignar índice de gravedad fue acertada en un 95%; y que la actuación de estos profesionales respecto a las pruebas complementarias es considerada correcta por los médicos en un 95,2% de los casos. Los autores concluyen que la recepción, acogida y clasificación utilizada en el servicio de urgencias de Hospital de Navarra depende más del protocolo establecido que del profesional enfermero que la realiza, y que se podría disminuir aún más las discrepancias entre el criterio enfermero y médico utilizando una escala pentaestratificada y realizando revisiones periódicas de la RAC.

Cáceres, L; Canata, M; Dávalos, H; Figueredo, D; Ghezzi C; Kegler, J; León, D; Medina, J; Orue, C; Recalde, L y Rojas G. (2005) en un estudio observacional, descriptivo prospectivo; sobre 1122 niños que consultaron durante julio de 2005 desde las 07:00am las 16:00 horas de lunes a viernes

al servicio de urgencias pediátricas del Hospital Central del Instituto de Prevención Social (HCPIS) de Asunción, Paraguay. Se elaboro un listado de patologías y signos/síntomas a considerarse como urgente por gravedad y riesgo de compromiso vital. Denominando Prioridad 1 a aquellos que requerían atención inmediata y Prioridad 2 al resto. Los autores observaron que la media en el tiempo de espera estuvo en 10 minutos para P1 siendo la proporción atendida dentro de los primeros 30 minutos para P1 79,5% y el 36% para P2. El estudio arrojó que la implementación de un sistema de triaje en el HCPIS, permitió conocer que solo una cuarta parte de los pacientes, que acuden al servicio de urgencias en dicho centro, fueron clasificados como urgencia, y que tres cuartas partes de las urgencias fueron atendidas dentro de los 30 minutos inmediatos a su admisión.

Ordoñez Lopera, D. (2008) hace un estudio prospectivo observacional donde se analizan los tiempos de espera de enfermería y médicos de todos los enfermos atendidos en la sala de urgencias del Hospital General de Vic (HGV). Comparando los niveles asistenciales y tiempos reales del sistema de triaje usado en el HGV con los niveles asistenciales y tiempos teóricos definidos en el MAT, dando como resultado que los tiempos de espera teóricos del sistema MAT son significativamente inferiores a los del sistema HGV, y que este último no se adecua a los niveles establecidos en el MAT con respecto a los tiempos de respuesta de atención, así mismo se identificó un porcentaje significativo de pacientes infra/sobre valorados.

Nacionales

Gallardo, E; García, M; García, Y; Giménez, D y Vargas, E. (2001) en un estudio de tipo descriptivo con diseño de campo y corte transversal, dirigido a las enfermeras encargadas de coordinación y supervisión del Hospital

Antonio María Pineda de Barquisimeto, Estado Lara; se les aplicó una encuesta con preguntas en escala dicotómica para determinar la participación del personal de enfermería en el triaje hospitalario en caso de saldo masivo de víctimas; cuyo resultado, según estos autores, dio a conocer entre otros aspectos que el personal de enfermería de dicho centro tiene conocimiento limitado en cuanto al triaje y las técnicas del mismo, que la actuación de enfermería en caso de saldo masivo de víctimas se haría a criterio personal y no siguiendo planes difundidos y ensayados puesto que se desconocen los protocolos.

Bases Teóricas

Triaje o triage, procedente del francés trier cuyo significado podría interpretarse como la acción de seleccionar o elegir, es un término que viene usándose desde los tiempos de Napoleón Bonaparte, cuando los soldados heridos en batalla eran separados según la gravedad de sus heridas seleccionando los que podían salvarse y regresar a la lucha, de aquellos que tenían heridas mortales. Como sostiene Álvarez C. (2008) "Los Ejércitos napoleónicos fueron los primeros en aplicar la clasificación de sus bajas en el campo de batalla, siendo el cirujano militar Baron Dominique Jean Larre el padre de la moderna teoría del triage"(Pág. 121). De modo que se puede asegurar que el triaje es una práctica sanitaria importada del ámbito militar al civil en el cual ha evolucionado desde los inicios de su aplicación en la década de los 60 donde cada centro asistencial lo implementaba según criterios particulares. Actualmente en los hospitales se utiliza el término triaje para referirse al proceso de clasificación de los pacientes que acuden a los servicios de emergencia.

El triaje según Newberry, L. y Criddle, L. (2007)

Consiste en un proceso mediante el cual los pacientes que acuden al servicio de urgencias son clasificados rápidamente con el fin de distinguir entre aquellos que requieren atención médica de forma inmediata y aquellos que pueden esperar sin que ello ponga en riesgo su salud. (p. 65)

Se infiere que el triaje es un sistema que busca detectar a aquellos pacientes que requieren ser atendidos con mayor premura, sin que ello signifique detrimento de salud para otros pacientes. Por su parte Arcos, P; Del Busto, F; Martínez, E y otros, afirman que Triage es “un neologismo que equivale a selección o clasificación en función de una cualidad: Triar es clasificar.” (Pág. 15) Se infiere que el triaje de pacientes, implica una clasificación en función del grado de urgencia de los pacientes que acuden al hospital donde el factor determinante para asignar una categoría o nivel de prioridad al usuario es su condición o grado de urgencia.

En el mismo orden de ideas, Holterman, K. y Ross, A. (2003) sostienen:

La palabra francesa “triage” significa clasificar. La finalidad del triaje es priorizar el orden en el que se efectúa la evaluación médica, los estudios diagnósticos y el tratamiento. La meta es facilitar los resultados que evitaren defunciones de pacientes, disminuirán la discapacidad y reducirán los costos. (Pág. 161)

En otras palabras, un buen sistema de triaje hospitalario es aquel cuyo objeto es otorgar atención preferencial a aquellos usuarios con mayor riesgo de muerte o deterioro, lo cual se traduce en una serie de beneficios no solo

para el paciente que recibe atención priorizada, sino para la institución que hace un adecuado uso de sus recursos humanos y materiales.

Por otra parte algunas bibliografías hacen uso de la palabra “trriage” mientras otras emplean “triaje”. Aun cuando la Real Academia de la Lengua Española no registra o acepta ninguno de estos términos, se puede evidenciar, como afirma Gómez Jiménez (2003) “si que existe el verbo *triar*, que significa, entre otras acepciones: escoger, separar o entresacar.” (p 173) de lo cual se infiere que por su significado, sería *tría* o *triar* la palabra o verbo, en lengua castellana, más cercana al termino francés “trriage”, puesto que se conoce como *tría* a la acción o efecto de *triar* o *triarse*.

Con respecto al uso de las consonantes “j” o “g” el mismo autor menciona: “Dado que el sufijo *-aje* forma sustantivos que expresan acción, creemos que el término más adecuado en castellano, en correspondencia, con el término francés y anglosajón *trriage*, sería el de *triaje*.” (p. 173) de modo que en concordancia con las normas del idioma lo más acertado es emplear la palabra “triaje” siendo este el término usado por los autores del presente estudio.

En otro orden de ideas es conveniente acotar que existe también un *triaje* prehospitalario para la clasificación de víctimas de accidentes o catástrofes con respecto del cual Contreras, M; Restrepo, J; y Múnera, A. (2006) mencionan:

Se entiende por *triaje* el proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia; diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo. (p. 11)

Es decir, que aún teniendo en común la clasificación de los pacientes, el triaje prehospitario y el intrahospitalario guardan sus diferencias, de modo que el primero consiste en dar prioridad a las víctimas con mayores posibilidades de sobrevivir debido a las circunstancias en que se desarrolla; mientras, que el triaje hospitalario es aquel que ocurre en el centro asistencial, en donde se busca atender primero a aquellos pacientes con mayor riesgo de fallecimiento o discapacidad. En este estudio se aborda justamente este último.

Objetivos del triaje

Según Newberry, L.y Criddle, L. (2007) “El objetivo del triaje se puede definir de la siguiente forma: colocar a la persona adecuada, en el lugar adecuado en el momento adecuado.” (p. 65) se infiere que la razón primaria del triaje es garantizar la atención oportuna de los pacientes para lo cual es imperativo que los mas urgentes sean atendidos los primero mientras que para los pacientes en situación de espera se debe implementar un sistema de reevaluación hasta que sean valorados por un facultativo.

Dada esta definición se desprende que los objetivos del triaje son:

- a. Diferenciar los casos realmente urgentes de aquellos que no lo son, partiendo de un interrogatorio y una serie de protocolos establecidos para clasificar a los pacientes dependiendo de la gravedad de su estado y no del orden de llegada, de modo que sea el grado de urgencia el criterio que prevalezca para la atención de los usuarios asegurando al resto de ellos una reevaluación periódica aunque no presenten riesgo vital.

- b. Implementar técnicas iniciales básicas de ser necesario, como control de signos vitales, inmovilización de un miembro, o el taponamiento de hemorragias.
- c. Disminuir la ansiedad del paciente y su familia prodigando un trato amable, empático y cálido en un ambiente de confidencialidad y privacidad.
- d. Mejorar la calidad asistencial del área.
- e. Determinar el área mas adecuada para la atención del paciente.
- f. Optimizar el uso de los recursos tantos humanos como materiales de la institución. g- Proporcionar al paciente y su familia información sobre el probable tiempo de espera así como del tipo de estudios que se requieran su caso. En la consecución de estos objetivos el profesional de enfermería tiene una gran cuota de responsabilidad debido a que todos estos propósitos constituyen también las funciones que desempeña enfermería en el triaje, haciendo el cumplimiento de estas metas dependa en gran parte del desempeño de estos profesionales

Enfermería y triaje

Como se evidencia en los objetivos ya descritos del triaje, estos sistemas no persiguen realizar diagnósticos médicos, de modo que por su cualificación son los profesionales de la enfermería quienes por excelencia deben realizar esta tarea, al respecto:

Álvarez, A; Bragulat, E; Gómez, M y Soler, W. (2010) sostienen que:

Dado que el triaje no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia interobservador hallada en las diferentes

escalas ha resultado muy satisfactoria, el triaje es reivindicado desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad. (p 58)

Se infiere que los profesionales de enfermería debidamente capacitados son muy eficientes en la realización del triaje, y aun cuando existen sistemas que defienden que el triaje debe ser efectuado exclusivamente por el personal médico, actualmente es el profesional de enfermería quien con más y mayor frecuencia realiza el triaje; solos, asistidos por un médico en ocasiones y en otras con la ayuda de protocolos específicos, pero siempre muy profesionalmente. Cabe destacar que escalas como la australiana, canadiense, manchester e incluso el sistema americano han contado desde sus inicios con la participación de profesionales de la enfermería para su diseño y puesta en práctica.

Perfil del profesional de enfermería de triaje

El trabajar en el área de triaje de un servicio de emergencias puede ser una actividad demandante, puesto que esta zona estará muchas veces saturada por ruidos de distintos tipos tales como llantos, conversaciones, timbres telefónicos y las personas que acuden a estas dependencias suelen estar agitadas, nerviosas y ansiosas por lo que pudieran llegar a ser muy exigentes.

Por otra parte la responsabilidad de decidir quien debe ser atendido de primero y a quien se le puede mantener en espera sin que ello suponga riesgo requiere conocimientos y experiencia; en tal sentido Newberry, L.y Criddle, L. (2007) declaran que: "Un proceso de triaje rápido, correcto y

preciso requiere un personal de enfermería con la calificación profesional adecuada, formación y entrenamiento”.

Se infiere que el profesional de enfermería de las salas de emergencia debe poseer una sólida formación avalada por instituciones reconocidas, que incluya prácticas clínicas para el desarrollo de habilidades y destrezas.

Sería deseable que las instituciones sanitarias contaran con programas de formación continua en áreas como: la valoración, diagnóstico y cuidados integrales del individuo, en todas las etapas de la vida, en situaciones de urgencia; selección y priorización de la atención de pacientes en el ámbito hospitalario y situaciones de desastre, estabilización y reanimación de pacientes adultos y pediátricos, educación para la salud, bioética, y metodología de la investigación de modo que a estos profesionales con esta formación se les permita estar a la vanguardia en cuanto a técnicas y procedimientos para la atención de pacientes que acuden a las salas de emergencia a la vez que se les permitiría desarrollar capacidad resolutive, adaptación en situaciones de estrés, capacidad de liderazgo, toma de dediciones, flexibilidad, trabajo en equipo y técnicas para una comunicación efectiva.

Todo esto aduce a que los profesionales de enfermería deben contar con una formación académica y experiencia en el área de emergencia para ser considerados como posibles enfermeros de triaje, siendo lo mas idóneo es que se les prepare adicionalmente para esta responsabilidad familiarizándoles con el triaje estructurado y sus objetivos. En la medida que estos profesionales ganen experiencia, desarrollaran habilidades para saber aplicar la escala de clasificación, proporcionando una atención humana e individualizada a cada paciente.

Tipos de triaje

Triaje por niveles: como ya se ha mencionado, dentro del triaje hospitalario, se han descrito triajes de I, II, III, IV y V niveles. Aun cuando solo las escalas que cuentan con cinco niveles se consideran estándar del triaje estructurado, es conveniente mencionar las otras escalas que precedieron al triaje pentaestratificado y que se usan aun hoy en algunos centros:

Triaje de I nivel: Holterman, K. y Ross, A. (2003) denominan a este como de “inspección al paso” (p. 163) estos autores también señala que este “se trata de la impresión inicial que adquiere un profesional médico cuando ve por primera vez a un paciente.” (p. 163).

En estos sistemas tanto mas experiencia tenga el evaluador mayor pericia para realizar el triaje, sin embargo este tipo de triaje solo debe usarse en salas de emergencia de bajo volumen donde no existen problemas de espacio o de personal a modo de poder dedicar tiempo para resolver las situaciones que pudieran presentarse.

Triaje de dos niveles: Este sistema utiliza la impresión inicial a través de una sala de presentación del paciente con una enfermera de pretriaje. Según Holterman Op-cit “Los pacientes que obviamente requieren atención médica urgente, como se demuestra por la alteración en la vía respiratoria, la ventilación o circulación, se envían de inmediato al DE” (p. 164).

Estos sistemas clasifican al paciente en enfermo y no enfermo, dándosele prioridad a los primeros puesto que son los que evidencian deterioro bien sea por traumatismos o por enfermedad. En la segunda

categoría se clasifica a aquellos pacientes que no evidencian deterioro y que por tanto pueden esperar por la atención médica es luego de realizar la clasificación que el enfermero de triaje obtiene los signos vitales, antecedentes e información pertinente.

Triaje de tres niveles: en este sistema según Holterman, K. y Ross, A. (2003) “los pacientes se clasifican como: críticos, urgentes y no urgentes. Los pacientes críticos son los que requieren la intervención inmediata del médico” (p. 164).

Es decir, que los pacientes denominados críticos tienen la prioridad en la atención y su abordaje se hace de inmediato. Las otras dos categorías varían en cuanto al tiempo de atención según las políticas del centro. De este, sistema estos autores, refiriéndose a un estudio hecho en triajes de tres niveles dicen que los profesionales de enfermería que realizaba este tipo de triaje “mostraron escasa concordancia inicial, así como escasa concordancia en la prueba-reprueba” (p. 164)

Es decir que estos profesionales diferían en cuanto a los criterios de clasificación dando como resultado que si dos o más profesionales evaluaban al mismo paciente posiblemente cada uno le asignaría una categoría distinta. En consecuencia este tipo de triaje no es confiable.

Triaje de cuatro niveles: el triaje de cuatro niveles es aquel que según Holterman, K. y Ross, A. (2003) “clasifica las categorías en: emergente, agudo, urgente y “cuando sea posible”. Los plazos actuales varían de 0 minutos, 15-30 minutos y 30-60 minutos a 60-120 minutos respectivamente. Esta escala también carece de fiabilidad y reproducibilidad”. (p. 164).

A pesar de que hay un mayor número de categorías, los estudios realizados demuestran que estas escalas no son confiables puesto que en ausencia de protocolos bien definidos, a pacientes de características parecidas y con las mismas patologías se les pudieran asignar categorías de urgencia distintas, dependiendo del momento de la evaluación y/o del evaluador.

Triage de cinco niveles: Gómez Jiménez (2003) sostiene que la NTS, CTAS y el ESI, han sido sometidos a estudios por otros autores y han demostrado un alto nivel de concordancia entre médicos y enfermeras en la utilización de las respectivas escalas, y que las categorías de estos son I Resucitación, II Emergencia, III Urgencia, IV urgencia menor y V No urgencia. Con respecto al tiempo en las escalas pentaestratificadas Holtermann Op-cit sostiene que “Las categorías de triaje “tiempo de espera del médico” son: 0 minutos, 10 minutos, 30 minutos, 60 minutos y 2 horas respectivamente, desde la categoría del nivel 1 hasta la del nivel 5” (p. 164)

Al mencionar los tiempos de espera, puesto que en la realidad este criterio pudiera ser variable según la saturación del centro, conviene señalar que se refieren al deber ser, lo cual debe servir de orientación al realizar la práctica diaria del mismo, prueba de ello es que las escalas consideradas estándar del triaje pentaestratificado consideren rangos de tiempo de espera parecidos pero a la vez distintos entre si, sobre todo al referirse a las categorías III, IV y V.

En este punto, es valido mencionar que, junto a los ya descritos, coexisten dentro del ámbito hospitalario otros tipos de triaje tales como:

1. Triage no profesional: Al referirse al triaje no profesional Velandia, M (2002) menciona que es aquel realizado por una recepcionista o técnico, quien registra al paciente y lo envía a la sala de espera según su criterio. Este es el sistema usado en la clínica popular Jesús de Nazareth donde se realiza este estudio.
2. Triage básico: Velandia, M (2002) hace referencia a este tipo de triaje mencionando que es aquel realizado por un profesional de la enfermería quien tras valorar al usuario, determina las necesidades prioritarias de este y de acuerdo a ello le asigna un área de tratamiento.
3. Triage avanzado: Miró, O; Salgado, M y Sánchez, E (2008) mencionan que este tipo de triaje es realizado por un profesional de enfermería con ayuda de protocolos diseñados para tal fin, e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado, documentación y referencia a la valoración médica.
4. Triage médico: como su nombre lo indica este es realizado por un médico. Para Velandia, M (2002) esta función tiene como desventaja que a veces pudiera mezclarse con el tratamiento definitivo. La consecuencia de esto sería, en el mejor de los casos, que el triaje más que en una clasificación resultaría en una consulta apresurada.
5. Triage en equipo: En este tipo de sistemas, el profesional enfermero y el médico funcionan como equipo. En tal sentido Álvarez, A; Bragulat, E; Gómez, M y Soler, W. (2010) afirman que “algunos estudios concluyen que el triaje de enfermería con apoyo médico es mas eficiente que el triaje de enfermería aislado sobre todos para los casos de alta urgencia y complejidad” (p. 58) O sea que en estos casos, enfermería cuenta con la ayuda de un médico para definir el grado de urgencia de aquellos pacientes de clasificación difícil.

6. Triage estructurado: refiriéndose a este, Gómez Jiménez (2003), sostiene: El concepto de triaje estructurado hace referencia a la disponibilidad de una escala de clasificación válida, útil y reproducible, y de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica en los servicios de urgencias, que permitan realizar la clasificación de los pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable (p 165-166)

Es decir que el triaje estructurado es aquel que implica el uso de una escala de cinco niveles, y se apoya en profesionales de alto perfil, herramientas tecnológicas disponibles, la configuración física del área y la evaluación objetiva de sus políticas y bienes para alcanzar su máximo rendimiento.

Proceso de triaje hospitalario

El proceso de triaje lleva implícita la clasificación de los pacientes, y debe ser efectuado por profesionales competentes en un tiempo prudencial a partir del momento en que este acude al centro hospitalario, en tal sentido Newberry, L. y Criddle, L. (2007) sostienen que: “La evaluación del paciente debe ser breve y hacerse sin demora. El objetivo debe ser someter a todos los pacientes a una evaluación inicial a los 5 minutos, como máximo de llegar al SU” (p. 73)

Se infiere que los usuarios deben ser triados en un período corto y en lo posible de inmediato a su arribo al departamento de emergencias. Esta evaluación pudiera iniciarse en la sala de espera o pasillo y continuarse en la

sala de triaje a menos que el profesional considere que el paciente deba pasar de inmediato a una cama iniciándose así las intervenciones oportunas.

Evaluación inicial

La evaluación inicial comienza en el pasillo o en la sala de espera, cuando el profesional de enfermería ve por primera vez al paciente, para lo cual, según Newberry, L.y Criddle, L. (2007) “debe observarlo atentamente y vigilar la presencia de ruidos u olores anormales” (p. 73)

A medida que ganan experiencia, Los profesionales de enfermería pueden con solo esta evaluación inicial, decidir si el paciente requiere o no atención inmediata, estos profesionales aprovechan este tiempo para observar la respiración del paciente o la ausencia de la misma, el uso de dispositivos para respirar, permeabilidad de la vía aérea, el nivel de conciencia, deformaciones, estado de la piel y comportamiento general; así mismo escuchar ruidos en las vías respiratorias, forma de hablar, tono lenguaje e interacción con otras personas; además a la vez pueden percibir olores provenientes del paciente tales como orina, heces, vómitos, alcohol, suciedad, tabaco o químicos, El profesional decidirá si el paciente debe ser llevado o no a una de las camas para recibir tratamiento inmediato o si se encuentra estable, en cuyo caso el proceso de triaje continúa dando paso a una evaluación secundaria o entrevista de triaje, la cual tendrá lugar en una sala preparada para tales efectos .

Entrevista de triaje

La entrevista de triaje o evaluación secundaria da inicio cuando el profesional de enfermería entra en contacto con el paciente y se identifica

como tal ante este y sus familiares Newberry, L.y Criddle, L. (2007) “Durante esta corta entrevista, la enfermera determina cuáles son los síntomas principales que refiere el paciente y hace una anamnesis breve. Basándose en esta información, a continuación, realiza una evaluación rápida y toma las constantes vitales” (p. 74).

En el breve tiempo de la entrevista, el profesional de enfermería establece una relación armónica con el paciente y sus familiares, identificándose ante éstos y aprovechando para obtener la información pertinente en cuanto al problema de salud por el cual acuden así como algunos datos del paciente como nombres, edad y antecedentes personales de salud teniendo cuidado de recoger la información referida a los síntomas, usando las mismas palabras del paciente y realizando las preguntas pertinentes para comprender lo que el usuario realmente quiere decir:

Constantes vitales: En cuanto a los signos vitales, Newberry, L. y Criddle, L. (2007) mencionan, citando a otros autores, que “...Cooper et al estudiaron más de 14.000 pacientes, y llegaron a la conclusión de que el registro de las constantes vitales era una parte importante del proceso de toma de decisiones durante el triaje en ciertas poblaciones vulnerables de pacientes” (p. 175).

Se infiere que en ciertas poblaciones de pacientes el control de los signos vitales puede resultar muy útil al momento de asignar al paciente un grado de urgencia pudiendo asignarse un nivel más alto a aquellos enfermos que evidencien cifras fuera de los parámetros considerados normales.

Estas autoras también refieren que “en el protocolo de triaje de cada SU se debe especificar en qué momento del proceso se deben registrar las constantes vitales, si es que el registro se considera necesario” (p. 75).

El control de los signos vitales durante la entrevista debe limitarse en función de las manifestaciones emitidas por el propio paciente y percibidas por el profesional de enfermería, así mismo la atención de un paciente que requiere atención urgente debe tener prioridad sobre el registro de las constantes vitales u otros datos.

De igual modo en lo referente a la evaluación física los síntomas mencionados por el paciente son las directrices para realizar la palpación, auscultación y percusión tomando siempre en cuenta las razones que llevan a que el paciente solicite la atención en el servicio de emergencias.

El profesional de enfermería debe aprovechar el momento de la entrevista para detectar necesidades a fin de iniciar los cuidados del paciente, asumiendo una actitud holística y proporcionando un trato empático, humanizado y personalizado al enfermo y sus familiares quienes pudieran recibir orientación u información en este y otros momentos de la estadía del paciente en el área de emergencias.

Clasificación de la gravedad del estado del paciente

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias SEEUE (2004) afirma que: “la clasificación es el momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente y que deriva en una actuación concreta” de lo cual se infiere que la clasificación es el momento en que se asigna un nivel de urgencia al enfermo

para lo cual es imperativa 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 respuesta material y humana, que presenta cada unidad asistencial siendo esta tarea parte importante de la actuación de los profesionales de enfermería.

En el mismo orden de ideas, refiriéndose a la clasificación Gómez Jiménez (2003), menciona: “dado que en las modernas escalas de triaje de 5 categorías no se establecen diagnósticos médicos, y que todas ellas han demostrado un buen índice de concordancia interobservador, en todos los países donde se aplican esta función recae sobre enfermería” (p. 167).

En este sentido se puede decir que los profesionales enfermería están en plena capacidad de asumir la clasificación de los pacientes, propiciando la atención oportuna, eficaz y priorizada que estos ameriten y la experiencia en países como Canadá, Australia, Gran Bretaña, Estados Unidos y España lo demuestran ampliamente.

Esta clasificación debe hacerse en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente, o acompañantes, en aras de una priorización en la atención médica y de cuidados de enfermería ofreciendo un abordaje integral del enfermo en cuanto a sus manifestaciones físicas y emocionales. El profesional de enfermería encargado del triaje, luego de completar la valoración determinará cuanto tiempo amerita cada paciente para ser examinado por un médico asignándole para ello un nivel en la escala pentaestratificada siendo conveniente que el profesional se pregunte ¿Cuánto tiempo amerita esperar esta persona para su revisión médica y tratamiento definitivos? Para dar respuesta a dicha interrogante es necesario que el profesional de enfermería sea objetivo en cuanto a las necesidades del

paciente y el tiempo real para la evaluación médica al asignar el grado de urgencia.

Las categorías o niveles del triaje estructurado son las siguientes:

Nivel I: Este nivel según Gómez Jiménez (2003) “se vincula a situaciones que requieren resucitación” (p. 170). Se infiere que esta categoría se reserva para pacientes cuya asistencia es inaplazable y tanto el personal médico como de enfermería darán atención inmediata y sin demora.

Nivel II: En este escalafón se ubica, según Gómez Jiménez (2003), a los pacientes en estado de emergencia o mucha urgencia con “riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente indiscutiblemente del tiempo. Son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso” (p. 170). Se infiere que a aquellos pacientes con alteración en las constantes vitales y/o con dolor severo, quienes potencialmente podrían empeorar a medida que transcurra el tiempo sin recibir atención sanitaria definitiva se catalogan en esta categoría. La demora para la atención médica de estos pacientes no debe exceder los 15 minutos.

Nivel III: En este nivel se ubica, dicen Álvarez, A; Bragulat, E; Gómez, M y Soler, W. al paciente cuya situación es “urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas”. (p. 57).

Es decir aquellos con signos vitales dentro de los parámetros normales, quienes podrían requerir varios exámenes complementarios para su diagnóstico y cuyos cuadros podrían empeorar si no se les realizan dichas

evaluaciones y se les trata oportunamente. La demora para la atención médica en este tipo de pacientes no debe exceder los 60 minutos.

Nivel IV este nivel lo constituyen dice Gómez Jiménez (2003) las “situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de complejidad-urgencia significativa” (p. 171) se infiere entonces que estos pacientes requieren una exploración diagnóstica/terapéutica pero no tienen riesgo vital. La demora para atención médica de estos pacientes puede prolongarse hasta un máximo de 120 minutos.

Nivel V este escalafón está constituido por las situaciones no urgentes, estos en general dice Gómez Jiménez (2003) “no requieren exploración diagnóstica y/o terapéutica y que nos pueden permitir una espera de hasta 4 horas para ser atendidas sin riesgo para el paciente” (p. 171).

Es decir que estos, son pacientes que podrían ser reprogramados para su atención sin que ello suponga un riesgo para el usuario, pudiendo su atención demorar hasta en 240 minutos, según la disponibilidad del servicio.

El nivel de triaje asignado determinará el orden en que los pacientes serán atendidos siendo deseable que para las categorías III, IV y V la espera de atención no se prolongue hasta el límite, aunque esto va a depender de la saturación del área.

A fin de evitar deterioro de los pacientes en período de espera el profesional de enfermería de triaje minimiza este riesgo como menciona, Gómez Jiménez (2003), “mediante un control visual continuo, y unas reevaluaciones periódicas y modificaciones del nivel del triaje” (p. 171).

Se infiere que dado que existe el riesgo de deterioro e incluso muerte de los pacientes en situación de espera, deben haber reevaluaciones para todos los pacientes de modo que para los del nivel I la reevaluación debe ser continuas, mantenido un monitoreo y vigilancia constante del paciente; para los del nivel II las reevaluaciones se harán cada 15 minutos; cada 30 minutos a los del nivel III, cada 60 minutos a los del nivel IV y cada dos horas para los del nivel V. Durante estas reevaluaciones los profesionales de enfermería deben buscar signos de deterioro siendo aconsejable que a los pacientes reevaluados una vez, se les considere en el nivel superior siguiente para las reevaluaciones sucesivas.

Los profesionales de la enfermería encargados de la clasificación deben saber que a cada nivel de triaje pentaestratificado le corresponde una serie de manifestaciones clínicas, a fin de clasificar a cada enfermo según el grado de urgencia correspondiente. Si el nivel de triaje inicial es correctamente asignado está implícito que en general habrá una buena evolución en todo el proceso de atención del paciente por tanto, se deben evitar en lo posible el sobretriaje y el subtriaje.

De igual modo, siendo que el nivel de urgencia que se le asigna a un paciente tiene repercusión sobre las actuaciones posteriores los profesionales de enfermería deben decidir qué lugar es el más apropiado para la ubicación de los pacientes tomando en cuenta el margen de inicio de las actuaciones de cuidados de enfermería y atención médica, así como la seguridad y confort del paciente. En todo caso tal y como aconsejan Holterman, K. y Ross, A. (2003) "El error siempre debe inclinarse hacia la cautela" (p. 166).

De modo que los profesionales de enfermería deben ser cuidadosos al momento de asignar el nivel de urgencia, ser objetivos en cuanto al tiempo real entre el triaje y el inicio de la evaluación facultativa e incluso solicitar ayuda médica para asignar un nivel de triaje cuando reciba a pacientes de catalogación difícil a fin de garantizar una intervención oportuna a cada paciente.

En este punto y dado que la clasificación está directamente relacionada con el grado de urgencia o emergencia, es conveniente discriminar la una de la otra.

Urgencia

Según Morillo, J (2007) es “la sensación subjetiva de demanda de asistencia sanitaria de forma rápida sentida por un individuo, que objetivamente puede ser diferida en asistencia al menos 6 horas desde el momento de su aparición. (p. 2).

Se infiere que en estos casos el individuo o bien sus familiares perciben un problema que les hace acudir al servicio de emergencias en busca de ayuda, más sus expectativas tienen fundamento en su propia percepción del problema.

El profesional de enfermería encargado del triaje, puede hacer uso de la empatía, durante la entrevista, a fin de tranquilizar en lo posible al paciente y sus familiares para ayudarles a disminuir los niveles de ansiedad ofreciendo orientación sobre el tiempo de espera e incluso iniciando ciertas acciones en preparación para la evaluación médica del paciente. Se ha de tener en cuenta que cualquiera que sea su motivo de consulta, para el

paciente y/o familiares, este es considerado por ellos como una emergencia por lo cual el profesional de enfermería debe mantener una actitud que contribuya a la comunicación efectiva y que no induzca a la confrontación; en muchos casos para el paciente el solo hecho de saber que está en manos profesionales representa un alivio, más los profesionales de enfermería que se encargan del triaje deben estar atentos a cualquier signo de agresividad por parte de los usuarios y de sentirse amenazados deben interrumpir la entrevista y buscar ayuda para lo cual es muy importante que estén familiarizados con los dispositivos de seguridad del centro.

Emergencia

Morillo, J (2007) sostiene que “la definición de emergencia determina una situación que requiere asistencia inmediata, para mantener la vida del individuo, o evitar la aparición de graves secuelas”. (p. 2).

Se infiere entonces que la emergencia es toda condición que por poner en riesgo la vida o la integridad física del paciente, la cual amerita la asistencia del mismo en forma inmediata. Las situaciones de emergencias y urgencias constituyen los niveles I, y II de la atención de las salas de emergencia respectivamente. En estos niveles debido al grado de urgencia que tienen los enfermos clasificados en los tales, se obvian algunas partes del triaje, procediendo a la clasificación y atención activando los sistemas del centro para tales casos. Cabe destacar que al realizar el triaje el profesional de enfermería busca detectar los pacientes en situación de riesgo y clasificarlos de modo que tengan prioridad aquellos con mayor compromiso vital.

Documentación del triaje

El proceso de triaje debe ser registrado por lo que resulta conveniente que cada centro mantenga normas específicas para la documentación del mismo. Uno de los objetivos del registro de triaje es, según, Newberry, L.y Criddle, L. (2007) “justificar el nivel de gravedad que se ha hecho.” (p 80).

Se infiere que en el proceso de triaje debe ser documentado en forma clara y concisa de modo que se asiente en forma veraz el resultado de la evaluación a fin de acreditar la decisión del profesional al clasificar al paciente en un nivel u otro.

Las anotaciones deben incluir fecha y hora de arribo del paciente al área de emergencias, así como la hora en que se inicia la entrevista de triaje, datos personales del paciente tales como nombre, apellido, edad, sexo, motivo de consulta antecedentes de salud, nivel de clasificación constantes vitales, acciones emprendidas, hora y resultado las reevaluaciones, datos subjetivos y objetivos de la evaluación, paraclínicos que se soliciten, y nombre y firma del profesional que realiza el triaje.

Control de infecciones

Inevitablemente, las salas de emergencia recibirán a poblaciones de pacientes de todo tipo aun hasta exceder las capacidades del centro para admitirlas, tratarlas o mantenerlas. Ante esta situación es comprensible que estas dependencias sean en ocasiones puerta de entrada para pacientes con enfermedades contagiosas por lo cual el personal de enfermería de triaje debe observar medidas para el control de las infecciones, Newberry, L.y Criddle, L. (2007)

La evaluación de cualquier paciente debe siempre realizarse teniendo en mente la posibilidad de que sufra una infección. Cuando se sospecha que el paciente tiene una enfermedad contagiosa, deben tomarse las medidas de precaución pertinentes para evitar el contagio de los demás pacientes, del personal y de los visitantes (p. 82)

El profesional de enfermería de triaje debe estar atento a las manifestaciones clínicas de los pacientes que pudieran hacerle pensar en un posible caso de enfermedad infecciosa, es muy importante que estos profesionales dispongan de facilidades para el lavado de manos antes y después de atender a cada paciente, a fin de minimizar los el riesgo de contagio para otras personas, estas medidas se deben implementar para proteger a terceras personas y al paciente mismo, como en el caso de los pacientes inmunosuprimidos a quienes debe tratar de evitar contacto con personas que estén pasando por procesos virales, La desinfección de las camas o divanes después de ser usados por un paciente sospechoso y antes de asignárselo a otro usuario e incluso el uso de guantes. Si un paciente va ser colocado en aislamiento, o se le pide que use un mecanismo de barrera como una mascarilla, el profesional de enfermería le debe explicar de la mejor manera posible las razones por las cuales se toman tales medidas. Una vez que se han indagado los datos suficientes sobre el paciente y se le ha clasificado, se le debe ubicar en el área que reúna las mejores condiciones para que pueda recibir tratamiento sanitario.

Sistema de variables

Variable: Guía de triaje estructurado para la clasificación de pacientes en la emergencia de adultos.

Definición conceptual: una guía de triaje estructurado es un instrumento cuya utilidad esta dirigida a sostener, como asegura Gómez Jiménez (2003) “la disponibilidad de una escala de clasificación valida, útil y reproducible, y de una estructuración profesional y tecnológica en los servicios de urgencias, que permitan realizar la clasificación de los pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.” (p. 165-166)

Definición operacional: Es un instrumento utilizado por el profesional de enfermería, para seleccionar a los pacientes y proporcionarles atención priorizada en función del grado de urgencia.

Operacionalización de la variable.

Variable: Guía de triaje estructurado para la clasificación de pacientes en la emergencia de adultos.

Definición Operacional: Es un instrumento utilizado por el profesional de enfermería, para seleccionar a los pacientes y proporcionarles atención priorizada en función del grado de urgencia, determinado a partir de una evaluación inicial, la entrevista de triaje, la clasificación y documentación del triaje.

Dimensión	Indicador	Sub Indicador	Ítem
Evaluación inicial: es la apreciación que comienza en la sala de espera, cuando el profesional de enfermería observa por primera vez al paciente determinando si este debe recibir atención inmediata de enfermería.	-Atención inmediata de enfermería: en la sala de emergencia corresponde al criterio con que estos profesionales realizan diagnóstico previo y derivación al área correspondiente.	-Diagnostico previo -Derivación al área correspondiente	1,2 3
Entrevista de triaje: se refiere al momento en que el profesional de enfermería entra en contacto con el paciente y su familia para entablar una comunicación efectiva.	Comunicación efectiva: Se refiere al intercambio de información del profesional de enfermería con el paciente y sus familiares tomando en cuenta identificación del profesional, interrelación enfermero paciente y familiar, motivo de consulta, antecedentes de salud, valoración de	-Identificación del profesional. -Interrelación Enfermero/paciente- familiares del paciente. -Datos del paciente. Nombre y apellido Edad Sexo - Motivo de consulta. - Antecedentes de salud	4 5 6,7 8 9

	los signos vitales, exploración física e información al paciente y sus familiares.	del paciente. Alergias, Patologías de base Uso de fármacos -Valoración de signos vitales. Presión arterial Pulso Frecuencia respiratoria Temperatura - Exploración física Palpación Auscultación Percusión ´	10 11 12 13 14 15 16
Clasificación del estado del paciente: es el momento en el que el profesional de enfermería asigna un nivel de urgencia al paciente siguiendo criterios para establecer un nivel I, II, III, IV o V según las condiciones del mismo, e incluye la reevaluación.	Nivel I Nivel II Nivel III Nivel IV Nivel V Reevaluación	Resucitación Emergencia Urgencia Urgencia menor No urgencia	17,18 17,18 17,18 17,18 17,18 19

<p>Documentación del triaje: es el asiento que realiza el profesional de enfermería del proceso de triaje para justificar el nivel de gravedad que se ha asignado al paciente el cual constituye un registro.</p>	<p>Registro: Documento donde el profesional de enfermería realiza anotaciones de la información mas relevante del paciente y su evaluación referida a los hallazgos en la misma.</p>	<p>Hallazgos</p>	<p>20</p>
--	---	------------------	-----------

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Acuidad: Agudeza, intensidad de un mal.

Anamnesis: Reunión de datos relativos a un paciente médico o psiquiátrico, que comprenden antecedentes familiares y personales, experiencias, y en particular, recuerdos que se usan para analizar su situación.

ATS: Escala australiana de triaje, por sus siglas en inglés.

Coexistir, coexisten: Dicho de una persona o cosa: existir a la vez que otra.

Concordancia interobservador: Se refiere a la consistencia entre dos observadores independientes sobre una medida practicada en el mismo individuo. Para asegurar la independencia de las medidas entre ambos observadores, ninguno de ellos debe conocer el resultado proporcionado por el otro.

CTAS: Escala Canadiense de Triaje y Acuidad, por sus siglas en inglés.

Cualificación: Preparación para ejercer determinada actividad o profesión.

DE: Siglas correspondientes a Departamento de Emergencias.

Deterioro: Proceso por el que una condición empeora gradualmente.

ESI: Emergency severity Index; Índice de gravedad de urgencia, Por sus siglas en inglés.

MAT: Siglas de Modelo Andorrano de Triage.

MTS : Escala de triaje de Manchester por sus siglas en inglés.

Neologismo: Vocablo acepción o giro nuevo en una lengua. Uso de estos vocablos o giros nuevos.

NTS: Siglas correspondientes a Escala nacional de triaje, misma que posteriormente se llamaría Escala Australiana de triaje.

Reivindicar: Reclamar o recuperar alguien lo que por razón de dominio, cuasi dominio u otro motivo le pertenece.

Reproducibilidad: Es el porcentaje de acontecimientos en los cuales el mismo el mismo resultado puede producirse entre diferentes parámetros, como individuos o departamentos, dadas circunstancias similares en un escenario.

SET: Siglas de Sistema español de Triage.

Sobretriage: ocurre cuando el paciente es clasificado en un nivel de mayor urgencia al que le corresponde.

SU: Siglas correspondientes a Servicio de Urgencias

Subtriaje: ocurre cuando el paciente es clasificado en un nivel de menor urgencia al que le corresponde.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico consiste en la descripción de cómo se realizó la investigación tipo de estudio, la población y la muestra, instrumento, validez, confiabilidad, procedimiento para la recolección de datos.

Tipo de Investigación

La presente es una investigación de tipo proyectiva puesto que este tipo de trabajo como dice Hurtado, J (2010) “propone soluciones a una situación determinada a partir de un proceso de indagación. Implica explorar, describir, explicar y proponer alternativas de cambio, mas no necesariamente ejecutar la propuesta” (p. 114).

Este estudio cumple con estas características puesto que explora bibliográficamente el triaje, describe las características del mismo y busca proponer una guía de triaje estructurado para el profesional de enfermería en la sala de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth de Puerto la Cruz, dicho proyecto se fundamenta en un estudio descriptivo con diseño de campo.

Diseño del estudio.

El diseño dice Arias, F (2006) “es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado” (p. 26). Lo cual tiene implícito un plan que se desarrolla con miras a dar respuesta al problema en sí. En el caso del presente estudio esta es una investigación de campo, no experimental puesto que esta es aquella que consiste, en la recolección de datos como sostiene Arias, F (2006) “directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. De allí su carácter no experimental” (p. 31).

Población

La población según Arias, F (2006) “es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación.” (p. 81)

Para la realización de este estudio se tomo como población a la totalidad de los profesionales de enfermería que laboran en la sala de urgencias de la clínica Nazareth en los turnos de la mañana, tarde y noche.

Por ser una población cautiva se aplicó el instrumento a la totalidad de los profesionales.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Una vez seleccionado el diseño de investigación y la muestra, se continuó con la etapa de recolección de los datos. Según Arias, F. (2006) la técnica es “el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p. 67).

Para esta investigación se planteó una guía de observación destinada a obtener respuestas sobre el problema de estudio y que los autores llenaron mientras observaban la actuación de los profesionales de enfermería durante la jornada diaria. La guía de observación usada consta de 20 Ítems con alternativas de respuesta SI y NO, con la finalidad de obtener la información necesaria de la variable a estudiar Hernández S. y otros (2000) refieren que el instrumento “es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información” (p. 198), por lo que se deduce que el método e instrumento es una herramienta que facilita la obtención de la información deseada para el estudio.

El proceso de observación fue aplicado en tres oportunidades a cada profesional..

Validez

Según Hungler, B. y Polit, D. (1999) la validez constituye un “criterio de importancia para evaluar la idoneidad de un instrumento cuantitativo; denota el grado en que el instrumento mide lo que se supone que debe medir.” (p. 399).

Para dar constancia de que el instrumento cumple con su propósito, se sometió al juicio de expertos en emergencias a saber una enfermera de emergencias, un médico especialista en emergenciología, ambos especialistas relacionados con el área de la docencia y cuyas sugerencias fueron tomadas en cuenta para estructurar el instrumento en forma definitiva

Confiabilidad

Para Hungler, B. y Polit, D. (1999) “La confiabilidad de un instrumento es el grado de congruencia con que mide el atributo para el que está diseñado.” (p. 393)

Dicho en otras palabras, la confiabilidad está referida al grado de suficiencia con que el instrumento arroja información correspondiente al evento que se pretende medir, en forma exacta. Para la confiabilidad se aplicó el coeficiente Kuder Richardson, obteniéndose un índice de confiabilidad de 0.80, que hizo considerar al instrumento como confiable.

Para el cálculo de la confiabilidad se utilizó la concordancia entre observadores, realizándose para ello una prueba piloto a 05 profesionales de enfermería en la emergencia pediátrica de la institución en estudio por considerarse similares tanto las características del personal como las de ambos servicios. El índice de confiabilidad fue de 0.80 de modo que se consideró confiable para su aplicación.

Procedimiento para la recolección de datos.

Para la recolección de los datos se procedió a la redacción de una carta dirigida a la dirección de la institución donde se realizó la investigación, y una vez obtenida la aprobación, se informó a los supervisores inmediatos de la población en cuestión los profesionales de enfermería de la sala de urgencias de adultos de la institución de los turnos 7am a 1pm, 1pm a 7pm y 7pm a 7am. y a los propios profesionales.

A continuación se presentan los resultados en tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se hace referencia a la presentación y análisis de los resultados de la investigación relacionada con la variable: triaje estructurado para la clasificación de pacientes adultos en la emergencia.

TABLA N°1

Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: evaluación inicial, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.

Alternativas Ítems	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1. ¿Recibe al paciente a su arribo al servicio de emergencias?	08	32%	17	68%	25	100%
2. ¿Realiza un diagnostico previo de las condiciones del paciente al llegar este al servicio de emergencia?	07	28%	18	72%	25	100%
3. ¿Realiza la derivación según las condiciones del paciente?	10	40%	15	60%	25	100%

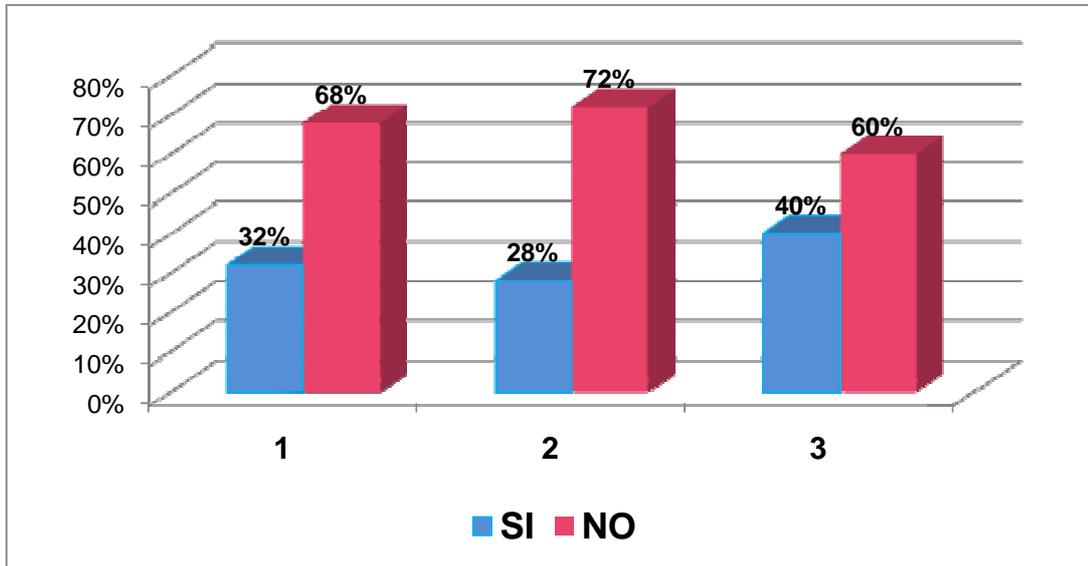
Fuente: Instrumento aplicado.

Análisis de la Tabla N° 1

Los resultados que ofrece el presente cuadro evidencian que en el ítem número uno el 32% del personal de enfermería recibe al paciente al llegar a la emergencia y el 68% no lo recibe de igual forma se puede observar que el 72% de las enfermeras no realiza un diagnóstico previo de las condiciones del paciente, respecto a la derivación según las condiciones del paciente un 60% de los profesionales no lo realiza, cabe destacar que la evaluación inicial es importante puesto que con ella se determina si el paciente debe recibir atención inmediata del personal de enfermería con el fin de evitar complicaciones o daños irreversibles.

GRÁFICO N° 1

Distribución porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: evaluación inicial, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N°2

Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: entrevista, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.

Alternativas Ítems	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
4. ¿Se identifica como tal ante el paciente y sus familiares?	13	52%	12	48%	25	100%
5. ¿Establece interrelación con el paciente y sus familiares?	18	72%	07	28%	25	100%
6. ¿Indaga los datos personales del paciente?	17	68%	08	32%	25	100%
7. ¿Se dirige al paciente llamándole por su nombre?	07	28%	18	72%	25	100%
8. ¿Indaga el motivo de consulta del paciente?	18	72%	07	28%	25	100%
9. ¿Indaga sobre los antecedentes de salud del paciente?	10	40%	15	60%	25	100%

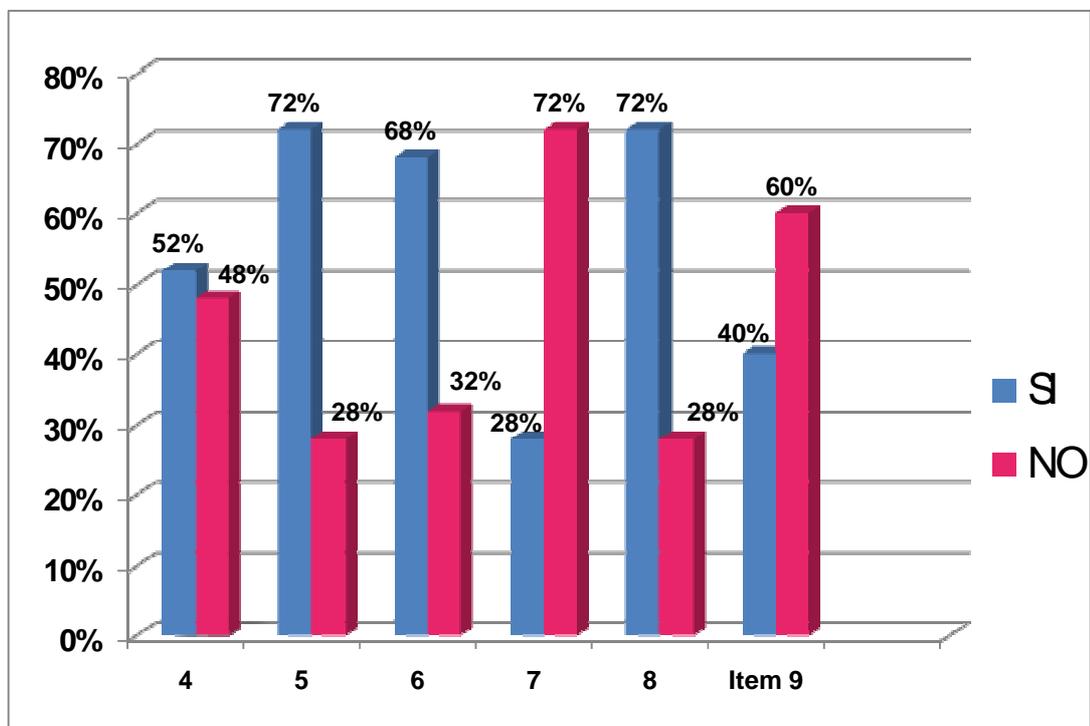
Fuente: Instrumento aplicado.

Análisis de la Tabla N° 2

En este cuadro se evidencia en el ítem N° 4 que el 52% de los Profesionales de enfermería observados se identifica con el paciente y sus familiares, el 68% indaga los datos personales del paciente y el 72% de estos profesionales interrelacionan tanto con el paciente como con sus familiares, en el mismo orden de ideas el 72% indagan el motivo de consulta del paciente. Cabe destacar que la entrevista da inicio cuando el profesional de enfermería entra en contacto con el paciente y se identifica como tal ante este y sus familiares, determina cuáles son los síntomas principales que refiere y hace un breve interrogatorio. Debe establecerse una relación armónica por lo cual es importante que la enfermera (o) llame por su nombre al paciente destacándose en el ítems N° 7 que el 72% no lo realiza, es una forma de crear confianza para obtener la información pertinente en cuanto al problema de salud por el cual el paciente acude a la emergencia, así como algunos datos entre los cuales se destacan nombre, edad, dirección entre otros. Igualmente el 60% de los investigados no identifican datos importantes en relación a los antecedentes personales de salud, lo cual puede traer como consecuencia errores en el diagnóstico y tratamiento.

GRÁFICO N°2

Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: entrevista, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.



Fuente: Tabla N°2

TABLA N°3

Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: condiciones del paciente, que acude al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.

Alternativas Ítems	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
10. Según las condiciones del paciente ¿valora la presión arterial?	24	95%	01	5%	25	100%
11. Según las condiciones del paciente ¿valora el pulso?	05	20%	20	80%	25	100%
12. Según las condiciones del paciente ¿valora la frecuencia respiratoria?	05	20%	20	80%	25	100%
13. Según las condiciones del paciente ¿valora la temperatura?	05	20%	20	80%	25	100%

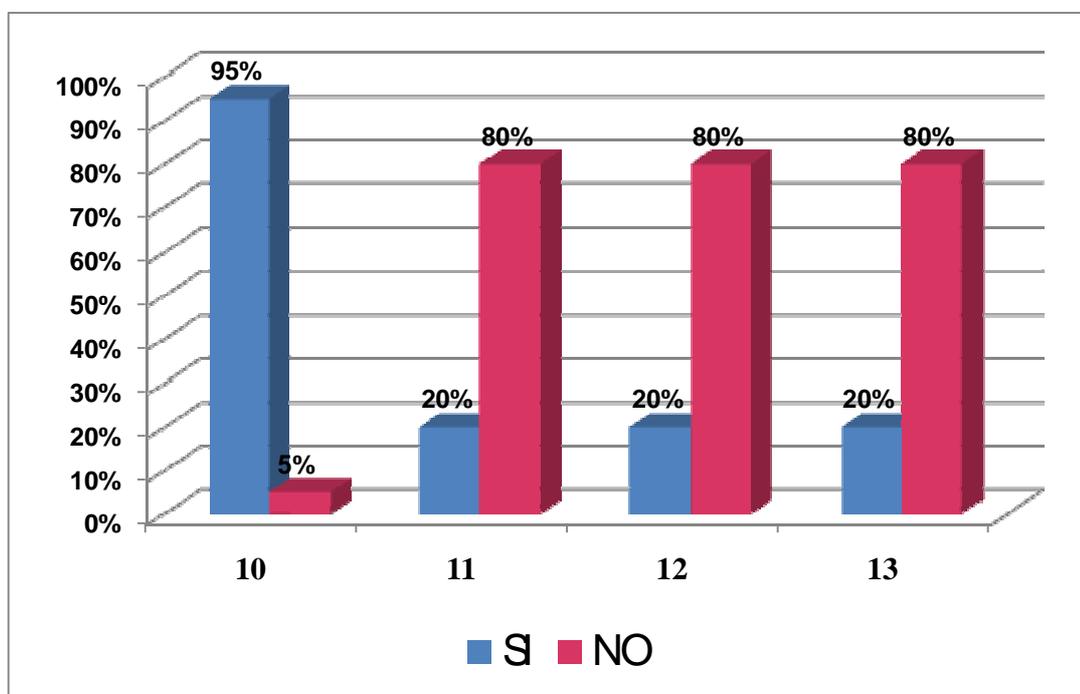
Fuente: Instrumento aplicado.

Análisis de la Tabla N° 3

El estudio arrojó que el 95% de las enfermeras (os) tomando en cuenta la condición del paciente valoran la presión arterial y el 5% no lo realizan, de igual manera se puede observar que el 80% no valora el pulso, la frecuencia respiratoria ni la temperatura. Cabe destacar que las constantes vitales son importantes para obtener unos elementos de contraste que permitirán conocer el estado y valorar la evolución de los pacientes en el área de emergencia, el personal de enfermería debe identificar y conocer cuáles son los parámetros en condiciones normales, ya que estas indican el estado hemodinámico del paciente permitiendo tomar decisiones rápidas y acertadas, es importante resaltar que un alto porcentaje del personal de enfermería le da importancia solo a el control de la presión arterial.

GRÁFICO N°3

Distribución porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: condiciones del paciente, que acude al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.



Fuente: Tabla N°3

TABLA N°4

Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: exploración física, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.

Alternativas Ítems	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
14. Durante la exploración física ¿realiza la palpación?	00	0%	25	100%	25	100%
15. Durante la exploración física ¿realiza la auscultación?	00	0%	25	100%	25	100%
16. Durante la exploración física ¿realiza la percusión?	00	0%	25	100%	25	100%

Fuente: Instrumento aplicado.

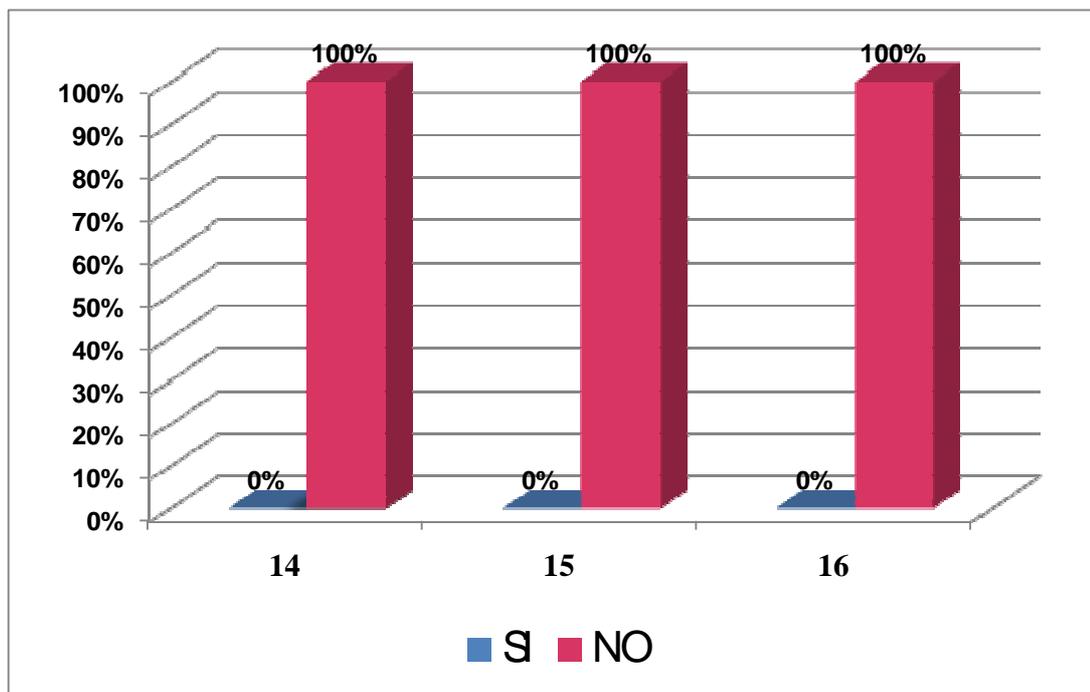
Análisis de la Tabla N° 4

En el cuadro anterior se puede visualizar que el 100% de las enfermeras (os) no realizan la exploración física a los pacientes que llegan al área de emergencia. La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y

pedir permiso para efectuarlo. Esta se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera (o) utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación lo cual actualmente no realizan, las formas de abordar un examen físico son: céfalo-caudal, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud. La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que se utilice.

GRÁFICO N° 4

Distribución porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: exploración física, que realizan a los pacientes que acuden al servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.



Fuente: Tabla N°4

TABLA N°5

Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: clasificación, en el servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.

Alternativas Ítems	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
17. ¿Clasifica al paciente según el nivel de urgencia?	06	24%	19	76%	25	100%
18. ¿Proporciona atención a los pacientes de acuerdo al nivel de prioridad asignado?	06	24%	19	76%	25	100%
19. ¿reevalúa al paciente en situación de espera?	03	12%	22	88%	25	100%

Fuente: Instrumento aplicado.

Análisis de la Tabla N° 5

Se pudo constatar en el cuadro N° 5 que el 76% de las enfermeras(os) no clasifica al paciente según el nivel de urgencia, de igual forma no proporciona atención al paciente de acuerdo al nivel de prioridad asignado

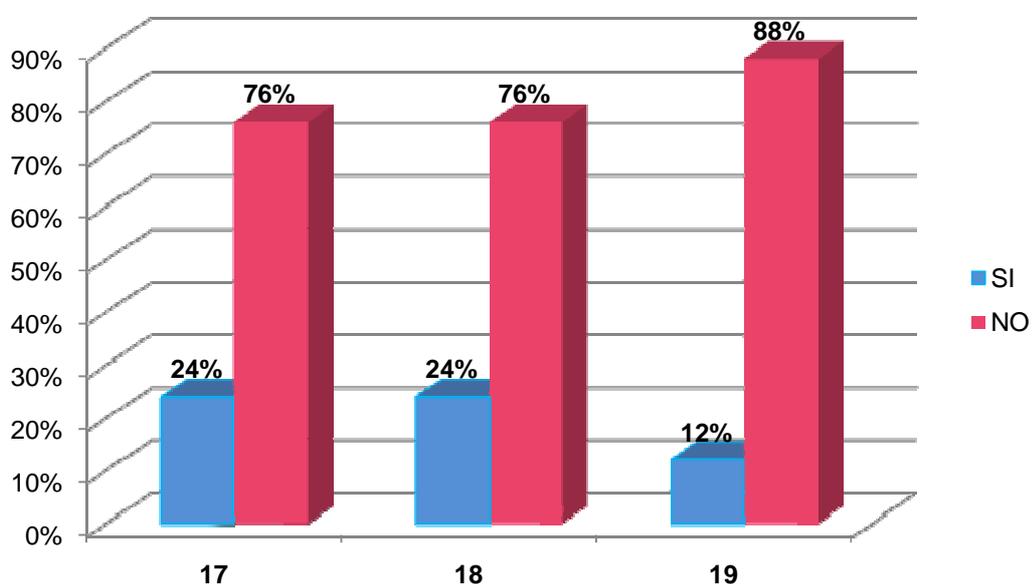
con un porcentaje del 76% , por otra parte el 88% no reevalúa al paciente en situación de espera.

A fin de evitar el deterioro de los pacientes en período de espera el profesional de enfermería de triaje debe minimiza este riesgo mediante un control visual continuo, reevaluaciones periódicas y modificaciones del nivel del triaje se infiere que existe el riesgo de deterioro e incluso la muerte de los pacientes en situación de espera, debe realizarse reevaluaciones a todos los pacientes de modo que para los del nivel I la reevaluación debe ser continua, mantenido un monitoreo y vigilancia constante del paciente; para los del nivel II las reevaluaciones se harán cada 15 minutos; cada 30 minutos a los del nivel III, cada 60 minutos a los del nivel IV y cada dos horas para los del nivel V. Durante estas reevaluaciones los profesionales de enfermería deben buscar signos de deterioro siendo aconsejable que a los pacientes reevaluados una vez, se les considere en el nivel superior siguiente para las reevaluaciones sucesivas.

Los profesionales de la enfermería encargados de la clasificación deben saber a que nivel le corresponde una serie de manifestaciones clínicas, a fin de clasificar a cada enfermo según el grado de urgencia correspondiente. De igual modo el nivel de urgencia que se le asigne a un paciente tiene repercusión sobre las actuaciones posteriores, la enfermera debe decidir el lugar más apropiado para la ubicación de los pacientes, los profesionales de enfermería deben ser cuidadosos al momento de asignar el nivel de urgencia para garantizar una intervención oportuna a cada paciente.

GRÁFICO N°5

Distribución porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: clasificación, en el servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.



Fuente: Tabla N°5

TABLA N°6

Distribución absoluta y porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: Documentación del triaje, en el servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.

Alternativas Ítems	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
20. ¿realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de registro?	0	0%	25	100%	25	100%

Fuente: Instrumento aplicado.

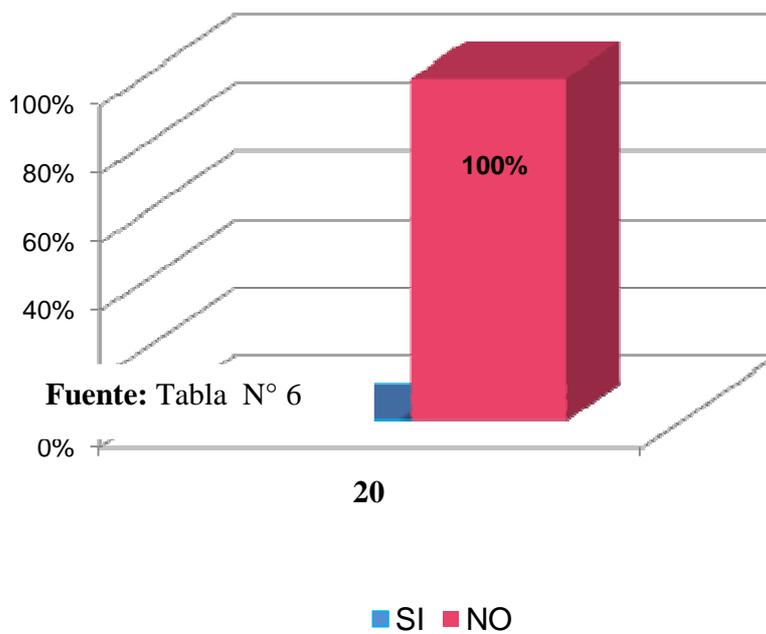
Análisis de la Tabla N°6

Se pudo constatar en el cuadro N°6 que el 100% de las enfermeras(os) no llevan ningún tipo de registro, ni anotaciones de enfermería en el área de emergencia cabe destacar que la realización de estos registros son de suma importancia porque sirven de estadísticas, igualmente la enfermera(0) deben recordar el propósito de registrar la información y las personas a quienes va dirigida, no olvidar que el expediente del paciente es un documento legal debe presentar la información sobre el paciente en forma completa, concisa y precisa como sea posible, sin duplicar innecesariamente el material. Se deben describir los datos reunidos utilizando el vocabulario

adecuado, el registro debe ser breve aunque comprensible para el lector; ya que el expediente es un documento legal, es necesario identificar los hechos y señalizaciones en forma precisa y objetiva, evitar la interpretación, la apreciación y los hechos solo pueden establecerse una vez obtenidos los datos estos deben organizarse y registrarse en forma sistemática.

GRÁFICO N° 6

Distribución porcentual respecto a las observaciones realizadas a enfermeras (os) relacionadas con el indicador: Documentación del triaje, en el servicio de emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth, Puerto la Cruz Estado Anzoátegui, durante el primer semestre del año 2010.



CAPITULO V

LA PROPUESTA

Presentación

La presente propuesta, surge de la inquietud por parte de los autores con respecto a la insatisfacción manifestada por muchos usuarios con respecto a los tiempos de espera para recibir asistencia. Al revisar bibliografías relacionadas con el triaje se evidenció que existen alternativas válidas que pueden desarrollarse para manejar los flujos de pacientes en servicios de emergencias congestionados como es el caso del centro donde se realiza el presente estudio.

A la luz de la bibliografía consultada resultó evidente que desde la perspectiva del profesional de enfermería existen acciones que estos pueden llevar a cabo en función de la selección o clasificación de los pacientes según su grado de urgencia, sin que por ello se cometa intrusismo profesional.

La intención de esta propuesta es el desarrollo de una guía que permita a los profesionales de enfermería asumir la clasificación de los pacientes tomando en cuenta las manifestaciones clínicas evidenciadas al valorar al usuario así como brindar una orientación general para realizar el triaje.

Justificación

El deterioro de los pacientes en situación de espera en los servicios de emergencia concurridos es un problema de carácter social. Los profesionales de la enfermería sin embargo están en plena capacidad de asumir, bajo directrices bien establecidas, la clasificación de los pacientes que acuden a dichos centros priorizando la atención y garantizando que la asistencia llegue con mayor premura a quienes más la necesitan.

La guía propuesta, contiene directrices claras y sencillas que permitirán al profesional de enfermería catalogar a los pacientes, que acudan al centro, dentro de uno de los niveles para la prestación del servicio, así mismo posee información sobre cómo manejar el triaje.

El tiempo y la experiencia junto con esta guía permitirán a los dedicados profesionales de la enfermería desarrollar y/o incrementar las habilidades inherentes a la clasificación de pacientes en el ámbito hospitalario. Sin embargo no con ello se pretende sustituir la formación que deben poseer estos profesionales antes de enfrentarse a la responsabilidad que supone realizar triaje en un servicio de emergencias puesto que justamente las claves para la toma de decisiones son la formación y experiencia.

Objetivo General

Desarrollar una guía de triaje estructurado para la clasificación de los pacientes que acuden al servicio de emergencias.

Objetivos Específicos

- Sugerir pautas para la evaluación inicial del paciente, por el profesional de enfermería al arribar este a la sala de emergencias.
- Sugerir pautas para la entrevista de triaje por el profesional de enfermería a pacientes adultos que acuden a la sala de emergencias.
- Identificar las manifestaciones clínicas generales que mas frecuentemente presenta el paciente, para ser clasificado en un nivel de prioridad.
- Diseñar un formato para el registro de los pacientes clasificados por el profesional de enfermería.

GUIA DE TRIAJE

Evaluación inicial

La evolución del triaje comienza en el preciso momento en que el paciente arriba al establecimiento de emergencia, lo deseable sería que en la entrada al servicio de emergencia se encuentre uno o dos profesionales de enfermería pudiendo estar acompañados por personal administrativo y contar con la presencia de un oficial de seguridad.

Los profesionales de la enfermería deben evaluar al paciente desde el momento en que este llega al centro para lo cual deben prestar atención a la manera en que este llega bien sea traído en ambulancia, silla de ruedas, entra por propio pie, luce agitado, somnoliento, respira por si mismo o con ayuda de dispositivos, aspecto general del paciente, y olores que emite.

Las principales causas de deterioro y/o muerte son el shock (de cualquier etiología), la hemorragia y la ausencia de ventilación el profesional de enfermería debe estar atento a fin de detectar cualquiera de estas condiciones durante la evaluación inicial y considerar en el nivel I a los pacientes que presenten cualquiera de estas manifestaciones.

En esta primera etapa se consideraran en el primer nivel a pacientes con las siguientes condiciones:

1. Inconsciente
2. Estatus convulsivo en proceso
3. Agitación neurológica/confusión

4. Ausencia de respiración/vía aérea obstruida
5. Politraumatismos
6. Hemorragia

Naturalmente estas manifestaciones son bastante evidentes, más el profesional de enfermería debe estar atento a otras condiciones menos obvias. Durante esta evaluación inicial el profesional de enfermería debe cerciorarse rápidamente de las condiciones del paciente y decidir si debe llevarlo hasta una de las camas de tratamiento en cuyo caso el proceso de triaje se considera terminado activándose los protocolos de asistencia; si el paciente puede ser sometido a una entrevista el proceso de triaje continúa a la siguiente fase.

Entrevista de triaje

Una vez se ha decidido que el paciente puede ser entrevistado, se da inicio a la entrevista de triaje para lo cual se debe contar con una sala para tales efectos la cual estará dotada de ciertos equipos y materiales como: guantes para examen, bata descartable, mascarilla filtrante, estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro, oxímetro, papel y bolígrafos así mismo sería conveniente contar con una mesa o escritorio sillas para el profesional, el paciente y un familiar un diván y un electrocardiógrafo; un equipo para explorar ojos, oídos y garganta podrían ser de utilidad en esta sala que debe tener acceso a la sala de espera pero a la vez contar con medios para proporcionar privacidad al paciente.

Inicio de la entrevista de triaje

Al introducirse con un paciente el profesional debe identificarse como tal ante este y así mismo indagar su nombre. Se debe emplear en todo momento un lenguaje sencillo y respetuoso explicándole al paciente que el propósito de la entrevista es conocer las razones que lo hacen acudir al centro a fin de dispensarle atención en el menor tiempo posible. Es muy importante que el profesional de enfermería realice contacto visual con el paciente mostrándose cortés y tratando de comprender las razones por las cuales acude.

Por ejemplo: Buenas tardes, Soy el Licenciado (a) _____, Por favor siéntese, ¿Cuál es su nombre? Bien Señor (a) _____. Me gustaría ayudarle, por favor dígame la razón por la cual viene hoy por aquí.

Una vez en este punto se debe permitir que el paciente hable y manifieste por si mismo las razones que lo han hecho solicitar la asistencia.

Puesto que la información que se obtiene durante la entrevista de triaje deriva de los datos que aporta el paciente (datos subjetivos) y de las observaciones del profesional de enfermería (datos objetivos) es vital que el profesional de enfermería recuerde que la entrevista de triaje debe ser realizada en un periodo no mayor a 5 minutos por lo cual no es necesario evaluar todos los parámetros, sino que debe limitar la exploración a los síntomas o razones principales que llevan al paciente a buscar asistencia. De igual modo en cuanto al interrogatorio el profesional de enfermería puede hacer preguntas dirigidas, a fin de evitar que el paciente se desvíe del tema principal con detalles de enfermedades o problemas previos. Para tal fin deben realizarse preguntas como las siguientes: ¿Cuándo comenzó el dolor?

¿Dónde se localiza el dolor? ¿Qué tomó para aliviarlo? ¿Se le alivió? ¿Qué es lo que todavía persiste?

Es la entrevista de triaje el momento en que el profesional de enfermería lleva a cabo la evaluación del paciente para lo cual se puede valer de dos evaluaciones que deben ser hechas en función de las manifestaciones del paciente y de las impresiones del profesional. Se puede decir que la entrevista de triajes consta del interrogatorio o anamnesis que es el momento en que se escucha al paciente y se indaga sobre sus antecedentes y la evaluación física que a la vez consta de la evaluación primaria y la evaluación secundaria.

Interrogatorio o anamnesis:

El interrogatorio o anamnesis se usa para conseguir la mayor información posible acerca del paciente y los motivos por los cuales acude al servicio de emergencia, de modo que se debe indagar los siguientes aspectos:

- Identificación del paciente: Nombre y apellido, edad, sexo.
- Motivo de consulta: se refiere a la razón principal por la cual el paciente acude al servicio de emergencias.
- Antecedentes de salud: Alergias, patologías de base, uso de fármacos (dosis, frecuencia, fecha y hora de última dosis).
- Interrogatorio dirigido: Aun cuando se debe dejar hablar al paciente, se debe recordar que esta entrevista es preliminar y que la razón es indagar el motivo principal de consulta a fin de clasificar al paciente para la atención médica; por tal razón se debe dirigir el interrogatorio

haciendo preguntas que le ayuden a pensar y expresar las causas por las cuales acude en un momento específico.

Evaluación física. Es el momento en que el profesional de enfermería explora al paciente, poniendo en práctica la palpación, auscultación y percusión según sea conveniente así como la constatación de los signos vitales. Es recomendable usar, el síntoma principal que refiere el paciente como guía para la evaluación por órganos y sistemas. Los profesionales de la enfermería durante el interrogatorio deben valerse de los sentidos de la vista el oído y el olfato para ir recogiendo impresiones iniciales para dirigir el interrogatorio y para realizar la exploración física del área o sistema alterado.

Evaluación inicial

Componente	Puntos a evaluar	Intervención de enfermería
Vía respiratoria	Permeabilidad de la vía aérea	-Posicionar la vía respiratoria asegurando la permeabilidad. -Verificar obstrucción total o parcial. -Eliminar obstrucción si existe. Proteger la columna cervical.
Respiración	-Eficacia del patrón respiratorio.	-Auscultar ruidos respiratorios.

	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar presencia de trabajo respiratorio. -Ruidos respiratorios normales – anormales -Integridad de la pared torácica. -Expansibilidad del tórax, asimetría. -Desviación traqueal. 	<ul style="list-style-type: none"> -colocar al paciente en posición que permita asegurar la máxima ventilación. -Proporcionar complementos de oxígeno. -Ocluir heridas abiertas en tórax. -Tratar espasmo bronquial o edema pulmonar. -Ayudar a la reanimación
Circulación sanguínea	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar pulso: presencia, calidad, simetría. -Evaluar ritmo cardiaco. -Evaluar llenado capilar, color y temperatura de la piel, sudoración. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar electrocardiograma. -Ayudar en la cardioversión o desfibrilación si son necesarias. -Permeabilizar vía periférica. - Iniciar fluidoterapia para restituir volemia.

Evaluación Secundaria:

Componente	Puntos a evaluar
Observaciones generales	Aspectos general del paciente, posición y postura corporal, gesto o actividad dirigida a proteger una parte del cuerpo, problemas evidentes, grado general de dolor o incomodidad, nivel de conciencia, comportamiento, agitación, letargo, colaboración, nerviosismo, camina, deambulación segura o insegura, características del habla, olores raros (cetonas, orina, alcohol, químicos, suciedad, sudor) Lesiones antiguas o recientes.
Evaluación Neurológica	El principal indicador de la función neurológica es el nivel de conciencia de modo que esta evaluación se inicia valorando dicho nivel: ¿Esta el paciente consiente? ¿Está alerta, consiente y orientado? ¿Puede andar con normalidad? ¿Puede responder a una serie de preguntas sencillas (nombre y apellido, fecha, sitio donde se encuentra, día de la semana)? De ser necesario se debe constatar con

	<p>los familiares cual era el estado normal de conciencia del paciente anteriormente.</p> <p>Aplicar la escala de coma de Glasgow a fin de puntuar el nivel de conciencia del paciente recordando que una puntuación igual o menor a 8 es indicativo de coma.</p>
<p>Cabeza, cara, ojos, oídos, nariz y garganta</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Inspeccionar a fin de detectar deformaciones obvias, heridas, hemorragias. -Tamaño y reacción de las pupilas a la luz. -Palpación del cuero cabelludo para detectar deformaciones, sensibilidad anormal o heridas. - Palpación de los huesos faciales a fin de detectar deformaciones, sensibilidad anormal o heridas. -Inspeccionar nariz para identificar hemorragia, deformación u obstrucción de la misma. -Inspeccionar los oídos para detectar deformaciones, laceraciones, taponamientos u hemorragias. -Examinar la cavidad oral, observar coloración, hidratación de la mucosa oral edemas de lengua o faringe,

	<p>perdida o fractura de piezas dentales, obstrucción, manchas.</p> <p>-Evaluar la expresión facial para detectar asimetrías.</p> <p>-Evaluar las características del habla.</p>
Cuello	<p>-Inspeccionar el cuello para detectar deformaciones, hemorragias o heridas; observar la tráquea para detectar posibles desviaciones.</p> <p>-Palpar para detectar enfisema subcutáneo. Auscultar soplo carotideo.</p> <p>-Palpación de la columna cervical para detectar deformaciones, sensibilidad anormal a la palpación o lesiones.</p>
Evaluación cardiovascular	<p>Se debe determinar ante todo si el paciente requiere alguna intervención cardiovascular. ¿Refiere dolor en el pecho? El dolor ¿se irradia? ¿A donde? Constatar presión arterial, frecuencia cardíaca, pulso. Las constantes vitales ¿son normales? La frecuencia cardíaca es ¿demasiado lenta? , ¿Demasiado rápida? De ser si monitorizar, realizar electrocardiograma, ¿se evidencian cambios en el trazado</p>

	<p>electrocardiográfico? Los tonos cardiacos ¿son normales o anormales? ¿Hay soplos?</p> <p>¿Hay signos de la pérdida aguda o crónica del volumen de líquidos? La coloración de la piel ¿es normal? El llenado capilar ¿se produce en forma rápida? ¿Es igual en todos los dedos? El pulso ¿es fuerte regular y simétrico? ¿Lleva el paciente joyas, zapatos férulas o ropa demasiado ajustados que pudieran ocluir la irrigación sanguínea? ¿Esta la piel templada y seca? ¿Hay evidencia de síndrome compartimental (dolor, palidez, ausencia de pulso, parálisis o parestesia)?</p>
<p>Tórax</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Inspeccionar simetría en el ascenso y descenso del tórax; detectar la existencia de deformaciones, heridas, hemorragias, objetos penetrantes. -Evaluar la frecuencia respiratoria, profundidad de la respiración y esfuerzo respiratorio. -Palpación de las estructuras óseas para detectar deformaciones dolor y/o enfisema subcutáneo. -Auscultar para escuchar ruidos

	respiratorios identificar si son normales o hay añadidos.
Evaluación del Aparato respiratorio	<p>Tras observar cara cuello y tórax determinar: ¿Puede el paciente comunicarse con frases completas?</p> <p>¿Hay evidencia de que esta realizando un esfuerzo respiratorio mayor a lo normal: aleteo nasal, uso de los músculos accesorios?</p> <p>Observar la coloración de la piel. ¿Hay palidez o cianosis peribucal o general? ¿Presentan las mucosas una coloración rosada? ¿Esta la piel seca y templada o fría y sudorosa?</p> <p>Los movimientos de ascenso y descenso del tórax ¿son simétricos?</p> <p>¿Es normal el patrón respiratorio?</p> <p>¿Se escuchan ruidos añadidos?</p>
Evaluación del Aparato digestivo	<p>En la evaluación del aparato digestivo son importantes los datos subjetivos</p> <p>¿Ha sufrido el paciente anteriormente una intervención de cirugía digestiva?</p> <p>¿Tiene antecedentes de reflujo gastroesofágico, úlcera, apendicitis, cirrosis hepática, obstrucción intestinal, pancreatitis u otro?</p> <p>¿Refiere dolor? ¿De que Tipo?</p> <p>¿Refiere nauseas, vómitos diarreas,</p>

	<p>hemorroides o fiebre? Frecuencia de las deposiciones, características de las heces: color, presencia de sangre, calidad y cantidad. Hábitos que pudieran estar asociados, ingesta de alcohol, bulimia, obesidad.</p> <p>Inspeccionar abdomen.</p>
<p>Abdomen</p>	<p>-Inspeccionar el abdomen para identificar heridas, presencia de objetos penetrantes, moretones, distensión, cicatrices de heridas quirúrgicas.</p> <p>-Auscultar los cuadrantes abdominales para detectar ruidos hidroaéreos del aparato digestivo.</p> <p>-Palpación del abdomen para identificar masas, sensibilidad anormal a la palpación, rigidez voluntaria o refleja de la musculatura abdominal, dolor de rebote, pulsaciones.</p> <p>-Palpar para detectar tamaño y sensibilidad del hígado.</p> <p>-Percutir para detectar presencia de aire o líquidos.</p> <p>-Comprimir sínfisis púbica y crestas ilíacas para detectar dolor.</p> <p>-Comprobar presencia y</p>

	características del pulso femoral bilateral.
Evaluación del Aparato genitourinario	<p>Frecuencia de la micción, ¿tiene dificultad para aguantarse, hay incontinencia? ¿Presenta dolor, escozor o ardor al orinar? Evaluar localización, migración y naturaleza del dolor ¿Tiene la orina un olor desagradable? ¿Tiene el paciente antecedente de infección del tracto urinario o de cálculos renales? Si hubiere presencia de sangre en la orina indagar sobre el uso de fármacos anticoagulantes. Palpar vejiga para detectar anomalías.</p> <p>Si el paciente refiere dolor o efusión vaginal o uretral, sospechar de infección de transmisión sexual e indagar sobre hábitos sexuales sin protección. En los pacientes masculinos indagar sobre lesiones en escroto edema y/o dolor escrotal unilateral o bilateral. En los casos de mujeres en edad reproductiva indagar sobre el ciclo menstrual características del sangrado, frecuencia. Si se sospecha de embarazo indagar sobre dolor lumbar,</p>

	pélvico, edema generalizado e hipertensión.
Evaluación Musculoesqueletica	Las alteraciones del sistema musculoesqueletico mas frecuentes en los servicios de emergencia suelen estar asociadas con traumatismos. Se debe evaluar al paciente a fin de detectar deformaciones, edema, lesiones, presencia de pus, dolor, sensibilidad, movilidad. Iniciar intervenciones de primeros auxilios como elevación de la extremidad afectada, crioterapia, inmovilización para reducir el dolor y el edema. Se debe quitar la ropa ajustada y joyería de la extremidad afectada.
Extremidades	Inspeccionar y realizar la palpación de las posibles heridas deformaciones, hemorragias, edema, hematomas. Observar la presencia de marcas, dolor o crepitación articular u ósea. Observar la coloración, la temperatura, la sensibilidad el movimiento y llenado capilar de los extremos distales de las extremidades.
Espalda	Si existe sospecha de lesión no mover al paciente y mantener la protección

	<p>cervical.</p> <p>Inspeccionar y realizar la palpación para detectar deformaciones, heridas, dolor, hematomas, sensibilidad anormal a la palpación.</p> <p>El tacto rectal podría orientar sobre presencia de sangre, pérdida del tono del esfínter o posicionamiento de la próstata.</p>
Evaluación de la piel	<p>Evaluar color, textura, turgencia y temperatura de la piel. Identificar presencia de manchas, palidez cianosis o ictericia.</p> <p>Evaluar pérdida de la integridad de la piel tales como: laceraciones, avulsiones, incisiones, excoriaciones o pinchazos.</p> <p>¿Existen signos indicativos de alteraciones agudas de la piel tales como: exantema, quemaduras, petequias, ronchas urticaria, o granos? ¿Existen signos indicativos de alteraciones crónicas de la piel tales como: acné dermatitis alérgica, pediculosis o soriasis? ¿Existe alguna lesión inusual o sospechosa?</p>
Evaluación hematológica	<p>Determinar si existen signos de alteración tales como: Hematomas,</p>

	<p>petequias, palidez de la conjuntiva, dolor o hinchazón de las articulaciones.</p> <p>Indagar sobre el uso de fármacos, drogas (incluso alcohol) antecedentes de enfermedades hematológicas, septicemia.</p> <p>Presenta el paciente factores de riesgo de trombosis venosa (embarazo, obesidad intervención quirúrgica reciente, encajamiento prolongado, anticonceptivos orales)</p>
Evaluación del sistema endocrino	<p>Si el paciente refiere cansancio, debilidad, alteraciones del estado mental, cambios en el peso corporal, episodios de frío o de calor, niveles séricos de sodio bajo, poliuria, polidipsia o alteraciones sexuales; se debe sospechar de endocrinopatías.</p>
Evaluación del sistema inmunitario	<p>Los hábitos y el estilo de vida del paciente, el estado d inmunización y los antecedentes médicos generales son factores clave para la evaluación.</p> <p>Se le debe preguntar al paciente sobre las vacunas que ha recibido, si ha estado en contacto con personas con síntomas similares o si ha viajado a otra región o país. Si se sospecha</p>

	de una enfermedad contagiosa el paciente debe ser dirigido inmediatamente a un área aislada para minimizar el riesgo de contagio
--	--

Clasificación

A fin de ayudar a los profesionales de enfermería encargados de clasificar a los pacientes, a asignar el nivel de triaje se enumeran una serie de manifestaciones clínicas para cada uno de estos. Cabe destacar que especialmente en los casos en que el personal de enfermería se inicia en la clasificación de pacientes, es importante la figura de un médico senior quién entre otras funciones resolverá a los pacientes clasificados en los niveles IV y V e igualmente ayudará a clasificar y resolver los casos de catalogación difícil.

Nivel I Resucitación

Situaciones en que el profesional de enfermería debe prestar atención inmediata. Igualmente se espera del médico.

- Paro cardíaco o respiratorio instalado o inminente.
- Traumatismos graves, politraumatizados con o sin daño grave a un sistema, traumatismo craneoencefálico con nivel de conciencia menor a 10 en la escala de Glasgow; traumatismo toracoabdominal con alteración del estado mental, taquicardia, dolor grave y alteraciones respiratorias.

- Quemadura mayor al 25% de la superficie corporal o quemadura de la vía aérea (también se consideran graves las quemaduras en genitales, miembros superiores e inferiores y rostro)
- Alteraciones del nivel de conciencia, intoxicaciones, enfermedades del SNC, situaciones que requieran de la protección de la vía aérea.
- Enfermedad respiratoria grave; asma en crisis, anafilaxia, situaciones que sugieran setoacidosis diabética.

Nivel II Emergencia

Atención inmediata por enfermería. La atención médica puede demorarse no más de 15 minutos.

- Alteraciones del estado mental: enfermedades inflamatorias infecciosas; letargo parálisis repentinos.
- Traumatismo craneoencefálico: cefalea grave, pérdida de la conciencia, Glasgow menor a 13 puntos
- Traumatismo grave: politraumatismo con signos vitales estables, estado de conciencia normal.
- Dolor ocular: Escala de dolor 8/10 Exposición a ácidos o álcalis, cuerpos extraños en la cornea.
- Dolor Torácico: con signos que sugieran angina o infarto al miocardio (nauseas, dolor irradiado a cuello, mandíbula, brazos y/o hombros) Infarto o angina previos.
- Sobredosis con signos y síntomas de toxicidad.
- Dolor abdominal: constante, asociado con nauseas, vómitos signos vitales alterados (taquicardia, hiper o hipotensión, fiebre) hematemesis, melena.
- Déficit neurológico importante.

- Asma: antecedentes de asma acompañada de cianosis o disnea que requieren broncodilatadores.
- Disnea asociada a anafilaxia, neumonía o neumotórax.
- Fiebre con signos de letargo que puedan sugerir meningitis.
- Diabetes: con hipo o hiperglucemia.
- Dolor abdominopelvico: cólico renoureteral con 8/10 en la escala de dolor. Síndrome doloroso abdominal con hematuria y alteración de signos vitales.
- Cefalea catastrófica. Estados migrañosos.

Nivel III Urgencia

Estados que hacen que el paciente pueda evolucionar a un problema grave. Tiempo de tención: enfermería periodo igual o inferior a 15 minutos. Médica: Demorable hasta 30 minutos.

- Traumatismos de cráneo: paciente alerta puntuación 15/15 en la escala de Glasgow, dolor moderado 7-8/10 Náuseas.
- Traumatismo moderado: fracturas o luxaciones con dolor grave 8-10/10, pacientes estables.
- Asma leve a moderada: crisis de aparición reciente desencadenada por ejercicios, exposición a agentes u otras causas.
- Dolor torácico: localizado que aumenta a la palpación sin datos de dolor visceral.
- Hemorragia gastrointestinal superior inactiva sin alteración de las constantes vitales.
- Convulsiones pacientes conocidos: con duración menor a 5 minutos; paciente llega alerta y con signos vitales estables.

- Ideas suicidas: Problemas siquiátricos que requieren la evaluación de un especialista.
- Dolor grave 8-10/10 Pacientes que refieren dolor intenso pero cuyos padecimientos son de tipo muscular, crónico, neuropático que seden con analgésicos.
- Dolor moderado 5-7/10: pacientes con migraña o cólico renal con signos vitales estables.
- Pacientes en diálisis o trasplantados: Alteraciones de líquidos y/o electrolitos, pueden manifestar arritmias y deterioro.

Nivel IV Urgencia menor

- Traumatismo de cráneo: traumatismo menor alerta 15/15 escala de Glasgow sin vómitos. Requieren observación por un corto tiempo y evaluación neurológica.
- Traumatismo menor: fracturas pequeñas, contusiones, abrasiones, laceraciones que requieren curación, signos vitales estables, dolor 4-6/10.
- Cefalea no súbita no migrañosa: dolor 4-6/10 con signos vitales estables
- Infección respiratoria aguda: tos, congestión nasal, fiebre. Descartar abscesos en la cavidad oral.
- Vómitos diarreas: sin signos de deshidratación.

Nivel V No urgencia

Situaciones en que el paciente puede esperar al menos dos horas para recibir atención.

- Paciente con problemas administrativos.
- Pacientes con problemas crónicos: no hay deterioro, puede ser referido a otro nivel de atención.

Reevaluación

La reevaluación es un mecanismo para evitar el deterioro de los pacientes en situación de espera por atención médica. En el nivel I la reevaluación debe ser continuas, mantenido un monitoreo y vigilancia constante del paciente.

En el nivel II las reevaluaciones se harán cada 15 minutos.

En el nivel III cada 30 minutos.

En el nivel IV cada 60 minutos y en el nivel V cada dos horas.

Después de la primera reevaluación se considerara al paciente en el nivel superior al clasificado previamente, hasta que este reciba la evaluación por un facultativo.

Documentación

La documentación se refiere al registro que los profesionales de enfermería llevan a cabo a fin de dejar constancia de las condiciones de arribo del paciente y justificar la asignación de un nivel en la escala de triaje. Es conveniente que el formato de registro del triaje sea un documento de fácil comprensión de modo que tome el menor tiempo posible su elaboración. A continuación se propone un formato con los datos de mayor relevancia para los efectos del triaje.

Establecimiento: _____ (Logotipo de la institución)	Hoja de triaje Fecha: _____ Hora inicio: _____ H.Culminación: _____
Nombres y Apellidos: _____ Edad _____ Sexo _____ C.I. _____ Motivo de consulta: _____ (Referido por el paciente) Aspecto general del paciente: _____ (Consiente, inconsciente, estable, inestable, inquieto, ansioso, tranquilo, irritable) Resultados de la escala aplicada: _____ (Glasgow, dolor, asma, trauma, quemadura) Signos vitales PA _____ FC _____ FR _____ TEMP _____ Pulso: Frecuencia _____ Regular _____ Irregular _____ Antecedentes: Diabetes _____ HTA _____ Otros: _____ Especifique _____ Uso de farmacos _____ (Fármaco, dosis, frecuencia, última dosis) Alergias: No _____ Si _____ Especifique _____ _____	
Nivel de prioridad I _____ II _____ III _____ IV _____ V _____	
Profesional de enfermería: _____ (Nombre y firma)	

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones a las cuales llegaron los autores al culminar el proceso de investigación; también se encuentran en esta sección las recomendaciones que generó el mismo.

Conclusiones

Al finalizar la investigación, posterior al análisis de los resultados obtenidos de la guía de observación se puede concluir lo siguiente:

- Que los profesionales de enfermería procuran realizar de la mejor manera sus funciones pero, se evidenció que solo en un 32% de las ocasiones, estos profesionales reciben a los pacientes a su arribo al servicio de emergencia, de igual manera no se realiza un diagnóstico previo de las condiciones del paciente en al menos un 72% y en cuanto a la derivación del usuario según las condiciones es realizado solo en un 40% por dicho personal.
- Que la interrelación que debe existir entre el paciente y el profesional de enfermería está presente en un 72%; actitud que se puede mejorar ya que es el inicio para establecer una óptima comunicación que permita una indagación certera de los datos del paciente y los motivos de consulta; en cuanto a la realización de dichas acciones, estas son efectuadas en un 68% y 72% respectivamente. En cuanto al uso del nombre

correcto del usuario es realizado solo en un 28% y solo un 40% indaga de manera oportuna los antecedentes de salud el cual es un dato de gran importancia para realizar cuidados de enfermería oportunamente.

- En relación con las condiciones del paciente, se observó que la valoración que realiza el profesional de enfermería depende en sumo grado de las situaciones presumiblemente graves, evidentes a simple vista, que presenta el paciente constatándose que en un 95% se realiza control de PA, a diferencia del resto de los otros signos vitales los cuales dejan de ser verificadas en un 80%.
- En cuanto a la exploración física que debe realizar el profesional de enfermería, esta actividad deja de ser ejecutada en un 100%. Cabe destacar que esta acción es de gran importancia para obtener impresiones precisas para efectuar una mejor clasificación en función de las condiciones del paciente.
- En lo que se refiere a la clasificación del paciente según su nivel de urgencia, la misma no es realizada en el 76% de los casos, lo cual trae como consecuencias el congestionamiento del área y consiguiente peligro de deterioro para los pacientes en situación de espera puesto que estos no son reevaluados en el 88% de los casos lo cual pudiera atribuirse a la misma saturación del servicio.
- En cuanto a la realización de anotaciones en una hoja de registro. En dicho servicio el profesional de enfermería deja de realizar dicha actividad en el 100% de los casos. Es válido señalar que dicha documentación es de gran utilidad o importancia puesto que refleja el paso del paciente por el

área, es un documento legal y un soporte estadístico y epidemiológico.

Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación se generan las siguientes recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados a las autoridades del centro de salud "Clínica Popular Jesús de Nazareth" como una contribución para mejorar el desempeño del profesional de enfermería en el área de emergencia de adultos de dicha institución.
- Motivar al profesional de enfermería a realizar cabalmente sus funciones con miras a proporcionar cuidados oportunos de enfermería.
- Destacar la necesidad de unificar criterios en cuanto a la atención que se le brinda al paciente de modo que se pueda estandarizar la clasificación de los mismos y los cuidados que se ofrecen en el área de emergencia.
- Establecer talleres relacionados con la entrevista de triaje, la clasificación de pacientes y la documentación del triaje a fin de que todos los profesionales se familiaricen con los procedimientos y técnicas apropiadas para el mejor desempeño de estas funciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ALVAREZ, A.; BRAGULAT, E.; GOMEZ, M. y SOLER, W. (2010) **El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias.** Anuario del sistema sanitario de Navarra volumen 33 Suplemento 1. Navarra España. 2010; 33 (Supl 1) 55-68

ALVAREZ, Carlos (2008) **Manual de atención a múltiples víctimas y catástrofes.** 3ra edición. Arán ediciones. Madrid, España.

ARANGUREN, E.; CAPEL, J.; ELEJALDE, J.; JEAN C.; LARUMBE, J. y SOLANO, M. (2003) **Estudio de la validez pronóstica de la recepción acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias de un hospital terciario.** Hospital de Navarra, España.

ARCOS, P.; DEL BUSTO, F.; MARTINEZ, E. y otros (2009) **Manual de medicina de Urgencia y emergencia.** Volumen I medicina de urgencia.1 edición. Servicio de publicaciones de la universidad de Oviedo, España.

ARIAS, Fidias (2005) **El proyecto de investigación Introducción a la metodología científica.** 6ta edición. Editorial Episteme. Caracas, Venezuela.

ASENJO, Miguel (2006) **Gestión diaria del hospital.** Tercera edición. Publicación Elsevier Masson, Barcelona, España.

BERGES CASAS, E.; CEBALLOS ARAGON, J.; GOMEZ DE TERREROS, I.;
HIERRO GUILMAN, F.; MARTIN CERA, A.; NUÑEZ FUSTER, J. y
SAMALEA PEREZ, F. (2001) **Estudio para la aplicación de una
escala pediátrica de triage (EPT) en un servicio de urgencias
hospitalario.** Hospital Infanta Elena, Huelva, España.

CACERES, L.; CANATA, M.; DAVALOS, H.; FIGUEREDO, D.; GHEZZI, C.;
KEGLER, J.; LEON, D.; MEDINA, J.; ORUE, C.; RECALDE, L. y
ROJAS, G. (2005) **Triage: Experiencia en un servicio de
emergencias pediátricas.** Hospital central-instituto de previsión social
(HCIPS) Asunción, Paraguay.

MOSBY DICCIONARIO DE MEDICINA (1999) Editorial Océano. Barcelona,
España.

ENFERMEROS DEL CONSORCIO SANITARIO DE TENERIFE (2004)
Temario vol. 1 Editorial MAD SL. Sevilla, España.

GALLARDO, E.; GARCIA, M.; GARCIA, Y.; GIMENEZ, D. y VARGAS, E.
(2001) **Participación del personal de enfermería en la organización
hospitalaria del triaje para situaciones de saldo masivo de
victimas.** TEG Hospital Jose María Pineda. Barquisimeto, Edo. Lara,
Venezuela (Documento en línea)
<http://www.monografias.com/trabajos12/triaje/triaje.shtml> (consultado
nov 12 2009 3:20pm)

GOMEZ, José Luis y GUTIERREZ, Enrique (2009) **Primeros Auxilios.**
Editorial Editex. Madrid, España

GOMEZ JIMENEZ, J. (2003) “**Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias.**” Revista Emergencias. España 2003; 15: 165-174

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ COLLADO, Carlos; LUCIO, Pilar (1998) **Metodología de la investigación.** MacGraw-Hill Interamericana Editores, México DF

HOLTERMAN, Keith y ROSS, Anna (2003) **Desarrollo de sistemas de servicios de urgencias y emergencias médicas. Experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo.** Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, USA.

HUNGLER, Bernadette y POLIT, Denise (1999) **Investigación científica en ciencias de la salud.** Sexta edición. MacGraw-Hill Interamericana Editores, México DF.

HURTADO DE BARRERA, Jacqueline (2010) **El proyecto de investigación comprensión holística de la metodología y la investigación.** Sexta edición. Ediciones Quirón Bogotá-Caracas.

LOPEZ, Angel y ROVIRA, Elías, Sociedad Española de enfermería de Urgencias y emergencias (2004) **Enfermería en Urgencias una visión global.** Editorial MAD SA. Alcalá de Guadira (Sevilla) España.

MARTINIANO CONTRERAS, Jaime; MUNERA DUQUE, Alejandro y RESTREPO CUARTAS, Jaime; (2006) **Manual de normas y**

procedimientos en trauma. Editorial Universidad de Antioquia 3ra edición. Medellín, Colombia.

MIRO, O.; SALGADO, M. y SANCHEZ, E. (2008) **Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia.** Revista Emergencias. España 2008; 20: 48-53

MORILLO, Javier (2006) **Manual de Enfermería en asistencia prehospitalaria urgente.** Editorial Elsevier. Madrid, España.

NEWBERRY, Lorene y CRIDDLE, Laura (2007) **Sheehy Manual de urgencia de enfermería.** Edición en español de la Sexta edición en inglés. Editorial Elsevier. Madrid, España.

ORDOÑEZ LOPERA, D. (2008) **Evaluación de la efectividad de triaje de urgencias del hospital general de Vic (HGV)** Consorcio hospitalario de Vic (CHV) Vigo, España.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SEEUE (2004) **Revisión y puesta al día de la recomendación científica 99/01/01de 15 de Junio de 1999.** Madrid, España. Rac de enfermería en urgencias y emergencias.

(Documento en línea)

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION1.pdf> (consultado May 22 de 2010 a las 8:40 PM)

VELANDIA, Martha (2002) **Triaje de urgencia** (Documento en línea)
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102-triage.htm> (Consultado jun 22 2010 3:50PM)

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



A continuación se presenta una guía de observación, cuyo propósito es recoger información para la elaboración del trabajo de grado, requisito indispensable para optar al título de Licenciado en Enfermería.

La metodología del instrumento consiste en registrar información en cuanto a las acciones que realiza el profesional de enfermería de la sala de emergencia de la clínica Popular Jesus de Nazareth de Puerto la Cruz para la clasificación de pacientes adultos que acuden a dicho establecimiento.

El instrumento consta de 20 items o interrogantes en escala dicotómica, las cuales recibirán respuesta en relación a las actividades ya descritas realizadas por el profesional de enfermería, en tres momentos o fechas distintas a fin de evitar sesgos en la información.

La información recabada es de caracter anonimoy confidencial. Los datos obtenidos se emplean con fines netamente academicos.

Los Autores

Instrucciones

- 1- Familiarícese con el instrumento leyendo detenidamente cada una de las interrogantes.
- 2- Observe con objetividad, detenimiento y durante el tiempo que sea necesario la situación a registrar.
- 3- Antes de registrar lea cuidadosamente la pregunta que se formula a fin de evitar errores.
- 4- Asegúrese de registrar la alternativa seleccionada en la pregunta correspondiente.
- 5- Elija solo una de las alternativas y márquela con una “x”. Asegúrese de marcar en forma que no deje lugar a dudas de la opción que ha seleccionado.

Guía de Observación

		1era ocasion		2da ocasion		3ra Ocasión	
		Alternativas					
Evaluación inicial		Si	No	Si	No	Si	No
1	¿Recibe al paciente a su arribo al servicio de emergencias?						
2	¿Realiza un diagnostico previo de las condiciones del paciente al llegar este al servicio de emergencia?						
3	¿Realiza la derivación según las condiciones del paciente?						
Entrevista							
4	¿Se identifica como tal, ante el paciente y sus familiares?						
5	¿Establece interrelación con el paciente y sus familiares?						
6	¿Indaga los datos personales del paciente?						
7	¿Se dirige al paciente llamándole por su nombre?						
8	¿Indaga el motivo de consulta del paciente?						
9	¿Indaga sobre los antecedentes de salud del paciente?						
10	Según las condiciones del paciente ¿valora la presión arterial?						
11	Según las condiciones del paciente ¿valora el						

	pulso?						
12	Según las condiciones del paciente ¿valora la frecuencia respiratoria?						
13	Según las condiciones del paciente ¿valora la temperatura?						
14	Durante la exploración física ¿realiza la palpación?						
15	Durante la exploración física ¿realiza la auscultación?						
16	Durante la exploración física ¿realiza la percusión?						
Clasificación							
17	¿Clasifica al paciente según el nivel de urgencia?						
18	¿Proporciona atención a los pacientes de acuerdo al nivel de prioridad asignado?						
19	¿Reevalúa al paciente en situación de espera?						
Documentación del triaje							
20	¿Realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de registro?						

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, _____ en mi carácter de experto en _____, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos que desarrollan los T.S.U. en Enfermería Guerra Néstor C.I: 13.153.764 y Hernández Juana 13.505.564 en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título tentativo es “Propuesta de una guía de triaje estructurado para la clasificación de pacientes por el profesional de enfermería, a pacientes en la emergencias de adultos de la Clínica Popular Jesús de Nazareth”. El cual en mi criterio reúne los requisitos de validez y aceptación.

En la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de _____.

Nombre y Apellido

C.I.: _____

Firma