



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE: LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TEMA.

**Conocimiento de triage en el personal Profesional de
Enfermería y su relación con la categorización del paciente
en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General
Docente Riobamba. Periodo Octubre 2013 – Marzo 2014**

AUTOR:

Luis Joselito Totoy Cabezas

TUTORA:

Lic. Ma. Elena Robalino Rivadeneira, MsC.

RIOBAMBA-ECUADOR

2013-2014

ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A)

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado, presentado por el Sr. Joselito Totoy para optar por el título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**, y que acepto asesorar al estudiante en calidad de Tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.



Nombre y firma del tutor

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Periodo Octubre 2013 – Marzo 2014

Tutora: M.s.C. María Elena Robalino

Autor: Luis Joselito Totoy Cabezas

Trabajo de investigación presentando como requisito para obtener la Licenciatura en Enfermería. Aprobado en nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo por el siguiente tribunal examinador a los días.....

M.s.C. Luz Lalón

Presidenta del tribunal



Firma

M.s.C. María Elena Robalino

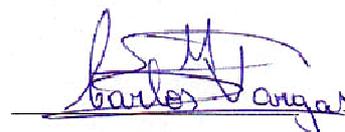
Tutora



Firma

M.s.C. Carlos Vargas

Tutora



Firma

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo Luis Joselito Totoy Cabezas soy el responsable de las doctrinas, ideas y resultados expuestos en mi presente trabajo de investigación y los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Luis Joselito Totoy Cabezas
C.I. 060445826-5

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera infinita a mi Dios por cuidarme, brindarme fuerza y sabiduría para continuar preparándome para mi vida profesional, a mi padre que desde el cielo me está enviando muchas bendiciones, a mi madre quien ha sido la gestora y el pilar fundamental para cada día ser un bueno ser humano, a mi tutora Lic. María Elena Robalino, a mis profesores por impartirme sus conocimientos necesarios para culminar mis estudios superiores y a la UNACH en especial a la Carrera de Enfermería por cada día formar profesionales exitosos y de elite.

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico con gratitud a Dios todo poderoso por las bendiciones recibidas que me permitieron concluir con éxito esta especialidad y cumplir una de mis metas propuestas. A mi madre por su apoyo incondicional que me permitió llegar hasta el final y coronar este gran sueño que parecía imposible.

RESUMEN

El trabajo investigativo titulado “Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Periodo Octubre 2013 – Marzo 2014”, cuyo fin es: Determinar el Conocimiento de triage del personal Profesional de Enfermería y su efecto en la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia. La hipótesis planteada fue el conocimiento de triage del personal Profesional de Enfermería influye en la categorización del paciente. La investigación fue cuantitativa, de campo, longitudinal y prospectivo. Se trabajó con el universo de 16 Licenciadas/os de Enfermería; para obtener resultados sobre el conocimiento sobre triage en el personal de Enfermería, se aplicó: una encuesta y la guía de observación directa. Los resultados revelan que el 100 % del universo si conoce de triage, el 87.5 % adquirió mediante experiencia y autoeducación, el 94 % conoce el procedimiento de triage pero no describe los pasos a seguir en el triage, por lo cual se acepta la hipótesis planteada en razón que el conocimiento de triage del personal Profesional de Enfermería si influye en la categorización del paciente, las principales causas que dificulten la aplicación de triage es el conocimiento adquirido mediante experiencia laboral de las Licenciadas de Enfermería. La aplicación incorrecta de triage en la labor diaria de las Licenciadas, aplicando la guía educativa de triage en emergencia para la categorización y valoración del paciente, se lograra disminuir los tiempos de espera en el usuario/a y de la misma manera mejorara la atención en el Servicio de Emergencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

The title of this research paper is "Knowledge of triage amongst the Professional Nursing staff and its relation to the categorization of the patients attending the Provincial Emergency Service at the General Hospital in Riobamba City. Period October 2013 - March 2014, "This paper aims to determine the Professional Knowledge of triage amongst the nursing staff and their effect on the categorization of the patient attending the emergency department. The hypothesis was: knowledge of triage amongst the Nursing Staff influences on patient categorization. The research was quantitative, field, longitudinal and prospective. The universe was 16 licensed nurses. In order to obtain results on their knowledge of triage a survey and guide to direct observation were applied. The results showed that 100 % of the universe do have a knowledge of triage, 87.5% learned it through experience or self-education, 94 % know the triage process but can not describe the steps. The hypothesis posed is valid due to the knowledge of triage of the nursing staff indeed influences the patient categorization. The main cause that hinders the implementation of triage is the knowledge the nurses have gained through work experience. Improper application of triage at daily work of nurses. Applying the Guidelines for Emergency-Triage of patient assessment and categorization will reduce the waiting time of the user and will improve the Emergency Services.

Reviewed by:

Dra. Isabel Escudero O.,
ENGLISH TEACHER



ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A).....	ii
MUEMBROS DEL TRIBUNAL	iii
DERECHOS DE AUTORÍA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMMARY.....	viii
INDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
INTRODUCCIÓN	1

CAPITULO I

1. MARCO REFERENCIAL.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. ¿FORMULACIÓN DEL PROBLEMA?	5
1.3. OBJETIVOS.....	3
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.4. JUSTIFICACIÓN	6

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	8

2.2	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	9
2.3	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.4	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
2.4.1	ANTECEDENTES.....	9
2.3.2	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y TRIAGE..	11
2.3.2.1	Área de Admisión.....	12
2.3.2.2	Sala de espera.....	12
2.3.2.3	Área de Triage.....	12
2.3.2.4	Área de Críticos.....	13
2.3.2.5	Consultorios o consulta ambulatoria.....	13
2.3.2.6	Área de Observación e Hidratación.....	13
2.3.2.7	Áreas de apoyo.....	14
2.3.2.8	Áreas para el personal.....	14
2.3.2.9	Áreas no asistenciales.....	15
2.3.3	Triage.....	15
2.3.3.1	Definición de triage.	15
2.3.3.2	Objetivos para la aplicación del Sistema de Triage.....	15
2.3.3.3	Descripción del procedimiento de triage.....	16
2.3.4	TRIAGE EN DESASTRES.....	28
2.3.4.1	Prioridad tipo I o roja:.....	28
2.3.4.2	Prioridad tipo II o amarilla:	29
2.3.4.3	Prioridad tipo III o verde:	29
2.3.4.4	Prioridad tipo IV o negra:	30
2.3.5	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE TRIAGE.....	32
2.3.6	ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE TRIAGE.	32
2.3.6.1	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.	34
2.3.6.2	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas cardiovasculares.	35
2.3.6.3	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas respiratorios.	36

2.3.6.4	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas neurológicos.	37
2.3.6.5	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas músculo esqueléticos.	38
2.3.6.6	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas psicológicos.	38
2.3.6.7	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas oculares.	39
2.3.6.8	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de los genitales masculinos.	39
2.3.6.9	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas del oído.	40
2.3.6.10	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas urinarios.	40
2.3.6.11	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de nariz, boca y garganta.	40
2.3.6.12	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de los genitales y sistema reproductor femenino.	41
2.3.6.13	Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas del sistema tegumentario.	42
2.3.7	PERFIL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.	43
2.3.8	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.	46
2.4	HIPÓTESIS Y VARIABLES.	47
2.4.1	HIPÓTESIS	47
2.4.2	VARIABLE.	47
2.5	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	48

CAPITULO III

3.	MARCO METODOLÓGICO	51
3.1.	MÉTODO INDUCTIVO.....	51
3.1.1	TIPOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
3.1.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	52
3.2.1	POBLACIÓN	52
3.2.2	MUESTRA.	52
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	52
3.4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	52

CAPITULO IV

4.1	ANÁLISIS DE DATOS.....	53
4.1.1	Datos obtenidos mediante la aplicación de encuestas a las Licenciadas de Enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.....	53
4.2	COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.	65

CAPITULO V

CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS.....	71
ANEXO I	72
ANEXO II	75
ANEXO III	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°. 1. ¿Conoce usted el significado de Triage?.....	52
Tabla N°. 2. ¿El conocimiento que tiene del Triage lo adquirió mediante?.....	53
Tabla N°. 3. ¿Conoce el procedimiento de triage?	54
Tabla N°. 4. ¿Conoce usted los tiempo de atención en triage?.....	55
Tabla N°. 5. ¿Conoce las prioridades para la clasificación de víctimas?.....	56
Tabla N°. 6. ¿Cuál es la posibilidad de supervivencia del paciente?.....	57
Tabla N°. 7. ¿Qué personal de salud recibe al paciente al momento que llega al área de triage?.....	58
Tabla N°. 8. ¿Cómo realiza la valoración al paciente en triage?.....	59
Tabla N°. 9. ¿Cómo realiza usted la clasificación al paciente en triage?	60
Tabla N°. 10. Caso clínico.	61
Tabla N°. 11. ¿Qué nivel de prioridad tuvo mayor atención a los pacientes?.....	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°. 1. ¿Conoce usted el significado de Triage?	52
Gráfico N°. 2. ¿El conocimiento que tiene del Triage lo adquirió mediante?....	53
Gráfico N°. 3. ¿Conoce el procedimiento de triage?	54
Gráfico N°. 4. ¿Conoce usted los tiempo de atención en triage?	55
Gráfico N°. 5. ¿Conoce las prioridades para la clasificación de víctimas?	56
Gráfico N°. 6. ¿Cuál es la posibilidad de supervivencia del paciente?	57
Gráfico N°. 7. ¿Qué personal de salud recibe al paciente al momento que llega al área de triage?	58
Gráfico N°. 8. ¿Cómo realiza la valoración al paciente en triage?	59
Gráfico N°. 9. ¿Cómo realiza usted la clasificación al paciente en triage?	60
Gráfico N°. 10. Caso clínico.	61
Gráfico N°. 11. ¿Qué nivel de prioridad tuvo mayor atención a los pacientes?...	62

ÍNDICE DE IMAGENES

Imagen N°. 1. Servicio de Emergencia	11
Imagen N°. 2. Flujograma de triage del Hospital Provincial General Docente Riobamba.....	18
Imagen N°. 3. Niveles de triage.....	19
Imagen N°. 4. Ficha de clasificación en el Área de Triage.....	21
Imagen N°. 5. Tarjetero de clasificación de victimas.....	31

INTRODUCCIÓN

La recopilación forma parte de un trabajo investigativo titulado “Conocimiento de triage en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba.” que surge como principal problemática en la población del área de estudio. La investigación se ha estructurado en los siguientes capítulos: en el Capítulo I, se revisó el planteamiento del problema describiendo la problemática sobre el conocimiento de triage en las Licenciadas de Enfermería y cómo repercute en la categorización del paciente, se analizó los problemas de triage que existen a nivel mundial, nacional y local. En este capítulo se plantea la formulación del problema, los objetivos y se concluye con la justificación. El Capítulo II, contiene el marco teórico donde se describe el posicionamiento teórico personal, una breve descripción del área de estudio, antecedentes de investigaciones anteriores, fundamentación teórica con los siguientes contenidos: descripción del Servicio de Emergencia, triage – definición, objetivos del sistema estructurado de triage, descripción del procedimiento de triage, triage en desastres, criterios de clasificación de triage, perfil de la Licenciada de Enfermería en triage, definición de términos básicos, concluyendo en este capítulo con la hipótesis, variables y operacionalización de variables. En el Capítulo III, se explica el marco metodológico, el tipo de investigación, método de estudio, diseño de la investigación, la población estudiada fue un universo de 16 Licenciadas de Enfermería, las técnicas e instrumentos de recolección de datos. En el Capítulo IV, se presenta la tabulación y análisis de los datos y comprobación de hipótesis. En el capítulo V encontramos las conclusiones y recomendaciones encaminadas a dar solución al problema planteado. En Capítulo VI se presenta la propuesta de intervención “Una Guía Educativa sobre Triage”, dirigida al Profesional de Enfermería encargado de triage, para que aplique de forma técnica y científica. Finalizando con las referencias bibliográficas, anexos y evidencias.

CAPITULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término triage en el mundo de la emergencia claramente se ha identificado como un proceso de clasificación de los pacientes por un equipo de atención pre e intrahospitalaria, en base a la valoración de los pacientes en el Servicio de Emergencia y deben formar parte de toda la organización del servicio, con la finalidad de identificar a los pacientes en condiciones graves y así poder garantizarles una atención urgente según el nivel más adecuado que resuelva su demanda. (Carlos Alberto Vilchez Zapata, 2010)

A nivel mundial los hospitales (privados y generales) han evidenciado un incremento del 21% de la afluencia de pacientes a los Servicios de Emergencias, siendo necesaria la priorización de su atención según indica un estudio realizado (Pilco Vela & Sánchez Sánchez, 2009) en relación al estudio (Moyota Camayo, 2011) donde la cobertura en el aseguramiento cubre al 61% de la población urbana y al 47,5% de la población rural. Por lo que se produce una afluencia y demanda de pacientes en todos los Servicios de Emergencias siendo necesaria la priorización de su atención del usuario externo.

En el Ecuador los hospitales que mayor demanda presentan son del sector Público, en un porcentaje del 16.60% pertenecientes a 125 hospitales del Ministerio de Salud Pública, a diferencia de las instituciones hospitalarias pre privadas que atienden en un 2.92% que corresponde a 22 hospitales pre privados según el informe (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011, pág. 16). Por lo que los hospitales públicos están amparados en (Velasco Enriquez & Quirola Fernandez, 2012) La ley de Salud Gratuita del Ecuador en la Sección II de los Derechos de la Salud en el artículo 5 de la Constitución Política del Ecuador.

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el Servicio de Emergencia, la situación es similar a la del país y aún más siendo un hospital de segundo nivel y de referencia zonal, como lo refleja la demanda de usuarios/as atendidos en el Servicio de Emergencia durante el 2012 se atendió 54307, atendiendo al día 150 clientes, observando un mayor ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia con una cantidad anual de pacientes de 4492 que corresponde al 8.27% (Hospital Provincial General Docente Riobamba, Departamento de Estadística, 2013)

En el Servicio de Emergencia laboran 16 Licenciadas/os de Enfermería que cuentan con las especialidades de, 1 Licenciada Enfermera líder Especialista en Medicina Crítica de Enfermería y Magister en Gerencia de Salud, 3 Licenciadas Especialistas en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud, 2 Licenciadas Magister en gerencia de salud, 1 Licenciada Magister en Gestión Académica Universitaria, 1 Licenciada Egresada de Magister en Clínico Quirúrgico de la Universidad Nacional de Chimborazo, 1 Licenciado estudiante de Maestría en Clínico Quirúrgico de la Universidad Interamericana de los Andes representando en un 56,25% de Licenciadas tiene título de cuarto nivel y 7 Licenciadas que representa el 43,75% tiene título de tercer nivel. (Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Coordinación del Servicio de Emergencia, 2014)

Según las normas técnicas establecidas por Ministerio de Salud Pública del Ecuador indica; un Médico Coordinador de piso, 1 Médico Traumatólogo por cada 15 pacientes, 1 Médico Emergenciólogo, una Licenciada en Enfermería por cada 6 pacientes en Observación, una Licenciada en Enfermería en Cuidados Críticos por cada 3 pacientes, una Licenciada en Enfermería en consultorios y triage, una Auxiliar de Enfermería por 8 camas en Observación, una Auxiliar de Enfermería por 5 camas en Cuidados Críticos, la realidad en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba es de la siguiente manera: Un Médico Coordinador de piso, un Médico Tratante, 3 Médicos Residentes, una Licenciada Enfermera Líder del piso, una Licenciada en Enfermería por 15 camas, con apoyo de la Licenciada de Cuidados Críticos cuando no tiene pacientes, una Licenciada en

Enfermería por 4 camas en Cuidados Críticos, Una Licenciada en Enfermería en consultorios y triage, una Auxiliar de Enfermería en Observación y una Auxiliar de Enfermería en Cuidados Críticos (Hospital Provincial General Docente Riobamba, Departamento de Enfermería, 2013)

Al realizar un análisis mediante la aplicación de una encuesta al personal de Licenciadas/os en Enfermería que labora en el servicio, el 38% conocen sobre triage mediante los años de experiencia laboral, el 58% manifiesta que la infraestructura del Servicio de Emergencia no es accesible, tampoco se aplica de forma correcta los protocolos de Emergencias Médicas Hospitalarias establecidos por el Ministerio de Salud Pública, mediante una correcta relación entre escalas, niveles de gravedad y clasificación de víctimas. (Hospital Provincial General Docente Riobamba, Área de Triage, 2014)

Como lo indican los estándares de acreditación, en sus indicadores, N°8 que el equipo debe efectuar el triage de clientes de manera oportuna, donde los pacientes reciban una valoración completa, independientemente de cómo lleguen al servicio de emergencias. Indicador N° 9 el equipo examina eficientemente a los clientes que necesitan los servicios en el servicio de emergencias, “donde además de la información obtenida tras el proceso de triage, los elementos de salud física incluyen: historia médica, alergias, perfil de medicación, estado de salud, seguridad personal y ambiente doméstico, el cual además incluye exposición a abusos físicos, sexuales o psicológicos; asimismo, estado nutricional”. Indicador N° 2 el equipo tiene acceso a los recursos necesarios para proveer servicios de calidad de emergencia, y sostener el flujo de clientes que pueden ser recursos humanos, financieros, estructurales o de información. (Accreditation Canada, 2014, pág. 5.26.29)

1.2. ¿FORMULACIÓN DEL PROBLEMA?

¿El conocimiento de triage en el personal de Licenciadas/os en Enfermería influye en la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el Conocimiento de Triage en el personal Profesional de Enfermería y se puntualice su efecto en la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre Triage en las Licenciadas de Enfermería, para categorizar al paciente que ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
- Identificar mediante qué características el personal profesional de Enfermería valora, clasifica y categoriza al paciente en triage.
- Diseñar e implementar la Guía Educativa de Triage en el Servicio de Emergencia.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El triage es un método de selección y clasificación que define la prioridad para la atención de un paciente en el Servicio de Emergencia según la gravedad de su estado clínico, mediante la valoración clínica en el área de triage debe ser realizado por un profesional capacitado. (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 23)

Esta investigación que se realizó, porque al revisar bibliografía a nivel nacional y local, las pautas de estudio sobre el tema son escasas, razón por la cual es necesario analizar con el propósito de evaluar el conocimiento de triage que tienen las Licenciadas de Enfermería y cómo influye en la categorización del paciente.

Los cambios en los Servicios de Emergencia que se han producido en los últimos años, han modificado la atención a los usuarios/as debido a la gran demanda de clientes ya que están amparados en la Ley de Salud Gratuita del Ecuador en la Sección II de los derechos de la salud en el artículo 5 de la Constitución Política del Ecuador, (Velasco Enriquez & Quirola Fernandez, 2012)

Es un tema actual, de gran importancia y relevancia, ya que determina el nivel de conocimiento sobre triage que tiene las Licenciadas de Enfermería que lo ha ido adquiriendo mediante los años de experiencia laboral y autoeducación, provocando así una mala categorización del paciente mediante las características de valoración y clasificación de triage, donde se ha visto la necesidad de dar una solución a la problemática que se presenta en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba es la inadecuada aplicación de triage, de esta manera colaborar en solución del problema relacionado con el conocimiento lo cual se propone diseñar una Guía Educativa sobre triage en Emergencia.

Este estudio servirá como un aporte de investigación y guía de consulta para las Licenciadas de Enfermería, personal de Estadística e Internos Rotativos de Medicina, Obstetricia, Enfermería y otro personal a fines del área de estudio, razón por la cual

se propuso esta investigación, además se contó con el acceso a la información del área de estudio y la cooperación de las Licenciadas de Enfermería, el apoyo técnico de los Líderes del Servicio y de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital.

Los beneficiarios de esta investigación serán, el usuario/a externo/a, el personal de salud en especial las Licenciadas de Enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, a nivel institucional se beneficiará la Universidad Nacional de Chimborazo en especial la Carrera de Enfermería.

Durante el tiempo de las pasantías como Interno Rotativo de Enfermería en el Servicio de Emergencia se observó que la aplicación de triage no se sustenta en documentación científica como protocolos y tarjeteros para la clasificación y categorización al usuario.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. POSICIONAMIENTO TEORICO PERSONAL

Esta investigación está basada en la teoría de “**Hildegard Peplau Enfermera Psicodinamica**” cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Metaparadigmas.

Persona: Es considerada como un organismo que vive en un equilibrio inestable.

Enfermería: Se ocupa de las necesidades de salud, de individuos y grupos de la comunidad.

Salud: En este modelo la relación entre la enfermera y el paciente constituye el aspecto más importante del proceso terapéutico, que se desarrolla en cuatro fases:

- Orientación.
- Identificación.
- Explotación.
- Resolución.

Ambiente: Otras personas importantes con quien interactué el individuo.

Según lo entendido la Licenciada de Enfermería es la encargada de satisfacer las necesidades de salud del paciente, familia y comunidad y así mantener al usuario en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

2.2. DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

En la Zona 3 encontramos al Hospital Provincial General Docente Riobamba una institución de salud de segundo nivel, ubicado al Sur de Riobamba está conformado por 5 especialidades, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología obstetricia, Neonatología y Pediatría, y otros Servicios Centro Obstétrico y Quirúrgico, Medicina Critica que está conformada por la Unidad de Quemados y Terapia Intensiva y el Servicio de Emergencia la cual es la principal área de estudio.

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

En la Universidad Nacional de Chimborazo se registra tan solo un tema similar a mi investigación que es aplicado al personal Auxiliar de Enfermería. Tampoco se registran investigaciones similares o relacionadas al tema en las diferentes áreas y distritos de salud de la Zona 3.

2.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.4.1. ANTECEDENTES

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las plantas de accidente abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triage en los cuartos de urgencias hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 1964.

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

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triage para los cuartos de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triage (Australasian Triage Scale: ATS).

Podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triage a nivel mundial en incluso el italiano, los cuales son los siguientes:

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

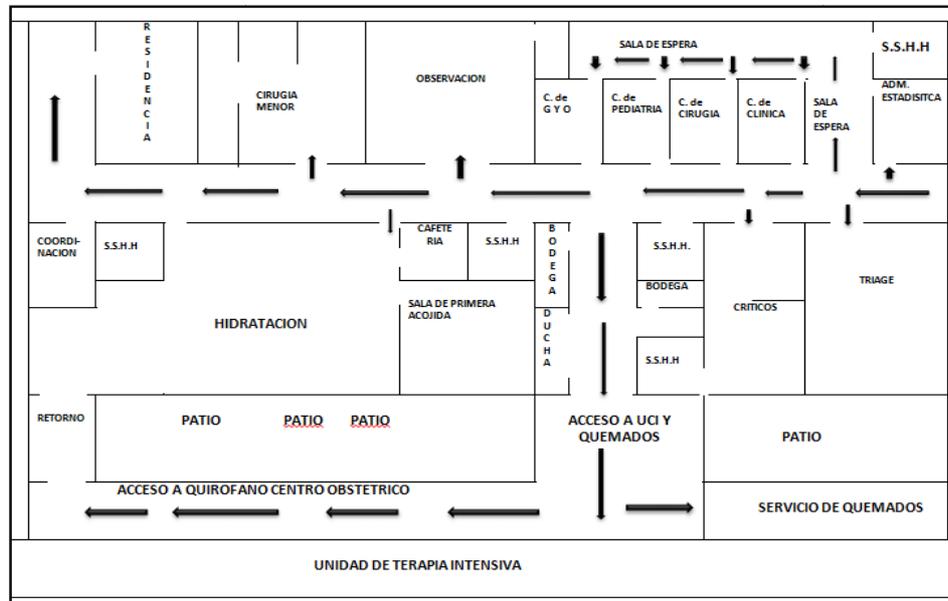
El Sistema de triage de Manchester (Manchester Triage System: MTS) introducido por el Grupo de triage de Manchester en 1996.

El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triage (Emergency Severity Index 5 level triage: ESI) desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los E.E.U.U. en 1999.

El Modelo andorrano de triage (Model Andorra de triage: MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triage por la Societat Catalana de Medicina d'Urgencia (SCMU) en 2002 y como estándar andorrano por la Societat Andorrana de Urgencies y Emergencies (SAUE) en 2007. (Organizacion Mundial de la Salud, 2010, pág. 7)

2.3.2. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y TRIAGE.

Imagen N° 1 Servicio de Emergencia



Fuente: Servicio de Emergencia de Hospital Provincial General Docente de Riobamba

El Servicio de Emergencia tiene una infraestructura física con todas las dependencias necesarias para atender todas las emergencias en sus diferentes especialidades y entre ellas son:

- Área de Admisión de Estadística.
- Sala de Espera.
- Área de Triage.
- Área de Críticos.
- Consultorios o consulta ambulatoria.
- Área de Observación e Hidratación.
- Áreas de apoyo.
- Áreas para el personal.
- Áreas no asistenciales.

Todas las áreas antes mencionadas deben tener un flujo o circuito asistencial de fácil acceso para que de esta forma se dé una atención óptima al usuario y así evitar complicaciones.

2.3.2.1 Área de Admisión.

Su objetivo es registrar las entradas y salidas de los pacientes y dirigirlos a la unidad de Triage. En ocasiones actúa como centro de información de pacientes y como servicio general de Admisión en días festivos o fines de semana. Entre sus funciones destacamos. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

- Registro de entrada de pacientes.
- Derivación del paciente al triage.
- Custodia de pertenencias en casos excepcionales o a solicitud del enfermo.
- Avisar a ambulancias.
- Cumplimentar la documentación oportuna (partes al juzgado, etc.)

2.3.2.2 Sala de espera.

Como su nombre lo indica aloja a los pacientes por atenderse así como a sus familiares, esta área debe ser confortable y no cuenta con área de visita rápida que valore a los pacientes menos urgentes y sin ninguna urgencia que permita descongestionar esta área. (Pilco Vela & Sánchez Sánchez, 2009, pág. 21)

2.3.2.3 Área de Triage.

Es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente

que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

2.3.2.4 Área de Críticos.

Los pacientes realmente emergentes, deben disponer de un área de atención inmediata (politraumatismos o trauma severo, descompensaciones cardiovasculares y cuadros de shock independientemente de su origen, intoxicaciones graves, comas de diversas etiologías). La misma deberá contar con todo el instrumental y aparatología necesarios para reanimación y estabilización de pacientes críticos, incluyendo equipos diagnósticos como portátil de rayos-x y ecografía, y medios de estabilización quirúrgica. (Cubelli, Guillermo Rubén, 2010, pág. 6)

2.3.2.5 Consultorios o consulta ambulatoria.

Los pacientes son atendidos por médicos generales e internos, apoyados por médicos residentes y especialistas adjuntos que están disponibles para la consulta. Debe contar con las 4 especialidades básicas, Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Con esta zona se permita atender a más pacientes, con mayor rapidez y menor tiempo de espera. En general, son enfermos estables y que no precisan estar encamados. (Pilco Vela & Sánchez Sánchez, 2009, pág. 23)

2.3.2.6 Área de Observación e Hidratación.

Los pacientes que deban permanecer varias horas en el área de emergencias, se ubicarán en una unidad de observación, a fin de controlar su evolución o a la espera de resultados de imágenes o laboratorio, o de una decisión de internación o intervención quirúrgica.

2.3.2.7 Áreas de apoyo.

Son todas aquellas áreas dependientes del área de emergencias pero que por las características y limitantes de la institución se comparten con el resto de los servicios del hospital: sala de radiología y ultrasonidos, sala de laboratorio y hemoterapia, quirófano para pacientes con emergencias.

Depósito: Debe contar con el máximo espacio posible, ya que el número de elementos (material en general, material desechable y medicación) que se utilizan en un servicio de urgencias es casi infinito.

Limpieza: Puede hacerse la misma consideración que con respecto a depósito, ya que es una actividad fundamental a desarrollarse durante las 24 horas.

Laboratorio: Cuando la organización de la Institución, de la que el Servicio de Emergencias forma parte lo permita, sería útil contar con laboratorio exclusivo para emergencias en la misma área de atención de los pacientes.

Esterilización: También de acuerdo a la organización institucional, es bueno recordar que o es práctico para un Servicio de Urgencias utilizar las instalaciones centrales del Hospital, sino, como en el caso de laboratorio y radiología, también en esterilización, contar con estructura propia diseñada para su funcionamiento particular.

2.3.2.8 Áreas para el personal.

El personal médico y paramédico, que comparte muchas horas de trabajo en una actividad tan exigente y “estresante”, requiere de áreas de reunión y descanso, en lo posible no alejadas de las de atención de pacientes. Donde las más importantes son.

- Oficina del Coordinador de piso.

- Oficina de la Enfermera Líder del servicio.
- Vestuario.
- Sala de reunión.
- Estación de Enfermería

2.3.2.9 Áreas no asistenciales.

Comprenderán los espacios destinados a despachos de Coordinador y Líder de Servicio, Secretaría, Sala de Reuniones, Aula, Supervisión, Farmacia, zona de almacenamiento y depósito. (Cubelli, Guillermo Rubén, 2010, pág. 8)

2.3.3 TRIAGE

2.3.3.1 Definición de triage.

Proviene del término francés triage que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar”. Es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. (Reyes Flores & Grimaldo Loredó, 2012)

2.3.3.2 Objetivos para la aplicación del Sistema de Triage.

General:

- Mejorar la atención de los pacientes y disminuir el tiempo de espera para su atención y secundariamente disminuir la saturación de los servicios de Urgencias.

Específicos:

- Categorizar la atención del paciente en una urgencia/emergencia calificada.
- Identificar los factores de riesgo para categorizar la urgencia calificada.
- Priorizar al paciente para asignar el área correspondiente del servicio de emergencia hospitalario para su atención: box/ sala de reanimación, box/ sala de observación o primer contacto (consultorios). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

2.3.3.3 Descripción del procedimiento de triage.

Las etapas no han de ser necesariamente sucesivas y que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea. Estas etapas son:

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

❖ Recepción y acogida.

La Licenciada/o Enfermera/o de triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior.

En esta etapa la Licenciada/o Enfermera/o también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un triage debido a lo evidente de su patología.

Esta parte del proceso se realizará a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado, preferiblemente en una dependencia habilitada a tal fin dotada de medios simples.

❖ **Valoración.**

La Licenciada/o Enfermera/o de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente.

En primer lugar llevará a cabo una entrevista breve en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes. La entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje que el paciente pueda comprender.

Mientras realiza la entrevista la Licenciada/o Enfermera/o hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro, a continuación valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificación del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.

En algunos casos se hará necesario la toma de constantes (FC, TA, Tª, Sat O2, etc), que han de ceñirse a aquellas que sean elementales para su valoración y la realización de pruebas simples (glucemia capilar). (González Casares, Martínez Lores, Ureta Guzmán, & Alonso Juanes, 2010)

❖ **Clasificación.**

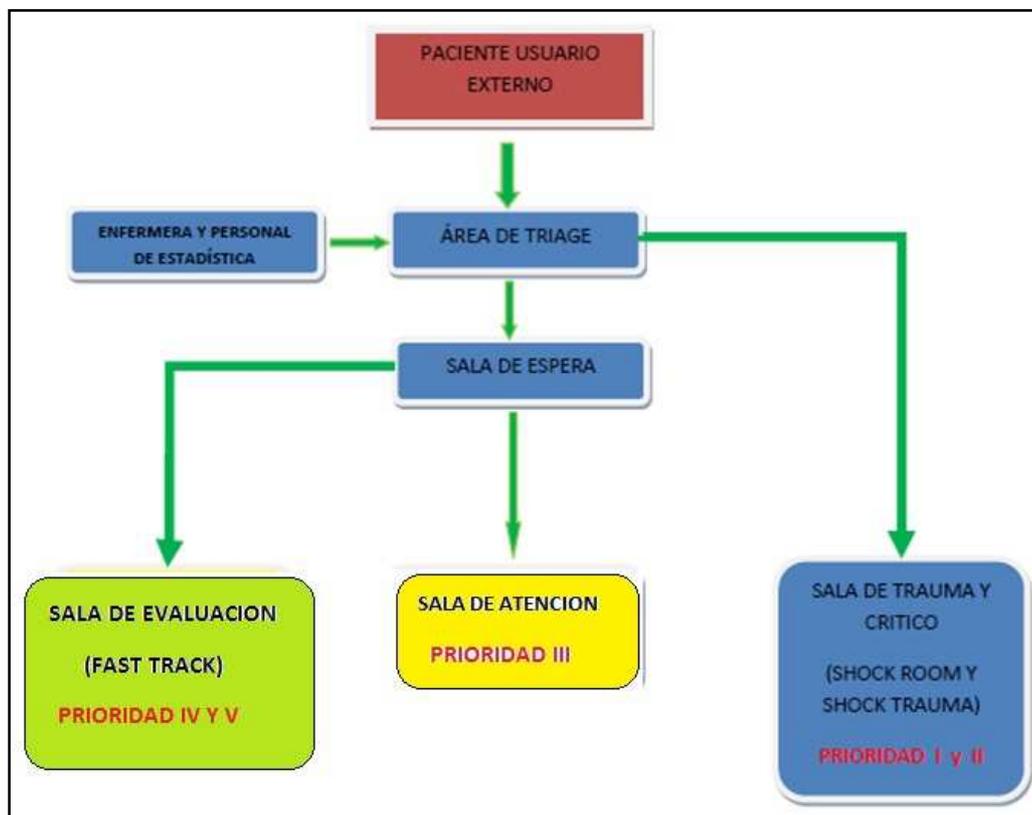
El Triage de Enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y diferenciando cuando es: (Gobierno Federal de los Estados Unidos, 2011)

- Emergencia.
- Urgencia.
- No Calificada.
- Triage por niveles

El proceso de asignación de la prioridad cuenta con las siguientes acciones que no deben consumir más de 5 minutos.

- **Primero:** Realizar evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación.
- **Segundo:** Motivo de la urgencia. Debe ser una anamnesis dirigida, específica que identifique de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta. Conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos en el primer contacto se asigna la prioridad del paciente.
- **Tercero:** Evaluar los signos vitales del paciente.
- **Cuarto:** Asignación del área/box/sala de tratamiento dentro del servicio de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011)

Imagen N° 2 Flujoograma de triage del Hospital Provincial General Docente Riobamba



Fuente. Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

❖ **Emergencias:** Eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro de los primeros 10 minutos a su llegada a Emergencia “Clasificado a Unidad de Reanimación o Sala de Críticos”.

Motivos

- Paro cardiorrespiratorio presenciado.
- Pacientes que a su llegada viene en RCP.
- Pérdida del estado de alerta.
- Focalización neurológica.
- Pérdida aguda de la visión.
- Dificultad respiratoria aguda y/o en reposo.
- Dolor torácico y diaforesis.
- Palidez, diaforesis, taquicardia e hipotensión.
- Pulso en extremidad ausente, fría, dolor con cambios de coloración.
- Trauma mayor.
- Hemorragia profusa.
- Quemadura > 20%.

❖ **Urgencias:** Condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primero 30 a 60 minutos “Clasificado a la Área de Observación de Emergencia.”

Motivos

- Cefalea sin signos neurológicos.
- Déficit neurológico > 6 hrs.
- Obstrucción de la vía aérea incompleta.
- Dificultad respiratoria moderada.

- Dolor torácico atípico.
- Dolor abdominal agudo.
- Hematuria franca.
- Deshidratación moderada.
- Trauma menor.
- Hemorragia moderada sin repercusión hemodinámica.
- Paciente con quemadura < 20%.
- Efectos secundarios leves a absorción de fármacos y/ o sustancias.

❖ **No Calificada:** Condiciones que el paciente se considera como prioritaria, pero que no pone en peligro su vida, no existe un tiempo límite para su atención debe ser clasificado a la Sala de Espera del Área de Emergencia. (Gobierno Federal de los Estados Unidos, 2011, pág. 5)

Motivo

- Cefalea leve.
- Gastroenteritis sin deshidratación y con tolerancia a la vía oral.
- Contusiones menores.
- Contusiones no recientes.
- Patología crónica no agudizada.
- Pacientes recomendados.
- Patologías infecciosas que no requieren de hospitalización.

❖ **Triage por niveles.**

Los pacientes serán valorados en el menor tiempo posible por el profesional encargado del triage, el cual aplicará los criterios de la escala para asignar el nivel de urgencia del nivel I al nivel V. El nivel del triage asignado determinará el orden en que los pacientes serán atendidos por el personal facultativo y de enfermería. (González Casares, Martínez Lores, Ureta Guzmán, & Alonso Juanes, 2010)

Existen múltiples sistemas de triage, sin embargo por la difusión amplia, la facilidad y versatilidad en su uso se ha tomado como referente el sistema del grupo español de triage “Sistema de Triage Manchester MTS® modificado”, que también fue tomado como base para el Manual de Triage Iberoamericano (OPS, 2010). El triage que se utilizará es el siguiente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013)

Imagen No. 3 Niveles de triage

Nivel I - resucitación	Evaluación inmediata
Nivel II - Emergente	Menos de 15 minutos
Nivel III - Urgente	Menos de 30 minutos
Nivel IV - menos urgente	Menos de 1 hora
Nivel V - No urgente	Menos de 2 horas

Fuente: <http://www.slideshare.net/PaulAlejandroCarvajal/triage-intrahospitalario>

❖ **Nivel 1 azul o resucitación:** Se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.

- *Tiempo de atención de enfermería inmediato.*
- *Tiempo de atención del facultativo inmediato.*

Motivo

- Paro.
- Trauma mayor.
- Estado de shock.
- Asma en preparado.
- Insuficiencia respiratoria grave.

- Estado mental alterado (inconsciente/delirando).
- Status epiléptico.

❖ **Nivel 2 rojo o emergente:** Pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo.

- *Tiempo de atención de enfermería inmediato.*
- *Tiempo de atención del facultativo 10 minutos.*

Motivo

- Trauma craneal (signos de riesgo ± estado mental alterado)
- Trauma severo.
- Estado mental alterado (letargia, somnolencia, agitación)
- Ojos: explosión productos químicos.
- Reacción alérgica severa.
- Dolor torácico visceral, no traumático.
- Sobredosis (consciente), síndrome de abstinencia drogas.
- Dolor abdominal (> 50 años) con síntomas viscerales.
- Dolor de espalda (no traumático, no músculo-esquelético)
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales alterados.
- AVC con déficit mayor.
- Asma severa (PFR < 40%)
- Moderada/ severa disnea/ dificultad en respirar.
- Sangrado vaginal agudo, escala de dolor > 5, ± signos vitales alterados.
- Vómitos y/o diarrea (con sospecha de deshidratación)
- Signos de infección severa.
- Quimioterapia o inmunodeprimido.
- Fiebre (lactante <= 3 meses con T^a rectal >= a 38°)
- Episodio psicótico agudo/ agitación extrema.

- Diabetes: hipoglucemia, hiperglicemia.
- Cefalea (escala del dolor 8-10/10)
- Escala del dolor 8-10, (dolor cólico, espalda, ojos)
- Agresión sexual.
- Neonato < 7 días.

❖ **Nivel 3 amarillo o urgente:** Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales).

- *Tiempo de atención de enfermería 15 minutos.*
- *Tiempo de atención del facultativo 15 minutos.*

Motivo

- Traumatismo craneal, alerta, vómitos.
- Traumatismo moderado.
- Abuso-negligencia-agresión.
- Vómito y/o diarrea <= 2 años.
- Problemas de diálisis.
- Signos de infección.
- Asma leve - moderado.
- Leve - moderada disnea (dolor torácico sin sintomatología visceral (punzante y músculo-esquelético), sin antecedentes de ataque al corazón.
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales normales.
- Sangrado vaginal agudo. Signos vitales normales.
- Crisis comicial consciente a la llegada.
- Psicosis ± intento de suicidio.
- Escala de dolor 8-10/10 con daños menores.
- Escala de dolor 4-7/10(cefalea, dolor cólico espalda)

❖ **Nivel 4 verde o menos urgente:** Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad-urgencia significativa, suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica.

➤ *Tiempo de atención de enfermería menos de 45 minutos.*

➤ *Tiempo de atención del facultativo menos de 45 minutos.*

Motivo

➤ Traumatismo craneal, despierto, sin vómitos

➤ Traumatismo menor

➤ Dolor abdominal (agudo)

➤ Dolor de oído

➤ Dolor torácico, trauma menor o músculo-esquelético, no diseñe

➤ Vómitos y/o diarrea (>2 años sin deshidratación)

➤ Intento de suicidio/ depresión

➤ Reacción alérgica (menor)

➤ Cuerpo extraño en cornea

➤ Dolor de espalda (crónico)

➤ Síntomas de infección de orina

➤ Escala de dolor 4-7

➤ Dolor de cabeza (No migraña, no súbito)

❖ **Nivel 5 blanco o no urgente:** Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica. (Gómez Jiménez, J, 2014)

➤ *Tiempo de atención de enfermería 120 minutos.*

➤ *Tiempo de atención del facultativo 120 minutos.*

Motivo

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

Imagen N°4. Ficha de clasificación en el Área de Triage



Ministerio de Salud Pública
Hospital Provincial General Docente de Riobamba
AREA DE TRIAGE

PRIORIDAD I II III IV V

FECHA: _____ HORA: _____

EDAD: _____ PESO: _____

NOMBRE: _____

SINTOMA PRINCIPAL

SIGNOS VITALES

TA _____ FC _____

T_m _____

Sat. O2 _____	GLASGOW	O	/4
		V	/5
		M	/6
FR _____		TOTAL	/15

ESCALA DEL DOLOR: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PATOLOGIA PREVIA RELEVANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR

Fuente. Hospital Provincial General Docente Riobamba Servicio de Emergencia.

Distribución

Tras la clasificación del paciente la enfermera de triage debe ser la mejor preparada para decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará.

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

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

En base a estas circunstancias tomará sus decisiones aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el triage, no debe dejarse en ningún modo cerrado, porque como se ha explicado anteriormente el triage es un proceso abierto y las circunstancias tanto del usuario como del servicio son cambiantes. (González Casares, Martínez Lores, Ureta Guzmán, & Alonso Juanes, 2010)

❖ **Paciente rojo o paciente crítico:** Será acompañado rápidamente al Box de Críticos o Reanimación alertando al resto del personal de la llegada, así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización. Se seguirá el protocolo de actuación en pacientes críticos. Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 Médico, 2 Enfermeras y 1 Auxiliar de Enfermería.

❖ **Paciente amarillo o agudo inestable:** Se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al Box de Críticos o a un Box General. Se propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes es: 1 Médico, 1 Enfermera y 1 Auxiliar de Enfermería.

❖ **Paciente verde o agudo estable:** Se derivará a un box general o a la consulta rápida dependiendo de su estado. Si es una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en la consulta se trasladará a un Box. Si se prevé que precisará de las siguientes técnicas: EKG, Punción Lumbar, Sondaje Vesical, Sondaje Nasogástrico, Canalización vía o extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con yeso, administración de O2, se pasará siempre a un Box del interior donde será valorado.

❖ **Paciente blanco o de patología banal:** El paciente será atendido en la consulta rápida por el médico encargado de la misma con la ayuda del personal de Triage cuando sea preciso. (Pilco Vela & Sanches Sanches, 2009, pág. 34)

2.3.4 TRIAGE EN DESASTRES.

2.3.4.1 Prioridad tipo I o roja: Se aplica a los lesionados de cuidados inmediatos, quienes requieren una atención médica urgente, ya que por la gravedad de sus lesiones pueden perder su vida y con los recursos disponibles tienen probabilidad de sobrevivir.

Código Rojo primera prioridad

- Paro cardio-respiratorio presenciado.
- Asfixia y problemas respiratorios.
- Heridas en tórax y dificultad respiratoria.
- Neumotórax a tensión.
- Asfixia traumática (hundimiento de tórax)
- Heridas máxilo-faciales que complican vías aéreas.
- Choque o amenaza de choquen
- Hemorragias severas internas o externas, incluyendo fracturas expuestas.
- Síndrome de aplastamiento.

- Quemaduras con extensión mayor al 20% de la superficie corporal y mayores de segundo grado.
- Personas histéricas o en estados de excitación máxima.
- Evisceración.
- Abdomen agudo.
- TCE severo.
- Status convulsivo.

Gineco-obstétricas:

- Trabajo de parto activo
- Sangrado vaginal abundante

2.3.4.2 Prioridad tipo II o amarilla: Se aplica a los lesionados de **cuidados intermedios o diferibles**, quienes requieren una atención médica que da lugar a espera.

Código amarillo segunda prioridad

- Lesiones viscerales sin choque.
- Lesiones torácicas sin dificultad respiratoria.
- Lesiones vasculares sin choque.
- Traumatismos cráneo-encefálicos cerrados, sin alteración progresiva del estado de conciencia.
- Quemaduras de segundo grado, en el 10% a 20% de la superficie corporal, y de tercer grado menores al 10% de la superficie corporal, con localización importante.
- Fracturas mayores (pelvis y fémur) sin signos de choque.
- Dolor torácico sin compromiso hemodinámico.
- Hemorragias que pueden ser detenidas con vendaje compresivo.

2.3.4.3 Prioridad tipo III o verde: Se reserva para aquellos lesionados de cuidados menores, o sea los que presentan lesiones leves o que su atención puede dejarse para el final sin que por ello se vea comprometida su vida.

Etapa diagnóstica.

➤ Que conduce a la categorización por colores en cada nivel de triage, según el orden de atención.

Código verde tercera prioridad

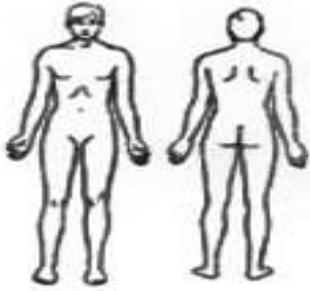
- Lesiones menores (sin riesgos para su vida):
- Lesiones de tejidos blandos.
- Heridas superficiales.
- Fracturas no complicadas.
- Luxaciones.
- Fracturas menores o no expuestas.
- Quemaduras de primer grado, sin importar su extensión sobre la superficie corporal.
- Quemaduras de segundo grado menores al 15% de la superficie corporal, sin localización importante.
- Quemaduras de tercer grado, menores al 2% de extensión corporal
- Choque psicológico sin agitación.
- Personas sin lesiones.

2.3.4.4 Prioridad tipo IV o negra: Se aplica a los lesionados de cuidados mínimos, es decir, a aquellos cuyas lesiones son de tal gravedad, que existen pocas o ninguna probabilidad de sobrevivir, pero que merecen algún grado de atención médica.

Código negro

- Se refiere a pacientes con lesiones mortales. Se incluyen éstas últimas en cuarta prioridad porque la posibilidad de sobrevivida es baja y requieren demasiada atención médica, lo cual va en desmedro de la atención dirigida a pacientes con mejores posibilidades de supervivencia.
- Pacientes fallecidos.
- Lesiones mortales (pocas posibilidades de sobrevivida)
- Quemaduras de segundo grado mayores del 40% de la superficie corporal.
- Quemaduras de segundo grado, mayores del 40% de la superficie corporal, asociadas a lesiones cráneo-encefálicas o torácicas mayores.
- Lesiones craneales con exposición de masa encefálica y paciente inconsciente.
- Lesiones cráneo-encefálicas con paciente inconsciente y fracturas mayores.
- Lesiones de columna vertebral con ausencia de sensibilidad y movimientos.
- Paciente mayor de 60 años con lesiones mayores graves. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011, págs. 17-18)

Imagen No 5. Tarjetero de clasificación de víctimas

<p>Nº 0001 Socorrista</p> <p>CLASIFICACIÓN DE VÍCTIMAS</p> <p>Fecha: Hora: Edad: Sexo: Nombre: Procedencia: Tipo de accidente:</p>  <p>Lesiones:</p>	<p>Nº 0001 Transportista</p> <p>TRATAMIENTO INICIAL PREHOSPITALARIO</p> <p>Hora: Hora: Hora: Hora:</p> <p>..... Responsable</p> <p>TRATAMIENTO INICIAL EN EL HOSPITAL</p> <p>Hora: Hora: Hora: Hora:</p> <p>..... Responsable</p>																								
<p>PRIORIDAD</p> <table border="1"> <tr> <td>Para el traslado</td> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">IV</td> <td>En el hospital</td> </tr> <tr> <td style="background-color: red; text-align: center;">I</td> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">IV</td> <td style="background-color: red; text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow; text-align: center;">II</td> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">IV</td> <td style="background-color: yellow; text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="background-color: green; text-align: center;">III</td> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">IV</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">III</td> </tr> </table>	Para el traslado	IV	En el hospital	I	IV	I	II	IV	II	III	IV	III	<p>PRIORIDAD</p> <table border="1"> <tr> <td>En el hospital</td> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">IV</td> <td>Para el traslado</td> </tr> <tr> <td style="background-color: red; text-align: center;">I</td> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">IV</td> <td style="background-color: red; text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow; text-align: center;">II</td> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">IV</td> <td style="background-color: yellow; text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="background-color: green; text-align: center;">III</td> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">IV</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">III</td> </tr> </table>	En el hospital	IV	Para el traslado	I	IV	I	II	IV	II	III	IV	III
Para el traslado	IV	En el hospital																							
I	IV	I																							
II	IV	II																							
III	IV	III																							
En el hospital	IV	Para el traslado																							
I	IV	I																							
II	IV	II																							
III	IV	III																							

Fuente: Protocolo de Atención Prehospitalaria para Emergencias Médicas Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2.3.5 CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE TRIAGE.

La Licenciada/do Enfermera/ro debe iniciar con una evaluación inicial y rápida del paciente en el momento de su llegada al Servicio de Emergencia.

2.3.6 ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE TRIAGE.

La estandarización comprende el flujograma que describe la ruta del paciente de acuerdo con la prioridad de atención.

En la evaluación inicial del paciente:

- Signos vitales.
- Nivel de conciencia.

Si el paciente es de **prioridad I de inmediato**, si no trae consigo se coloca en silla de ruedas o camilla y se traslada a la sala de Reanimación, Observación o espacio disponible para su estabilización y atención integral.

Si el paciente es de **prioridad II** se mantiene en contacto en el área de Triage, se llena la hoja de registro, se valora disponibilidad de espacios en consultorios o sala de Observación, se le informa al Médico de atención o Triage avanzado para su atención en 15 minutos.

Si el paciente es de **prioridad III** y se confirma que no es una emergencia se le solicita amablemente que tiene que coger turno o se recomienda a consulta externa.

La información está organizada de acuerdo con la severidad y la prioridad con la finalidad de facilitar la atención y evitar confusiones se establece una valoración de los signos y síntomas en los siguientes grupos:

- Signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.
- Signos y síntomas cardiovasculares.
- Signos y síntomas respiratorios.
- Signos y síntomas neurológicos.
- Signos y síntomas musculo esqueléticos.
- Signos y síntomas oculares.
- Signos y síntomas genitales masculinos.
- Signos y síntomas del oído.
- Signos y síntomas de nariz, boca y garganta.
- Signos y síntomas urinarios.
- Signos y síntomas de los genitales y del sistema reproductor femenino.

- Signos y síntomas psicológicos.
- Signos y síntomas del sistema tegumentario.
- Signos y síntomas del sistema endocrino.
- Signos vitales.

2.3.6.1 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Dolor abdominal severo constante. Trauma abdominal penetrante. Parto en curso. Dolor abdominal acompañado de diaforesis, náusea, dolor en miembro superior izquierdo, disnea y angustia. Dolor abdominal, vómito o diarrea con signos de deshidratación. Trauma abdominal cerrado (menor de 24 horas), dolor severo, sangrado y signos de shock. Enterorragia masiva. Hematemesis masiva. Ingesta de tóxicos.	Enterorragia moderada. Sangrado rectal sin otro compromiso. Lesión abdominal reciente (menor de 24 horas) sin dolor severo, sangrado o shock. Dolor abdominal intermitente, vómito, diarrea, deshidratación leve. Imposibilidad para tragar sin dificultad para respirar. Dolor abdominal, sangrado vaginal y fiebre. Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente.	Vómito sin sangre. Diarrea sin compromiso del estado general del paciente. Flatulencia. Náuseas. Estreñimiento. Eructos. Regurgitación. Pirosis. Anorexia. Hiporexia. Cólico menstrual.

2.3.6.2 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas cardiovasculares.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Dolor torácico irradiado a cuello o brazo, acompañado de diaforesis, disnea, náuseas o angustia.</p> <p>Ausencia de pulso.</p> <p>Cianosis.</p> <p>Hipertensión o hipotensión severas.</p> <p>Hipertensión (mayor de 140/90 mmHg) asociada a cefalea, alteración neurosensorial, alteración del estado de alerta, dolor torácico o epistaxis.</p> <p>Lesión penetrante en tórax.</p> <p>Exposición eléctrica con pulso irregular.</p> <p>Lesión penetrante en vasos sanguíneos.</p> <p>Taquicardia o bradicardia.</p> <p>Paciente en shock.</p> <p>Dolor torácico con antecedente de enfermedad coronaria.</p> <p>Dolor torácico acompañado de pulsos asimétricos.</p> <p>Dolor torácico no irradiado</p>	<p>Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda.</p> <p>Dolor torácico asociado a tos y fiebre.</p> <p>Dolor torácico relacionado con la rotación del tronco o palpación.</p> <p>Sangrado activo en paciente con antecedente de hemofilia.</p>	<p>Cefalea con factores de riesgo.</p> <p>Dolor torácico no característico, con factores de riesgo.</p> <p>Dolor torácico asociado a tos y fiebre.</p> <p>Lipotimias en pacientes con factores de riesgo.</p>

(sin disnea o pulso irregular, sin cambios en el color de la piel o diaforesis). Lipotimia en paciente con marcapaso. Sangrado activo.		
--	--	--

2.3.6.3 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas respiratorios.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Disnea súbita posterior a inhalación de sustancias químicas. Quemadura de la vía aérea. Disnea de inicio súbito. Disnea acompañada de cianosis, sibilancias audibles. Disnea con tirajes supraclaviculares, intercostales, aleteo nasal o estridor. Hemoptisis masiva. Trauma penetrante en tórax. Obstrucción de la vía aérea (cuerpo extraño, tapón de moco, trauma facial, inmersión) Trauma cerrado de tórax acompañado de dolor	Tos con expectoración y fiebre. Disnea moderada progresiva. Hemoptisis moderada. Dolor torácico relacionado con la inspiración profunda. Disnea progresiva en paciente con antecedente de EPOC.	Tos seca o productiva, rinorrea, malestar general, con o sin fiebre. Disfonía. Tos seca. Tos crónica sin signos de dificultad respiratoria.

torácico, disnea súbita o respiración asimétrica.		
---	--	--

2.3.6.4 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas neurológicos.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Estado epiléptico o episodio de convulsión.	Historia de síncope o lipotimia con recuperación total sin déficit neurológico.	Cefalea crónica sin síntomas asociados.
Pérdida o deterioro progresivo del estado de conciencia con o sin trauma.	Trauma en cráneo sin pérdida de conciencia, sin déficit neurológico.	Dolor crónico y parestesias en extremidades.
Trauma en cráneo con pérdida del estado de alerta o déficit neurológico.	Cefalea intensa en paciente con historia de migraña.	Parestesias asociadas a ansiedad e hiperventilación.
Trauma en columna con déficit neurológico.	Antecedente de convulsión con recuperación total sin déficit neurológico.	
Episodio agudo de pérdida o disminución de la función motora (disartria, paresia, afasia)	Vértigo sin vómito.	
Episodio agudo de confusión.	Disminución progresiva en fuerza o sensibilidad de una o más extremidades.	
Episodio agudo de cefalea y cambio en el estado mental.	Cefalea asociada a fiebre y/o vómito.	
Episodio agudo de cefalea y cifras tensionales altas.		
Trauma penetrante en cráneo.		
Pérdida súbita de la agudeza visual.		
Vértigo con vómito.		
Sordera súbita.		

Trauma de cráneo en paciente anticoagulado o hemofílico.		
--	--	--

2.3.6.5 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas musculoesqueléticos.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Fractura abierta con sangrado abundante o dolor intenso. Fractura de huesos largos. Amputación traumática. Dolor severo en extremidad con compromiso circulatorio. Trauma por aplastamiento con dolor severo o compromiso vascular o neurológico. Deformidad en articulación con dolor intenso (luxación) Fracturas múltiples. Trauma en cadera con dolor intenso y limitación para la movilización.	Trauma en extremidad con deformidad y dolor tolerable sin déficit neurológico o circulatorio. Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores y parestesias. Dolor articular en paciente hemofílico. Trauma cerrado de mano y pie sin compromiso neurovascular. Lesiones de punta de dedo.	Dolor lumbar sin síntomas asociados. Espasmo muscular. Esguince. Dolor en dorso localizado. Contusiones. Dolor muscular sin otros síntomas. Edema sin trauma. Limitación funcional crónica. Trauma menor. Artralgias acompañadas de fiebre.

2.3.6.6 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas psicológicos.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Intento de suicidio o ideación suicida.</p> <p>Agitación psicomotora.</p> <p>Confusión.</p> <p>Alucinaciones.</p>	<p>Depresión.</p> <p>Paciente desea evaluación.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).</p> <p>Abuso de sustancias.</p> <p>Insomnio.</p>	<p>Depresión leve.</p> <p>Paciente necesita evaluación.</p> <p>Ansiedad crónica.</p> <p>Desorden en la conducta.</p>

2.3.6.7 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas oculares.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Trauma ocular químico o físico agudo.</p> <p>Visión borrosa o disminución súbita en la agudeza visual.</p> <p>Trauma penetrante.</p> <p>Pérdida súbita de visión.</p> <p>Dolor ocular.</p>	<p>Trauma ocular químico o físico agudo.</p> <p>Visión borrosa o disminución súbita en la agudeza visual.</p> <p>Trauma penetrante.</p> <p>Pérdida súbita de visión.</p> <p>Dolor ocular.</p>	<p>Hemorragia subconjuntival.</p> <p>Cambios graduales de visión no súbitos.</p> <p>Secreción ocular y prurito.</p> <p>Edema palpebral.</p> <p>Trauma ocular no agudo sin síntomas.</p> <p>Ardor ocular.</p> <p>Fotopsias (ver luces).</p> <p>Miodesopsias (ver puntos)</p>

2.3.6.8 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de los genitales masculinos.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Dolor testicular severo, edema o hipopigmentación. Trauma en pene o escroto, dolor severo e inflamación. Dolor testicular moderado de varias horas. Abuso sexual. Priapismo.	Dolor testicular leve, fiebre y sensación de masa. Edema del pene. Cuerpo extraño con molestia.	Secreción purulenta. Cuerpo extraño sin molestia. Prurito o rash perineal. Trauma menor. Masa en testículo. Impotencia.

2.3.6.9 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas del oído.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Amputación traumática de la aurícula. Otorragia u otoliquia pos trauma.	Hipoacusia aguda pos trauma. Tinnitus, vértigo y fiebre. Cuerpo extraño en oído, sangrado o molestia. Otalgia, otorrea y fiebre.	Tinnitus. Cuerpo extraño en oído sin molestia. Hipoacusia.

2.3.6.10 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas urinarios.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Dolor severo en dorso, hematuria (sugestivo de urolitiasis).	Cuerpo extraño uretral. Hematuria, disuria, polaquiuria, fiebre,	Historia de dificultad para la micción. Disuria o poliuria sin

Retención urinaria aguda. Trauma de pelvis con hematuria o anuria.	vómito y escalofrío.	fiebre, vómito o escalofrío. Disminución en el flujo urinario.
---	----------------------	---

2.3.6.11 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de nariz, boca y garganta.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Rinorrea con sangre o cristalina posterior a trauma de cráneo. Trauma facial con obstrucción de la vía aérea o riesgo de obstrucción. Epistaxis asociada a presión arterial alta, cefalea. Sangrado abundante. Amputación de la lengua o herida de mejilla con colgajo. Disfonía con historia de trauma en laringe o quemadura. Odinofagia, sialorrea y estridor. Disnea, disfagia e instauración súbita de estridor. Sangrado activo en cirugía	Epistaxis intermitente con historia de trauma o hipertensión arterial. Trauma nasal asociado a dificultad respiratoria leve. Cuerpo extraño en nariz, dolor o dificultad respiratoria leve.	Herida por punción en paladar duro o blando. Alergia, fiebre y congestión nasal. Trauma nasal sin dificultad respiratoria. Rinorrea, dolor malar o frontal y fiebre. Cuerpo extraño en nariz sin molestia. Odinofagia, fiebre y adenopatías. Lesiones en mucosa oral. Sensación de cuerpo extraño en faringe sin dificultad respiratoria.

reciente de garganta, boca o nariz. Cuerpo extraño en faringe asociado a disnea.		
---	--	--

2.3.6.12 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de los genitales y sistema reproductor femenino.

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Trabajo de parto en curso. Sangrado vaginal o uretral severo posterior a trauma. Retraso menstrual, dolor abdominal severo o irradiado a hombro. Hemorragia vaginal severa durante el embarazo (más de cuatro toallas por hora). Amniorrea espontánea en el embarazo. Trauma en el embarazo. Hipertensión arterial en el embarazo. Convulsiones en paciente embarazada. Choque en el embarazo. Abuso sexual menor de	Abuso sexual mayor de 72 horas. Sangrado vaginal (más de 10 toallas por día o pulso mayor de 100 por minuto). Trauma en genitales externos, hematoma o laceración. Sangrado vaginal pos aborto pos parto sin hipotensión o taquicardia. Cuerpo extraño con molestia. Dolor severo en mamas y fiebre. Dolor abdominal acompañado de fiebre y flujo vaginal. Dolor abdominal pos parto, fiebre y coágulos fétidos. Disminución de	Prurito vaginal o flujo. Infertilidad. Determinar embarazo. Amenorrea sin sangrado o dolor. Cuerpo extraño sin molestia. Dispareunia. Dismenorrea. Irregularidad en el ciclo menstrual. Prolapso vaginal. Disfunción sexual. Oleadas de calor. Mastalgia.

72 horas.	<p>movimientos fetales.</p> <p>Dolor abdominal pos quirúrgico.</p> <p>Signos de infección en la herida quirúrgica.</p> <p>Sintomatología urinaria en mujer embarazada.</p>	
-----------	--	--

2.3.6.13 Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas del sistema tegumentario. (Reyes Flores & Grimaldo Loredó, 2012, pág. 23)

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Mordeduras con sangrado abundante.</p> <p>Mordedura o picadura con respuesta alérgica sistémica.</p> <p>Hipotermia, rash, petequias y fiebre.</p> <p>Quemadura por calor o frío con deshidratación o compromiso general del paciente.</p> <p>Quemadura en cara, cuello, manos, pies y genitales.</p> <p>Herida penetrante con hemorragia incontrolable.</p> <p>Lesión en nervio, tendón</p>	<p>Mordedura de perro.</p> <p>Mordedura de serpiente o araña asintomática sin reacción alérgica.</p> <p>Hipotermia, palidez o cianosis localizada, sin dolor.</p> <p>Rash, dolor osteomuscular generalizado, fatiga y fiebre.</p> <p>Quemadura sin compromiso del estado general del paciente y dolor tolerable.</p>	<p>Picaduras menores localizadas.</p> <p>Lesión por frío sin hipopigmentación y dolor leve.</p> <p>Laceración.</p> <p>Herida menor por punción.</p> <p>Retiro o revisión de sutura.</p> <p>Herida infectada localizada.</p> <p>Rash sin fiebre o síntomas sistémicos.</p> <p>Celulitis.</p> <p>Cuerpo extraño en tejidos blandos.</p> <p>Rash de aparición súbita, pruriginoso sin compromiso respiratorio.</p>

❖ **Requisitos.**

Nivel de instrucción: IV nivel

❖ **Experiencia laboral requerida.**

5 a 6 años de experiencia laboral específica.

❖ **Conocimientos requeridos.**

- Administración, investigación, estadística, especialidad clínico quirúrgica, pediatría, perinatología, salud materno infantil y epidemiología.

❖ **Actividades: 1 administrativas**

- Elabora el plan operativo y estratégico con participación de los miembros del equipo de salud, según el diagnóstico situacional.
- Verifica la dotación, optimización y funcionalidad de equipos y recursos materiales, solicita el material y equipo en base a necesidades detectadas en la sala.
- Supervisa y verifica en manejo adecuado del sistema de información y estadística.
- Participa y asiste a los comités intra y extra departamentales.
- Operativiza y verifica la aplicación de los protocolos y estándares de calidad de atención, actualiza las normas técnicas del servicio y supervisa su cumplimiento.
- Evalúa al personal a su cargo en forma periódica con la gestión de enfermería a nivel del servicio.
- Participa en la instalación, ejecución y evaluación de las medidas de vigilancia y control epidemiológico intrahospitalario.

- Participa activamente en el control de la unidad de enfermería, previamente estructurados de acuerdo a las necesidades y complejidad individual de los servicios.
- Mantiene actualizado el diagnóstico situacional, mensual administrativo y técnico.

❖ **Actividades de cuidado directo.**

- Aplicar y supervisar la aplicación de los protocolos y planes de atención de enfermería aplicando procedimientos complejos a los usuarios que lo requieren.
- Asiste a pacientes críticos y participa en los procedimientos especiales, interactuando con los otros profesionales del equipo de salud.
- Fomenta y dirige la coordinación de acciones con los demás procesos de oferta y demanda y valor agregado para resolver los problemas de salud de sus pacientes.
- Es la responsable de mantener un stock de insumos y medicamentos de emergencia en el servicio que garantice la atención urgente.

❖ **Actividades de docencia e investigación.**

- Elabora y apoya el desarrollo de proyectos de investigación operativa.
- Mantiene actualizado su manual de organización y normas de atención.
- Difunde o promueve el conocimiento de los trabajos de investigación.
- Establece necesidades de capacitación en servicio para el personal de enfermería a su cargo y propone planes de educación continua en su servicio y los ejecuta en coordinación con la gestión de enfermería.
- Participa activamente en la formación de talentos humanos de salud específicamente de enfermería, como una actividad propia de la enfermera, capacitación, formadora y líder del cuidado en su servicio.

❖ **Valores que deben ser practicados.**

- Respeto
- Puntualidad
- Honestidad
- Responsabilidad
- Buena comunicación y relaciones humanas
- Trabajo de equipo
- Presentación personal, uniforme completo y limpio.

2. 3.7.2 Enfermera miembro de equipo o atención hospitalaria.

❖ **Datos generales o identificación.**

Institución	Puesto	Nivel
-------------	--------	-------

❖ **Rol misión del puesto.**

Brindar atención con calidad y calidez al usuario, en forma coordinada, trabajando en equipo y aplicando el PAE como su modelo profesional.

- **Competencia:** Cuidado directo.

❖ **Requisitos.**

- Nivel de instrucción III nivel
- Experiencia laboral 3 – 5 años
- Conocimientos: Enfermería clínica quirúrgica, administración, estadística, investigación, enfermería materno infantil y pediatría.

❖ **Competencias**

- Pensamiento crítico.
- Identificación de problemas del paciente, administrativos de docencia, técnicos, de investigación en el servicio asignado.
- Generación de ideas y práctica
- Pensamiento analítico y trabajo en equipo.
- Instrucción, persuasión, manejo del tiempo, manejo de recursos humanos y recopilación de la información.

❖ **Actividades esenciales.**

- Participa activamente en la elaboración o actualización del plan estratégico del servicio.
- Coordina con las unidades de apoyo y otros miembros del equipo de salud los procesos de atención al usuario.
- Ejecuta y controla el cumplimiento de actividades de higiene, confort y traslado y seguridad del usuario.
- Participa en la elaboración y ejecución del PC y operativo de la gestión de enfermería.

❖ **Actividades administrativas.**

- Planifica, ejecuta y evalúa la calidad de los cuidados de enfermería brindados a los pacientes.
- Participa en el cambio de turno.
- Cumple y hace cumplir las normas técnicas establecidas en el servicio.
- Asigna trabajo para el personal de enfermería y administrativo de salud a su cargo.
- Participa en el análisis situacional del servicio y propone alternativas para el plan de intervención y estratégico.

- Identifica necesidades de equipo, material, lencería, insumos y medicamentos esenciales para la atención del usuario, gestionando a su vez la provisión oportuna.
- Realiza, registra y entrega al día de salida del turno de la noche. La hoja de condición de pacientes y el censo diario en el Departamento de Estadística.
- Participa y asiste puntualmente a reuniones de trabajo o capacitación, organizados por la líder del servicio.
- Detecta informa el deterioro en los equipos o área física del servicio.

❖ **Actividades de cuidado directo.**

- Ejecuta la atención de enfermería al paciente aplicando el PAE como su modelo profesional.
- Coordina con las unidades de apoyo y otros miembros del equipo de salud, los procesos de atención al usuario.
- Cuida, supervisa y mantiene la higiene y comodidad del usuario hospitalizado o ambulatorio.
- Maneja el expediente del paciente y registra en las actividades en los formularios correspondientes.
- Ejecuta, controla, supervisa el cumplimiento de las actividades planificadas para la atención de salud del usuario.
- Realiza seguimiento a pacientes que lo requieren en coordinación con otros miembros del equipo.
- Participa en la ejecución de acuerdo a la complejidad del paciente y su condición y maneja equipo especializado.
- Participa, crítica y activamente en la visita médica.
- Gestiona y apoya la realización de exámenes de diagnósticos planificados.
- Administra fármacos según prescripciones o protocolos de atención y actúa ante efectos adversos.
- Realiza procedimiento de Bioseguridad.

- Ejecuta y controla el cumplimiento de las actividades de las actividades de higiene, confort, traslado y seguridad del usuario.

❖ **Actividades de docencia e investigación.**

- Identifica necesidades y expectativas de capacitación y participa en educación continua para el usuario interno y externo.
- Orienta y educa al paciente y familia en el tratamiento para la recuperación y conservación de la salud.
- Interviene en el proceso de educación continua del equipo de enfermería.
- Participa en la planificación, ejecución y evaluación de programas de enseñanza en el servicio.
- Participa, propone e interviene en el diseño de investigaciones en el servicio.
- Realiza trabajos de investigación que contribuyen al mejoramiento de la atención y práctica de enfermería. (Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Coordinación del Servicio de Emergencia, 2014)

2.3.7.3 Perfil del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia

❖ **Función básica**

Brindar cuidados especializados integrales de enfermería al usuario en estado crítico en el Servicio de Emergencia.

❖ **Relaciones del cargo**

- Depende directamente y reporta el cumplimiento de sus funciones al Jefe Inmediato Superior del Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos.
- De coordinación permanente con el personal técnico y auxiliar de enfermería.

- De apoyo y coordinación con los profesionales de la salud en la atención, rehabilitación, recuperación y cuidados de la salud de los usuarios.

❖ **Funciones específicas**

- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio Emergencia.
- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica.
- Registrar las observaciones en la historia clínica de los hechos ocurridos con el usuario hospitalizado.
- Elaborar y remitir los informes técnicos relacionados a las funciones del servicio.
- Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas del servicio.
- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.
- Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.
- Cumplir lo dispuesto en los documentos técnicos de gestión institucional.
- Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- Participar en la actualización e implementación normas, guías de atención y procedimientos, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.
- Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería.
- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería.
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería bajo su responsabilidad y supervisión.
- Elaborar registros de actividades, censos, movimiento de control de equipos, materiales y otros que exista en el servicio, para sistematizar la información.
- Las demás funciones que le asigne el Jefe Inmediato Superior.

❖ **Requisitos mínimos**

Educación

Mínimo Exigible:

- Título Profesional Universitario en Enfermería
- Registro en el Colegio de Enfermeros del Ecuador y Habilitación
- Título de Especialista en Emergencias y desastres o en Medicina Crítica expedido por una Universidad.
- Registro como Especialista en el Colegio de Enfermeros del Ecuador.

❖ **Experiencia**

- Tiempo mínimo de 3 años de experiencia como enfermera general.
- Experiencia en el área de la especialidad.

❖ **Capacidades, Habilidades y Aptitudes**

- Capacidad de organización y control de los recursos asignados.
- Capacidad de liderazgo para el logro de los objetivos institucionales.
- Capacidad de análisis.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Actitud proactiva hacia el cambio y el mejoramiento continuo.

2.3.8. Definición de términos básicos.

BOX.- Compartimiento que se reserva a los enfermos ingresados en urgencias o que necesitan estar aislados. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Emergencia. Situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos), ya que la lesión puede

progresar en severidad y producir complicaciones con alta probabilidad de muerte. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. (Gobierno Federal de los Estados Unidos, 2011)

Hospital. Hospital, institución con una plantilla médica y de enfermería organizada, y con instalaciones permanentes, que ofrece gran variedad de servicios médicos, incluyendo cirugía, para quienes requieran un tratamiento u observación más intensivos. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2013)

Usuario. Es la persona que utiliza o se beneficia de atención del servicio sanitario de salud.

Urgencia. Es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados. (Organizacion Mundial de la Salud, 2010)

2.4. HIPOTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPOTESIS

El conocimiento sobre triage del personal Profesional de Enfermería influye en la categorización del paciente.

2.4.2 VARIABLES

Variable independiente. Conocimiento de triage del personal Profesional de Enfermería.

Variable dependiente. Categorización del paciente.

2.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	ESCALAS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Conocimiento sobre triage del personal Profesional de Enfermería.	Proviene del término francés triage que significa “seleccionar o escoger”, "elegir o clasificar”. Triage es el conjunto de procedimientos asistenciales que van ejecutados en una víctima orientada a las posibilidades de supervivencia.	Conocimiento de triage.	Tiene conocimiento sobre lo que es triage. Adquisición del Conocimiento Conoce el procedimiento de triage. Conoce los tiempos de atención. Emergente Urgente No urgente	SI NO Experiencia Curso de capacitación Autoeducación. SI NO SI NO	Encuestas Encuestas Encuesta Encuesta

			Conoce las prioridades para la clasificación de víctimas	SI NO	Encuesta
		Posibilidad de supervivencia del paciente.	Recuperación Complicaciones Muerte		Encuesta
		Recepción del paciente	Medico Licenciada de Enfermería Auxiliar de Enfermería		Encuesta y guía de observación
Categorización del paciente.	La categorización es la valoración y categorización del estado de salud del paciente por lo que permitirá priorizar la atención basándose	Cómo realiza la valoración del paciente. Como realiza la categorización del paciente.	Sintomatología Orden de llegada Tiempos de atención. Niveles de triage. Prioridad en desastres.		Encuesta y guía de observación Encuesta y guía de observación.

	en la sintomatología para evitar complicaciones en la salud del usuario.	Prioridad de atención. Nivel de prioridad con mayor ingreso de pacientes.	TCE leve Fractura de fémur. Tos crónica	Emergente Urgente No calificada Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5	Encuesta Encuesta y guía de observación.
--	--	--	---	--	---

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. MÉTODO INDUCTIVO.

El método fue inductivo porque la investigación parte de lo general a lo particular, es decir a nivel mundial, nacional, y local lo que es triage en el Servicio de Emergencia de Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

3.1.1 TIPOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- **Cualitativa:** se estudió el nivel de participación de la Licenciada Enfermera en la aplicación de triage en el Servicio de Emergencia.
- **Cuantitativa:** Es cuantitativa porque durante la investigación se analizó el nivel de conocimiento de triage que tiene la Licenciada de Enfermería.

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación realizada es de campo, porque los datos e información que precisó la exploración se realizaron en el mismo lugar de los hechos, lo cual sirvió para la redacción del planteamiento del problema.

Tipo de estudio: Es de tipo longitudinal y prospectivo porque la información y los datos se obtuvieron en un solo periodo de tiempo que fue de octubre 2013 a marzo 2014.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

3.2.1. POBLACION

El universo de estudio de la presente investigación lo constituye 16 Licenciadas de Enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

3.2.2. MUESTRA.

Debido a que la población correspondiente al personal de Licenciadas/os de Enfermería es muy pequeña se trabajó con todo el universo.

3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Las técnicas e instrumentos de investigación fueron las siguientes:

Técnicas:

Observación directa

Encuesta

Instrumentos:

Guía de observación.

Cuestionario de la encuesta.

3.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

El análisis e interpretación de datos obtenidos de la presente investigación se realizan a través del programa Excel, en el cual se utiliza las tablas y gráficos.

CAPITULO IV

4.1. ANALISIS DE DATOS

4.1.1 Datos obtenidos mediante la aplicación de encuestas a las Licenciadas de Enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

Tabla N°. 1. ¿Conoce usted el significado de Triage?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
SI	16	100%
NO	0	00%
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas de Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 1. ¿Conoce usted el significado de Triage?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Del total de universo, el 100% manifiesta que si conoce el significado sobre triage

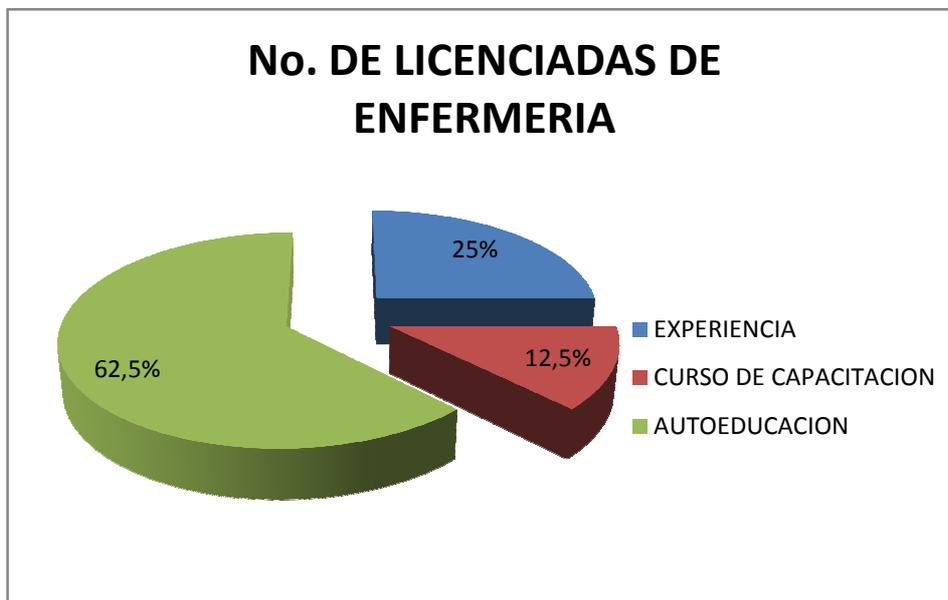
Tabla N°. 2. ¿El conocimiento que tiene del Triage lo adquirió mediante?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
EXPERIENCIA	4	25%
CURSO DE CAPACITACION	2	12,5%
AUTOEDUCACION	10	62,5%
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas de Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 2. ¿El conocimiento que tiene del Triage lo adquirió mediante?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Del total del universo; un porcentaje correspondiente al 87.5 % manifiesta que adquirió conocimientos sobre triage autoeducación y experiencia laboral y un 12.5% adquirido conoce sobre triage mediante capacitación.

Tabla N°. 3. ¿Conoce el procedimiento de triage?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS ENFERMERIA	%
SI	15	94%
NO	1	6%
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas de Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 3. ¿Conoce el procedimiento de triage?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Del total del universo, el 94 % conocen pero no manifiesta cual es el procedimiento de triage, y el 6 % manifiesta que si conoce lo cual puntualiza el procedimiento de triage que es recepción, valoración, clasificación y distribución.

Tabla N°. 4. ¿Conoce usted los tiempo de atención en triage?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
SI	12	75%
NO	4	25%
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas de Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 4. ¿Conoce usted los tiempo de atención en triage?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Del total del universo, el 75 % manifiesta que si conoce, pero no puntualizan cuales son los tiempos de atención en triage y el 25 % manifiesta que ni conocen.

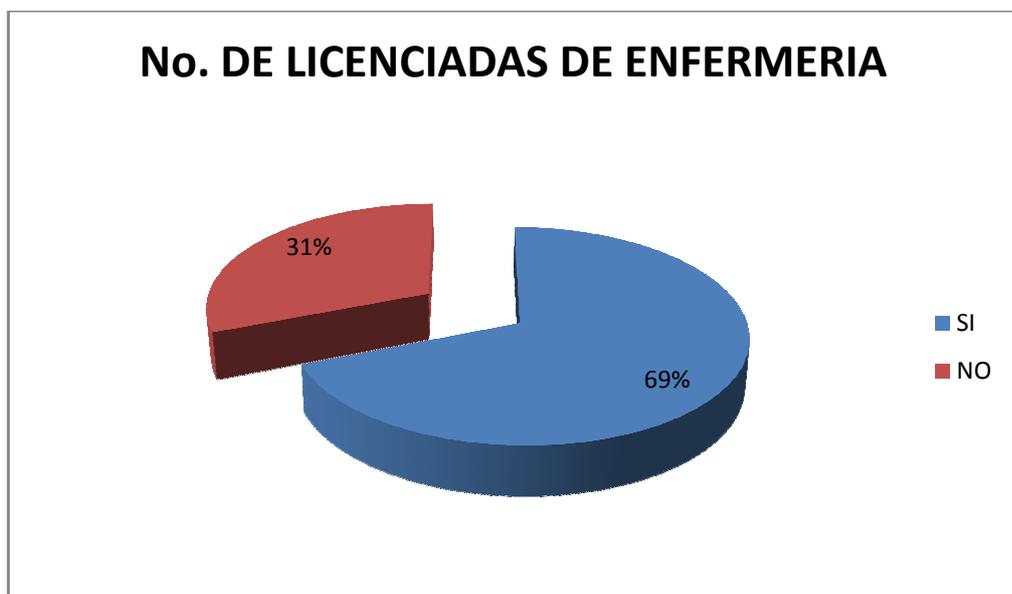
Tabla N°. 5. ¿Conoce las prioridades para la clasificación de víctimas?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
SI	11	69%
NO	5	31%
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas de Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 5. ¿Conoce las prioridades para la clasificación de víctimas?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Del total del universo, el 69 % manifiesta que si conoce pero no puntualiza cuales son la prioridades para la clasificación de víctimas y el 31 % manifiesta que si conocen.

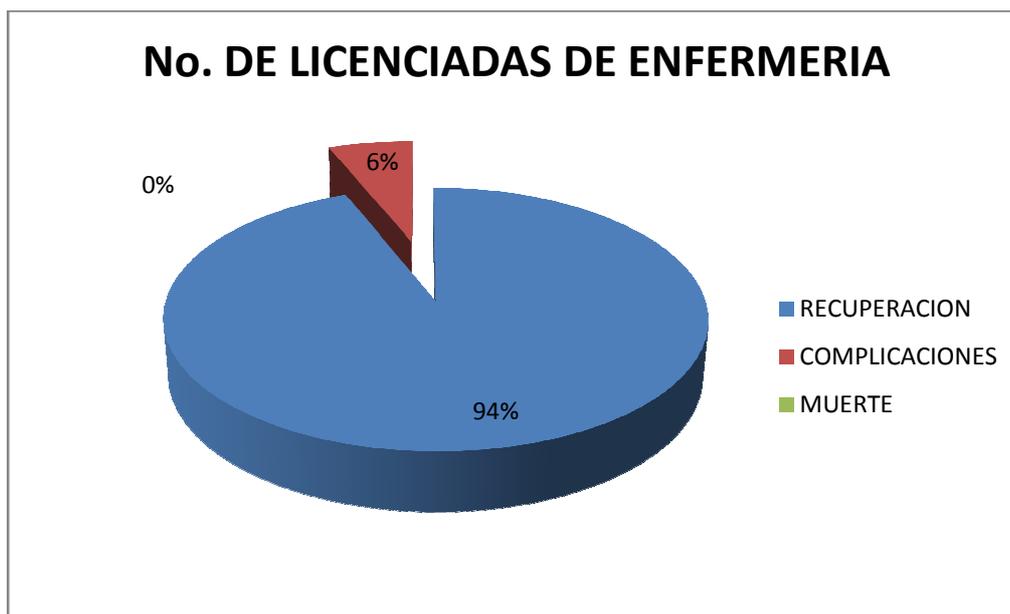
Tabla N°. 6. ¿Cuál es la posibilidad de supervivencia del paciente?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
RECUPERACION	15	94%
COMPLICACIONES	1	6%
MUERTE	0	0%
TOTAL	24	100%

Fuente: Licenciadas de Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 6. ¿Cuál es la posibilidad de supervivencia del paciente?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Del total del universo, el 94 % manifiesta que al momento que el paciente ingresa al Servicio de Emergencia su posibilidad de supervivencia es recuperación y el 6 % manifiesta que se presenta complicaciones en el estado de salud.

Tabla N°. 7. ¿Qué personal de salud recibe al paciente al momento que llega al área de triage?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
MEDICO DE TURNO	00	00%
LICENCIADA DE ENFERMERIA	16	100%
AUXILIAR DE ENFERMERIA	00	00
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas de Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 7. ¿Qué personal de salud recibe al paciente al momento que llega al área de triage?



Autor: Responsable

Análisis de datos: El personal de salud que recibe al paciente en triage es la Licenciada de Enfermería que representa el 100 %

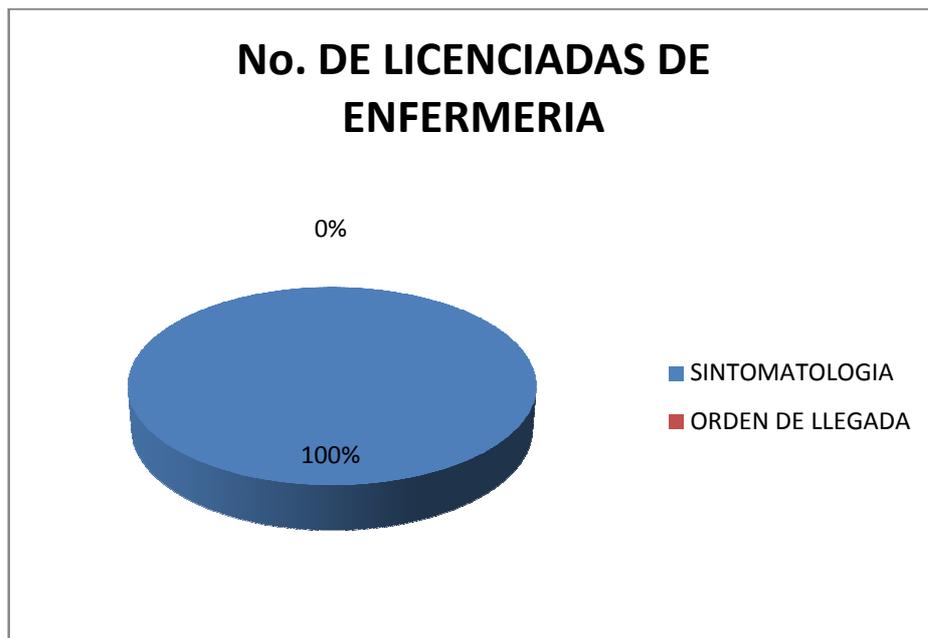
Tabla N°. 8. ¿Cómo realiza la valoración al paciente en triage?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
SINTOMATOLOGIA	16	100%
ORDEN DE LLEGADA	00%	00%
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas de Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 8. ¿Cómo realiza la valoración al paciente en triage?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Del total del universo el 100 % manifiesta al paciente se le atienden en triage según la sintomatología que presenta el cliente.

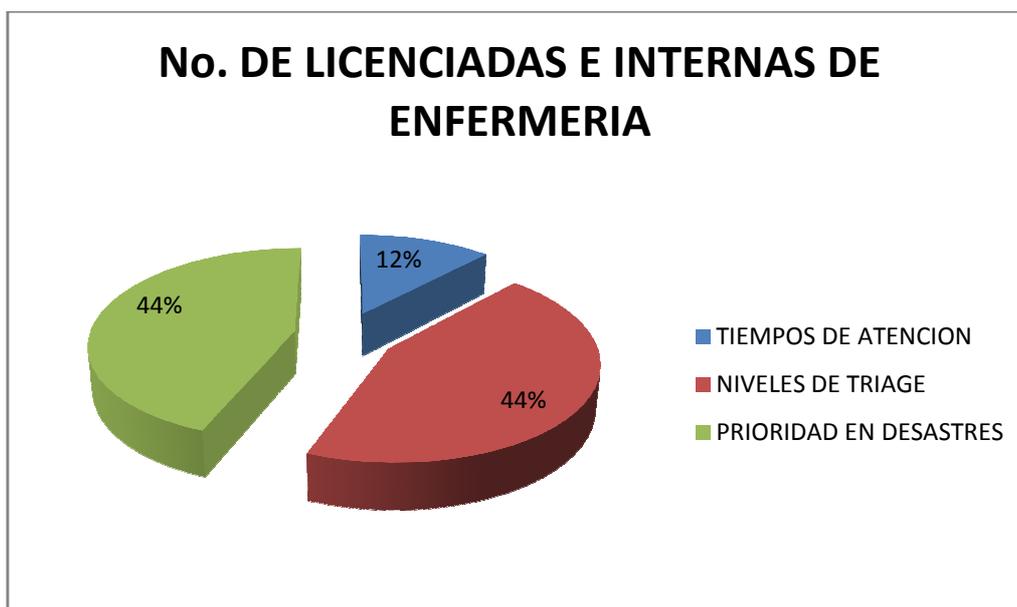
Tabla N°. 9. ¿Cómo realiza usted la clasificación al paciente en triage?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
TIEMPOS DE ATENCION	2	12 %
NIVELES DE TRIAGE	7	44 %
PRIORIDAD EN DESASTRES	7	44 %
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas e Enfermería.

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 9. ¿Cómo realiza usted la clasificación al paciente en triage?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Existe un porcentaje del 88 % donde la Licenciada de Enfermería manifiesta que al usuario se le clasifica mediante niveles de triage y prioridad en desastres y el 12 % manifiesta que clasifican al usuario/a en tiempos de atención.

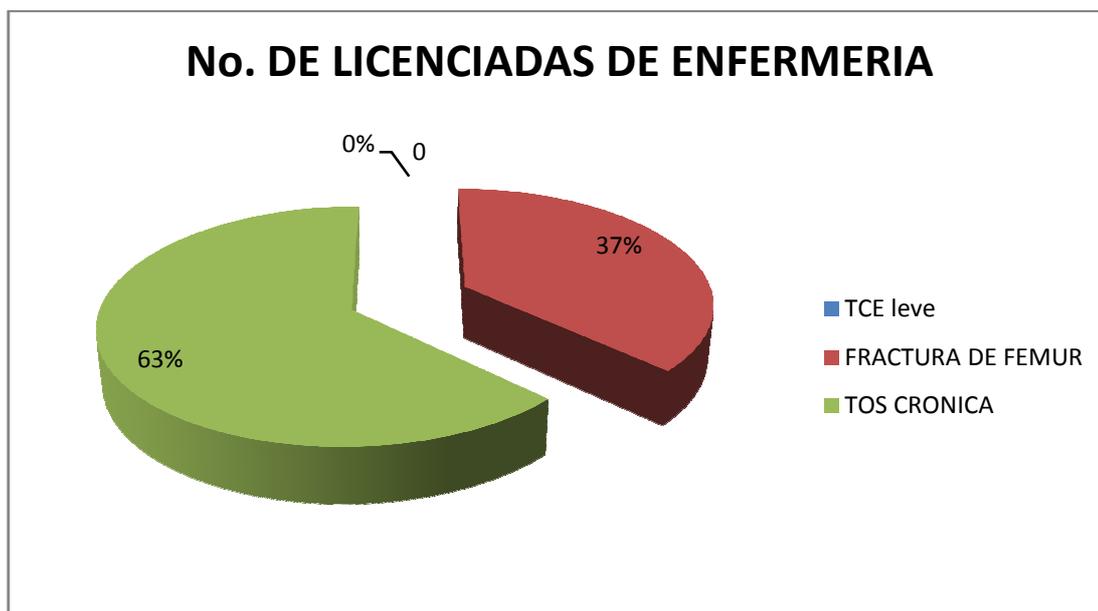
Tabla N°. 10. Caso clínico.

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
TCE LEVE	6	37%
FRACTURA DE FEMUR	10	63%
TOS CRONICA	0	0%
TOTAL	24	100%

Fuente: Licenciadas de enfermería

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 10. Caso clínico.



Autor: Responsable

Análisis de datos: De acuerdo a los tiempos de atención del paciente el 63 % del universo piensa que el primero en atenderse es el que presente fractura de fémur más dolor intenso porque puede causar shock hipovolémico, el 37% el que sufrió un TCE leve y el 0% el que tiene tos crónica sin signos de disnea.

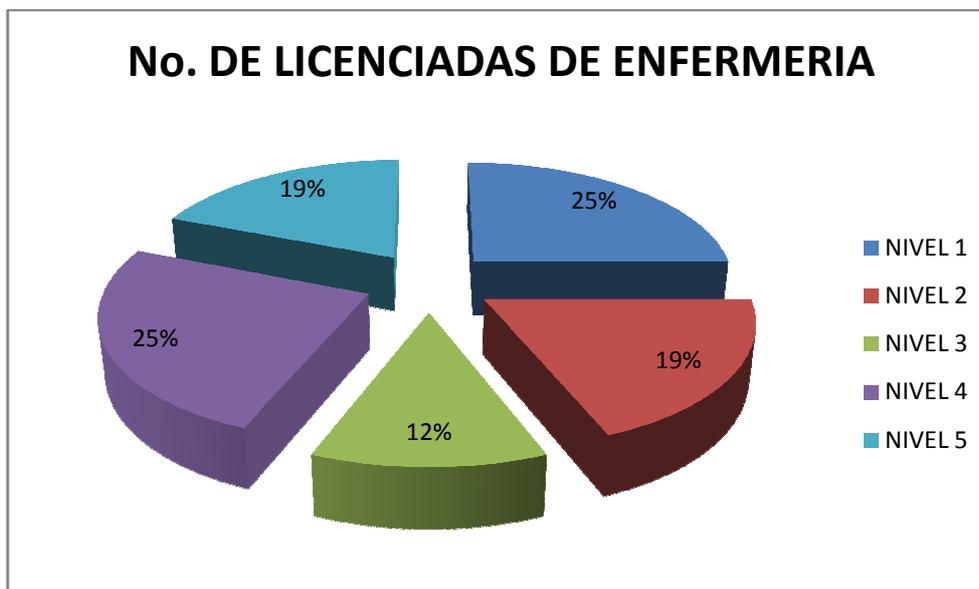
Tabla N°. 11. ¿Qué nivel de prioridad tuvo mayor atención a los pacientes?

INDICADOR	No DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA	%
NIVEL 1	4	25 %
NIVEL 2	3	19 %
NIVEL 3	2	12 %
NIVEL 4	4	25 %
NIVEL 5	3	19 %
TOTAL	16	100%

Fuente: Licenciadas de enfermería

Responsable: Joselito Totoy

Gráfico N°. 11. ¿Qué nivel de prioridad tuvo mayor atención a los pacientes?



Autor: Responsable

Análisis de datos: Del total el universo, existen porcentajes similares que corresponde al 25 % que manifiesta que tuvo mayor atención de usuarios en el nivel 1 y 4, de la misma forma el 19% tuvo mayor atención de usuarios en el nivel 2 y 3 y el 12 % tuvo mayor atención en el nivel 3.

Tabla No 12 Consolidación de resultados

CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS	
INDICADOR	RESPUESTA
¿Conoce usted el significado de Triage?	SI 100% NO 00%
¿El conocimiento que tiene del Triage lo adquirió mediante?	EXPERIENCIA 25% CURSO DE CAPACITACION 12,5% AUTOEDUCACION 62,5%
¿Conoce el procedimiento de triage?	SI 94% NO 6%
¿Conoce usted los tiempo de atención en triage?	SI 75% NO 25%
¿Conoce las prioridades para la clasificación de víctimas?	SI 69% NO 31%
¿Cuál es la posibilidad de supervivencia del paciente?	RECUPERACION 94% COMPLICACIONES 0% MUERTE 6%
¿Qué personal de salud recibe al paciente al momento que llega al área de triage?	MEDICO DE TURNO 00% LIC. DE ENFERMERIA 100% AUXILIAR DE ENFERMERIA 00%
¿Cómo realiza la valoración al paciente en triage?	SINTOMATOLOGIA 100% ORDEN DE LLEGADA 00%
¿Cómo realiza usted la clasificación al paciente en triage?	TIEMPOS DE ATENCION 12 % NIVELES DE TRIAGE 44 % PRIORIDAD EN DESASTRES 44 %
Caso clínico.	TCE LEVE 37% FRACTURA DE FEMUR 63% TOS CRONICA 0%
¿Qué nivel de prioridad tuvo mayor atención a los pacientes?	NIVEL 1 25 % NIVEL 2 19 % NIVEL 3 12 % NIVEL 4 25 % NIVEL 5 19 %

4.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

La hipótesis planteada en el trabajo de investigación fue “El conocimiento sobre triage del persona Profesional de Enfermería influye en la categorización del paciente.

De acuerdo a la consolidación de resultados obtenidos en la investigación se acepta la hipótesis ya que el Personal Profesional de Enfermería conoce el significado de triage, por las siguientes razones:

1. El 62,5% de Licenciadas de Enfermería Adquirieron conocimientos sobre triage mediante autoeducación, el 25% mediante experiencia y el 12,5% mediante cursos de capacitación, de tal manera que el conocimiento de triage que tienen las Licenciadas de Enfermería en su mayoría no se sustenta en criterios y fundamentación científica.
2. El 94% del profesional de Enfermería conoce el procedimiento de triage, el 75% del profesional de Enfermería conoce los tiempos de atención en triage, el 69% del profesional de Enfermería conoce las prioridades para la clasificaciones de víctimas, por lo que influye en la categorización cliente porque en su mayoría las Licenciadas no describen cuales son los pasos a seguir en triage,

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- En el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, el personal Profesional de Enfermería conocen sobre el significado de triage donde, el 62.5% de Licenciadas de Enfermería lo adquirieron mediante autoeducación, el 25% experiencia laboral y apenas el 12,5 % de Licenciadas de Enfermería saben el significado de triage mediante capacitación.
- La participación de la Licenciada de Enfermería es muy esencial en triage es la persona encargada de recibir al paciente, por lo tanto debe conocer el procedimiento de triage donde el 94% manifiesta que si conoce pero no describe cuales son los pasos a seguir, provocando una inadecuada valoración, categorización y clasificación del paciente en triage.
- Durante el desarrollo de la investigación se pudo concluir que en el Servicio de Emergencia de Hospital Provincial General Docente de Riobamba no cuenta con protocolos en el cual las Licenciadas de Enfermería puedan guiarse para brindar una atención adecuada al usuario y aplicar correctamente el triage, por lo que se diseñó una Guía Educativa sobre triage en niveles de gravedad y desastres, criterios de clasificación, dirigida al personal de salud en especial a las Licenciadas/os de Enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia, donde se entregó en la capacitación efectuada.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de enfermería en especial a las Licenciadas a que mantengan capacitaciones continuas sobre la aplicación de triage en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba de manera que La unidad de Docencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba debe realizar procesos de capacitación sobre triage, poniendo énfasis en la retroalimentación de los contenidos expuestos, evaluando antes y después de la capacitación, para así determinar si lo explicado esta entendido por las Licenciadas de Enfermería.

- Una vez que se ha identificado el efecto en la categorización del paciente se debe realizar seguimientos respectivos a la Licenciada de Enfermería, que permita conocer bajo qué características de aplicación en triage valoran y categoriza al paciente.

- Se recomienda que se utilice, reproduzca la guía educativa y se entregue a todo el personal que labora en el Servicio de Emergencia.

CAPITULO VI

Guía educativa sobre triage en Emergencia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

GUÍA EDUCATIVA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE



EMERGENCIA

RIOBAMBA- ECUADOR

2014

INDICE GENERAL

PORTADA	
INDICE GENERAL.....	1
MOTIVACION.....	5
GUÍA PRÁCTICA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.....	6
PROLOGO.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
Triage.....	9
FLUJOGRAMA DE TRIAGE DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DONCENTE DE RIOBAMBA.....	9
Descripción del procedimiento de triage.....	10
Recepción y acogida	10
Valoración.....	10
Clasificación.	11
Emergencia.....	12
Urgencia.....	13
No calificada.	14
Triage por niveles de gravedad.....	15
Nivel 1 azul o resucitación.....	16
Nivel 2 rojo o emergente.....	16
Nivel 3 amarillo o urgente.....	18
Nivel 4 verde o menos urgente.....	20

Nivel 5 blanco o no urgente.....	21
Distribución.....	24
Paciente rojo o paciente crítico.....	24
Paciente amarillo o agudo inestable.....	25
Paciente verde o agudo.....	26
Paciente blanco o de patología banal.....	26
Triage en Desastres.....	27
Prioridad tipo I o roja.....	27
Código Rojo primera prioridad.....	28
Prioridad tipo II o amarilla:	28
Código amarillo segunda prioridad.....	29
Prioridad tipo III o verde:	30
Código verde tercera prioridad.....	30
Prioridad tipo IV o negra.....	31
Código negro.....	31
Criterios de clasificación por Aparatos y sistemas en triage.....	33
Criterios de clasificación de acuerdo a los signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.....	34
Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas cardiovasculares.....	36
Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas Respiratorios.....	38
Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas Neurológicos.....	40

Criterios de clasificación de Acuerdo con signos y síntomas musculo esqueléticos.....	42
Criterios de clasificación de Acuerdo con signos y síntomas psicológicos.....	44
Criterios de clasificación de Acuerdo con signos y síntomas Oculares.....	46
Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de los genitales masculinos.....	48
Criterios de clasificación de Acuerdo con signos y síntomas del Oído.....	50
Criterios de clasificación de Acuerdo con signos y síntomas Urinarios.....	52
Criterios de clasificación de Acuerdo con signos y síntomas de Nariz, boca y garganta.....	54
Criterios de clasificación de Acuerdo con signos y síntomas de los genitales y sistema reproductor femenino.....	56
Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas del sistema tegumentario.....	58
BIBLIOGRAFÍA	60
INCOGRAFIA	61

MOTIVACION

Me puedo caer, me puedo herir, puedo quebrarme,
pero con eso no desaparecerá mi fuerza de
voluntad. “Madre Teresa de Calcuta”



GUÍA PRÁCTICA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

AUTOR:

Joselito Totoy

Co Autora:

Msc. María Elena Robalino

Asesoría pedagógica.

M.s.C. Luz Lalón

M.s.C. Carlos Vargas

Editorial

XXXX

Primera Edición

**TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CHIMBORAZO**

RIOBAMBA- ECUADOR

PROLOGO

Esta guía práctica de triage servirá como apoyo para todo el personal de salud en especial para las Licenciadas/os de Enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

Se destaca y se define la aplicación de triage mediante objetivos, conceptos de emergencias, urgencias, no calificada, clasificación mediante niveles, distribución de triage en desastres y en criterios de clasificación.

El material que se pone en vuestra información tiene como objetivo Proporcionar al Personal de Licenciadas/os de Enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, sobre la aplicación de triage y de esa manera prevenir las complicaciones en la salud del usuario/a externo/a y problemas legales del personal e institución.

Objetivo General

Proporcionar información al Personal de Licenciadas/os de Enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, sobre la aplicación de triage.

OBJETIVOS

Objetivos Específicos

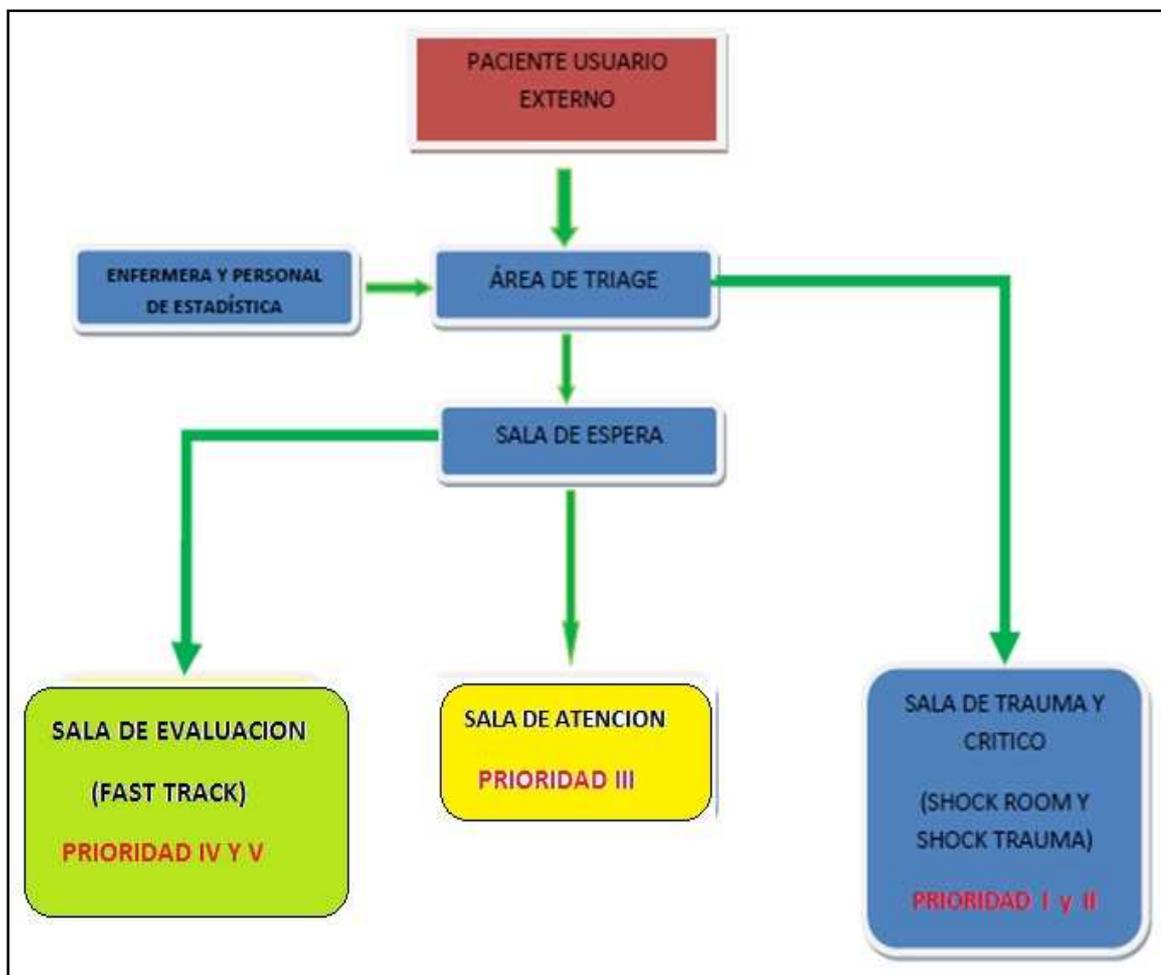
- Evitar complicaciones en la salud de usuario/a externo/a y legales en las Licenciadas/os de Enfermería.
- Enunciar una serie de recomendaciones en las distintas fases del proceso asistencial.
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia y detectar sus principales problemas de salud.

TRIAGE

Proviene del término francés triage que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar”.

FLUJOGRAMAS DE TRIAGE DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DONCENTE DE RIOBAMBA

Gráfico No. 1 Flujograma 1



Fuente. Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Descripción del procedimiento de triage

Las etapas no han de ser necesariamente sucesivas y que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea. Estas etapas son:

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

Recepción y acogida

La Licenciada/o Enfermera/o de triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente.

Gráfico No. 2. Recepción y acogida



Fuente: <http://www.clinicadelosremedios.org/publicaciones.php?id=34723>

Valoración

La Licenciada/o Enfermera/o de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente.

Gráfico No. 3 Valoración



Fuente: <http://www.vocerodelcafe.com/salud/el-60-de-los-pacientes-que-acuden-a-urgencias-son-de-consulta-externa-o-prioritaria>

Debe realizar:

- Entrevista
- Inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro.

Valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificación del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico. (González Casares, Martínez Lores, Ureta Guzmán, & Alonso Juanes, 2010)

Clasificación.

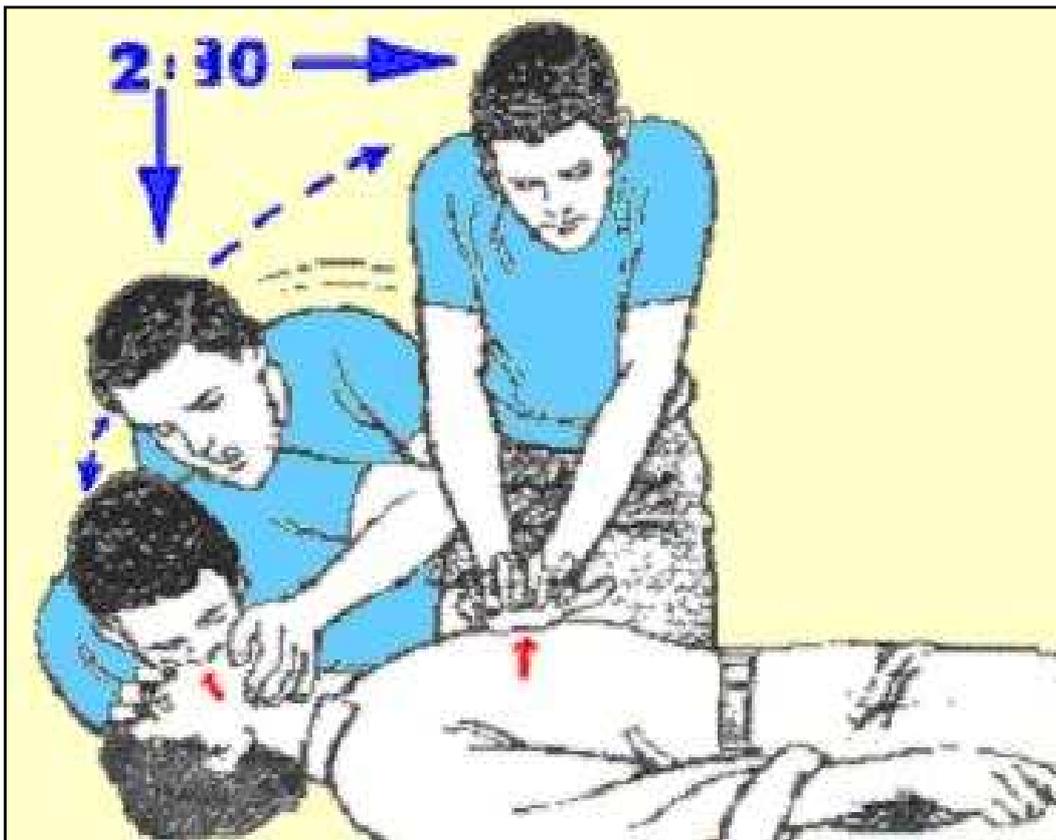
El Triage de Enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y diferenciando cuando es:

- Emergencia.
- Urgencia.
- No Calificada.
- Triage por niveles.

Emergencia

Eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro de los primeros 10 minutos a su llegada a Emergencia “Clasificado a Unidad de Reanimación o Sala de Críticos”.

Gráfico No. 4 Emergencia



Fuente: <http://www.reanimandoachile.cl/contenidos/rcp-bls-adulto.html>

Motivos

- Paro cardiorrespiratorio presenciado.
- Pacientes que a su llegada viene en RCP.
- Pérdida del estado de alerta.
- Focalización neurológica.
- Pérdida aguda de la visión.
- Dificultad respiratoria aguda y/o en reposo.
- Dolor torácico y diaforesis.
- Palidez, diaforesis, taquicardia e hipotensión.

- Pulso en extremidad ausente, fría, dolor con cambios de coloración.
- Trauma mayor.
- Hemorragia profusa.
- Quemadura > 20%.

Urgencia.

Condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos “Clasificado a la Área de Observación de Emergencia.”

Gráfico No. 5 Urgencia



Fuente: <https://mleon.wordpress.com/2012/03/>

Motivos

- Cefalea sin signos neurológicos.

- Déficit neurológico > 6 hrs.
- Obstrucción de la vía aérea incompleta.
- Dificultad respiratoria moderada.
- Dolor torácico atípico.
- Dolor abdominal agudo.
- Hematuria franca.
- Deshidratación moderada.
- Trauma menor.
- Hemorragia moderada sin repercusión hemodinámica.
- Paciente con quemadura < 20%.
- Efectos secundarios leves a absorción de fármacos y/ o sustancias.

No calificada.

Condiciones que el paciente se considera como prioritaria, pero que no pone en peligro su vida, no existe un tiempo límite para su atención debe ser clasificado a la Sala de Espera del Área de Emergencia. (Gobierno Federal de los Estados Unidos, 2011)

Gráfico No. 6 No calificada



Fuente: <http://ooche813.blogspot.com/2011/03/la-mayoria-de-las-personas-sufren-dolor.html>

Motivo

- Cefalea leve.
- Gastroenteritis sin deshidratación y con tolerancia a la vía oral.

- Contusiones menores.
- Contusiones no recientes.
- Patología crónica no agudizada.
- Pacientes recomendados.
- Patologías infecciosas que no requieren de hospitalización.

Triage por niveles de gravedad

Los pacientes serán valorados en el menor tiempo posible por el profesional encargado del triage, el cual aplicará los criterios de la escala para asignar el nivel de urgencia del nivel I al nivel V. El nivel del triage asignado determinará el orden en que los pacientes serán atendidos por el personal facultativo y de enfermería.

Gráfico No. 7 Triage por niveles de gravedad

Nivel I - resucitación	Evaluación inmediata
Nivel II - Emergente	Menos de 15 minutos
Nivel III - Urgente	Menos de 30 minutos
Nivel IV - menos urgente	Menos de 1 hora
Nivel V - No urgente	Menos de 2 horas

Fuente: <http://www.slideshare.net/PaulAlejandroCarvajal/triage-intrahospitalario>

Nivel 1 azul o resucitación

Se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.

*Tiempo de atención de enfermería inmediato.
Tiempo de atención del facultativo inmediato.*

Gráfico No. 8. Azul o resucitación



Fuente: <http://meduba.com/diferencias-entre-una-parada-cardiaca-y-un-infarto/>

Motivo

- Paro.
- Trauma mayor.
- Estado de shock.
- Asma en preparó.
- Insuficiencia respiratoria grave.
- Estado mental alterado (inconsciente/delirando).
- Status epiléptico.

Nivel 2 rojo o emergente.

Pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo.

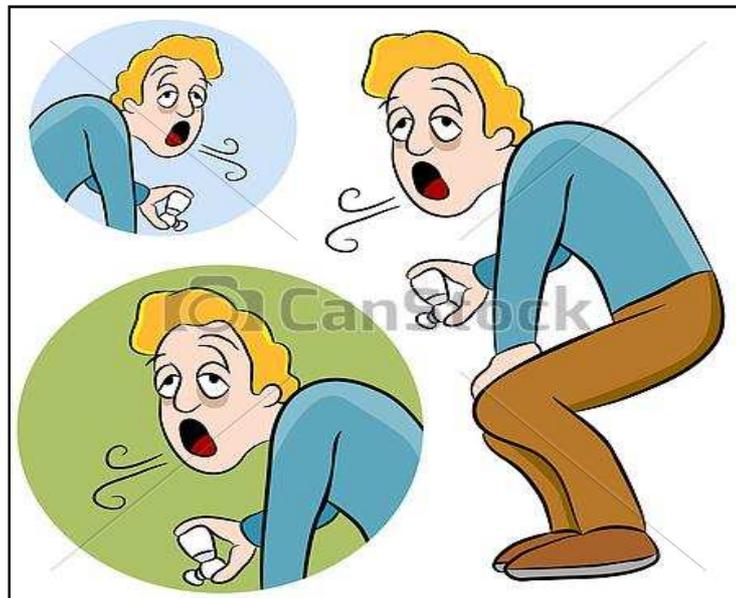
*Tiempo de atención de enfermería inmediato.
Tiempo de atención del facultativo 15 minutos.*

Motivo

- Trauma craneal (signos de riesgo ± estado mental alterado)
- Trauma severo.
- Estado mental alterado (letargia, somnolencia, agitación)
- Ojos: explosión productos químicos.
- Reacción alérgica severa.

- Dolor torácico visceral, no traumático.
- Sobredosis (consciente), síndrome de abstinencia drogas.
- Dolor abdominal (> 50 años) con síntomas viscerales.
- Dolor de espalda (no traumático, no músculo-esquelético)
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales alterados.
- AVC con déficit mayor.
- Asma severa (PFR < 40%)
- Moderada/ severa disnea/ dificultad en respirar.
- Sangrado vaginal agudo, escala de dolor > 5, ± signos vitales alterados.
- Vómitos y/o diarrea (con sospecha de deshidratación)
- Signos de infección severa.
- Quimioterapia o inmunodeprimido.
- Fiebre (lactante <= 3 meses con T^a rectal >= a 38°)
- Episodio psicótico agudo/ agitación extrema.
- Diabetes: hipoglucemia, hiperglicemia.
- Cefalea (escala del dolor 8-10/10)
- Escala del dolor 8-10, (dolor cólico, espalda, ojos)
- Agresión sexual.
- Neonato < 7 días.

Gráfico No. 9. Nivel rojo o emergente



Fuente: http://comps.canstockphoto.com/can-stock-photo_csp6404483.jpg&imgrefurl

Nivel 3 amarillo o urgente

Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que

generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o

terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales).

Motivo

- Traumatismo craneal, alerta, vómitos.
- Traumatismo moderado.
- Abuso-negligencia-agresión.
- Vómito y/o diarrea \leq 2 años.
- Problemas de diálisis.
- Signos de infección.
- Asma leve - moderado.
- Leve - moderada disnea (dolor torácico sin sintomatología visceral (punzante y

Tiempo de atención de enfermería menos de 30 minutos.

Tiempo de atención del facultativo menos de 30 minutos.

músculo-esquelético), sin antecedentes de ataque al corazón.

- Sangrado gastrointestinal con signos vitales normales.
- Sangrado vaginal agudo. Signos vitales normales.
- Crisis comicial consciente a la llegada.
- Psicosis \pm intento de suicidio.
- Escala de dolor 8-10/10 con daños menores.
- Escala de dolor 4-7/10(cefalea, dolor cólico espalda)

Gráfico No. 10. Nivel 3 amarillo o urgente



Fuente: http://www.ecured.cu/images/thumb/9/9a/Persona_vomitando.jpg/260px

Nivel 4. Verde o menos urgente.

Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad-urgencia significativa,

suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica.

Tiempo de atención de enfermería menos de 60 minutos.

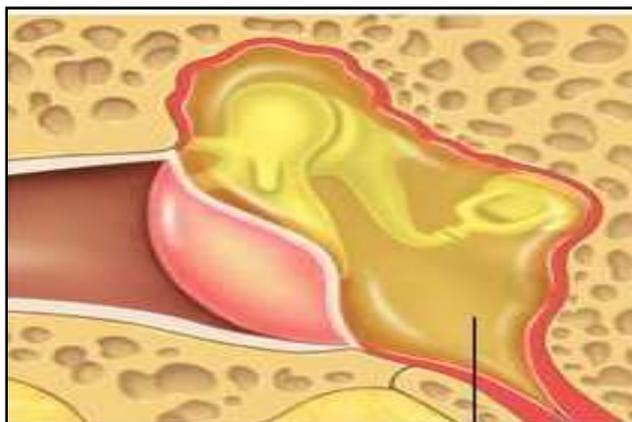
Tiempo de atención del

facultativo menos de 60 minutos.

Motivo

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

Gráfico No. 11. Nivel 4 verde menos urgente



Fuente: <http://www.otorrinomarbella.com/wp-content/uploads/2011/06/objeto-extrano1.jpg&imgrefurl>

Nivel 5 blanco o no urgente

Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica. (Gómes Jiménez, J, 2014)

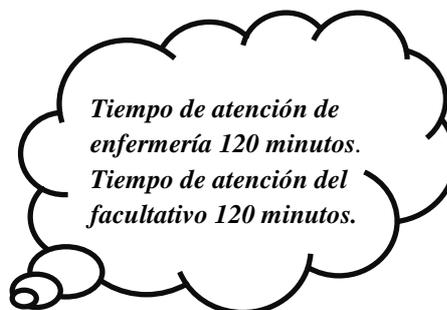


Gráfico No. 12. Nivel 5 blanco o no urgente



Fuente: <http://us.123rf.com/450wm/yeletkeshet/yeletkeshet1307/yeletkeshet130700024/21076478-la-sensacion-del-hombre>

Motivo

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

Gráfico No. 13. Ficha de clasificación en el área de triage



Ministerio de Salud Pública

Hospital Provincial General Docente de Riobamba



AREA DE TRIAGE

PRIORIDAD I II III IV V

FECHA: _____ HORA: _____

EDAD: _____ PESO: _____

NOMBRE: _____

SINTOMA PRINCIPAL

SIGNOS VITALES

TA _____ FC _____

T_m _____

Sat. O2 _____ GLASGOW O /4

V /5

M /6

FR _____ TOTAL /15

ESCALA DEL DOLOR: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PATOLOGIA PREVIA RELEVANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR

Fuente: Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba
Distribución

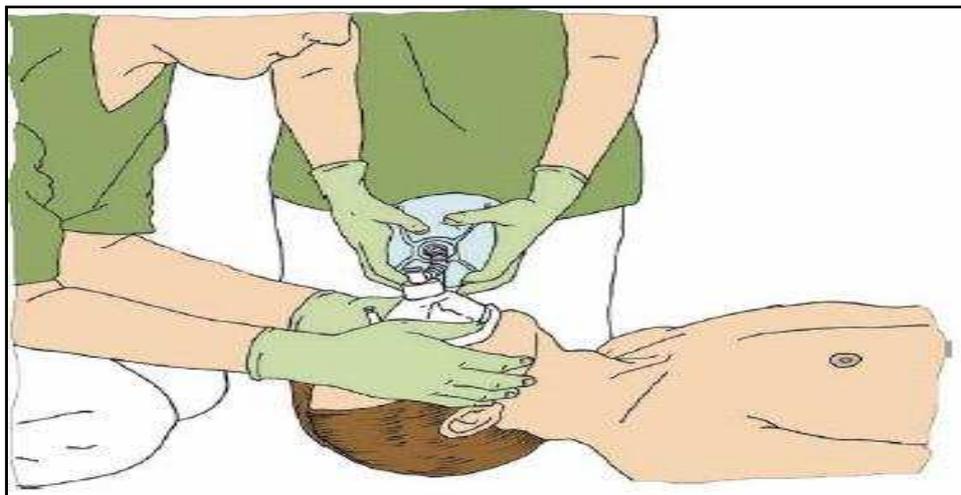
Tras la clasificación del paciente la enfermera de triage debe ser la mejor preparada para decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará. (González Casares, Martínez Lores, Ureta Guzmán, & Alonso Juanes, 2010)

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

Paciente rojo o paciente crítico

Será acompañado rápidamente al Box de Críticos o Reanimación alertando al resto del personal de la llegada, así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización. Se seguirá el protocolo de actuación en pacientes críticos. Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 Médico, 2 Enfermeras y 1 Auxiliar de Enfermería.

Gráfico No. 14. Paciente rojo o paciente crítico

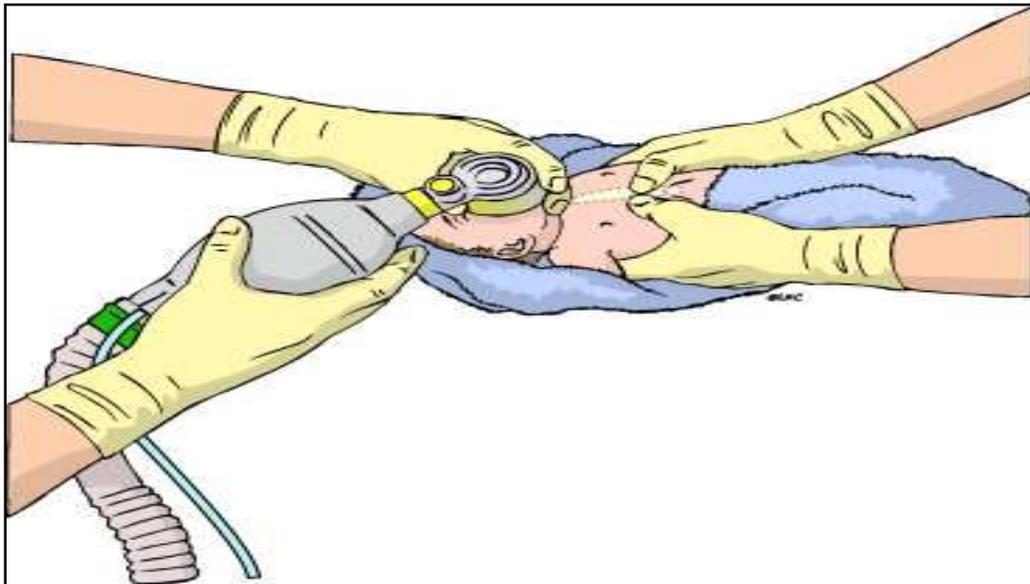


Fuente: http://perso.wanadoo.es/for-emer/Recomendaciones_SVA_ERC_2005.htm

Paciente amarillo o agudo inestable: Se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al Box de Críticos o a un Box General. Se propone que el

personal mínimo para atender a estos pacientes es: 1 Médico, 1 Enfermera y 1 Auxiliar de Enfermería.

Gráfico No. 15. Paciente amarillo o agudo inestable



Fuente: <http://enfermeroquillota.blogspot.com/2007/07/creacion-del-selector-de-demanda.html>

Paciente verde o agudo estable: Se derivará a un box general o a la consulta rápida dependiendo de su estado. Si es una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en la consulta se trasladará a un Box. Si se prevé que precisará de las siguientes técnicas:

EKG, Punción Lumbar, Sondaje Vesical, Sondaje Nasogástrico, Canalización vía o extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con yeso, administración de O₂, se pasará siempre a un Box del interior donde será valorado.

Gráfico No. 16. Paciente verde o agudo inestables.



Fuente: http://perso.wanadoo.es/for-emer/Recomendaciones_SVA_ERC_2005.htm

Paciente blanco o de patología banal: El paciente será atendido en la consulta rápida por el médico encargado de la misma con la ayuda del personal de Triage cuando sea preciso. (Pilco Vela & Sánchez Sánchez, 2009)

Gráfico No 17. Paciente blanco o de patología banal.

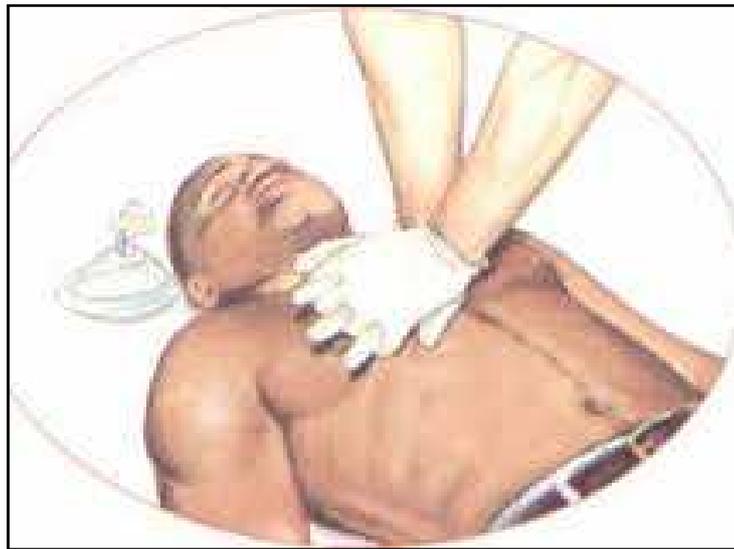


Fuente: <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/13895063>

TRIAGE EN DESASTRES

Prioridad tipo I o roja: Se aplica a los lesionados de cuidados inmediatos, quienes requieren una atención médica urgente, ya que por la gravedad de sus lesiones pueden perder su vida y con los recursos disponibles tienen probabilidad de sobrevivir.

Gráfico No 18. Prioridad tipo I o roja



Fuente: <http://ladesfibrilacion.blogspot.com/>

Código Rojo primera prioridad

- Paro cardio-respiratorio presenciado.
- Asfixia y problemas respiratorios.
- Heridas en tórax y dificultad respiratoria.
- Neumotórax a tensión.
- Asfixia traumática (hundimiento de tórax)
- Heridas máxilo-faciales que complican vías aéreas.
- Choque o amenaza de choquen
- Hemorragias severas internas o externas, incluyendo fracturas expuestas.
- Síndrome de aplastamiento.
- Quemaduras con extensión mayor al 20% de la superficie corporal y mayores de segundo grado.
- Personas histéricas o en estados de excitación máxima.
- Evisceración.
- Abdomen agudo.
- TCE severo.
- Status convulsivo.

Gineco-obstétricas:

- Trabajo de parto activo
- Sangrado vaginal abundante

Prioridad tipo II o amarilla: Se aplica a los lesionados de **cuidados intermedios o diferibles**, quienes requieren una atención médica que da lugar a espera.

Gráfico No. 19. Prioridad tipo II o amarilla



Fuente: <http://www.calcibon.com/osteoporosis2.htm>

Código amarillo segunda prioridad

- Lesiones viscerales sin choque.
 - Lesiones torácicas sin dificultad respiratoria.
 - Lesiones vasculares sin choque.
 - Traumatismos cráneo-encefálicos cerrados, sin alteración progresiva del estado de conciencia.
 - Quemaduras de segundo grado, en el 10% a 20% de la superficie corporal, y
- de tercer grado menores al 10% de la superficie corporal, con localización importante.
 - Fracturas mayores (pelvis y fémur) sin signos de choque.
 - Dolor torácico sin compromiso hemodinámico.
 - Hemorragias que pueden ser detenidas con vendaje compresivo.

Prioridad tipo III o verde: Se reserva para aquellos lesionados de cuidados menores, o sea los que presentan lesiones leves o que su atención puede dejarse para el final sin que por ello se vea comprometida su vida.

Gráfico No. 20. Prioridad tipo III o verde



Fuente: <http://www.elrinconcillodevicen.com/2011/03/mis-teclillas.html>

Etapas diagnósticas.

Que conduce a la categorización por colores en cada nivel de triage, según el orden de atención.

Código verde tercera prioridad

- Lesiones menores (sin riesgos para su vida):
- Lesiones de tejidos blandos.
- Heridas superficiales.
- Fracturas no complicadas.
- Luxaciones.
- Fracturas menores o no expuestas.
- Quemaduras de primer grado, sin importar su extensión sobre la superficie corporal.
- Quemaduras de segundo grado menores al 15% de la superficie corporal, sin localización importante.
- Quemaduras de tercer grado, menores al 2% de extensión corporal
- Choque psicológico sin agitación.
- Personas sin lesiones.

Prioridad tipo IV o negra: Se aplica a los lesionados de cuidados mínimos, es decir, a aquellos cuyas lesiones son de tal gravedad, que existen pocas o ninguna probabilidad de sobrevivir, pero que merecen algún grado de atención médica.

Código negro

- Se refiere a pacientes con lesiones mortales. Se incluyen éstas últimas en cuarta prioridad porque la posibilidad de sobrevivir es baja y requieren demasiada atención médica, lo cual va en desmedro de la atención dirigida a pacientes con mejores posibilidades de supervivencia.

Gráfico No. 21 Prioridad tipo IV o negra.

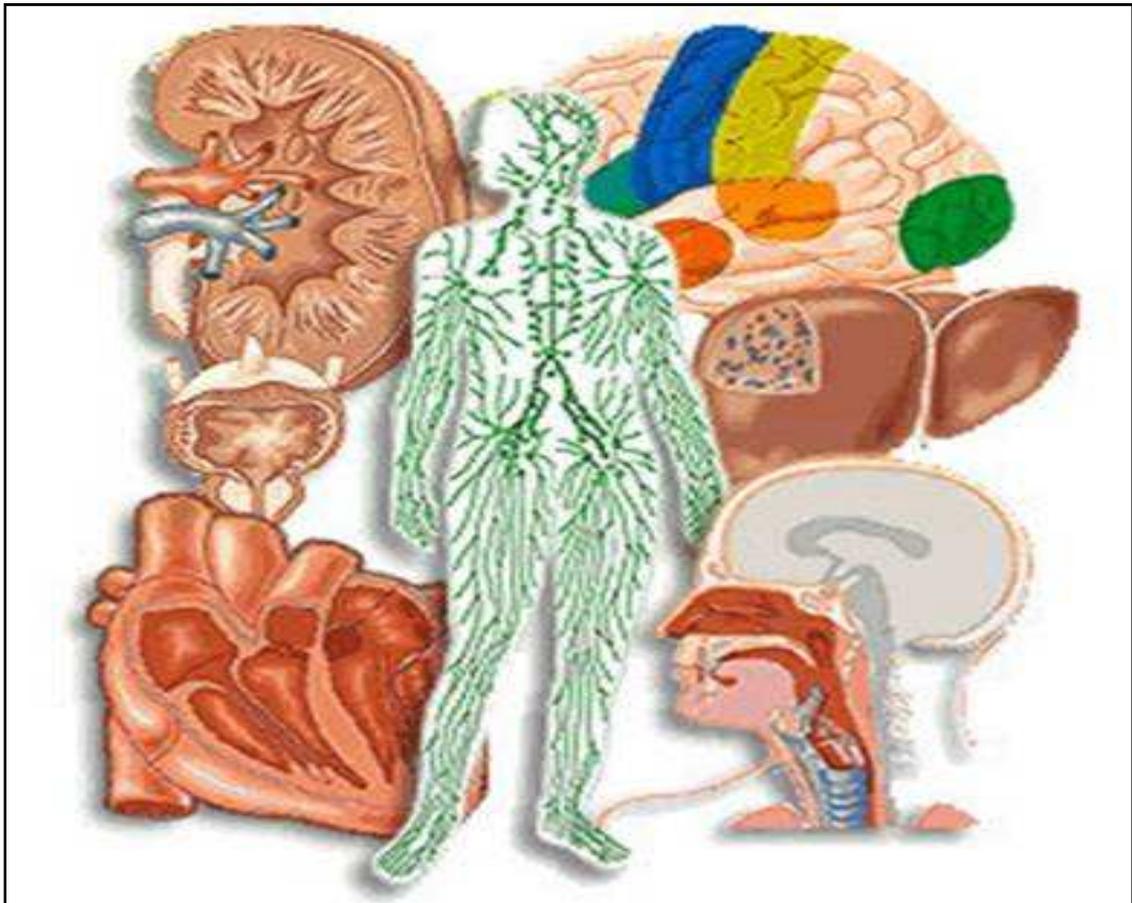


Fuente: <http://directoriocatolico.blogspot.com/2012/08/el-grito-silencioso-sobre-el-aborto.html>

- Pacientes fallecidos.
- Lesiones mortales (pocas posibilidades de sobrevida)
- Quemaduras de segundo grado mayores del 40% de la superficie corporal.
- Quemaduras de segundo grado, mayores del 40% de la superficie corporal, asociadas a lesiones cráneo-encefálicas o torácicas mayores.
- Lesiones craneales con exposición de masa encefálica y paciente inconsciente.
- Lesiones cráneo-encefálicas con paciente inconsciente y fracturas mayores.
- Lesiones de columna vertebral con ausencia de sensibilidad y movimientos.
- Paciente mayor de 60 años con lesiones mayores graves. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011, págs. 17- 18)

CRITERIOS DE CLASIFICACION POR APARATOS Y SISTEMAS EN

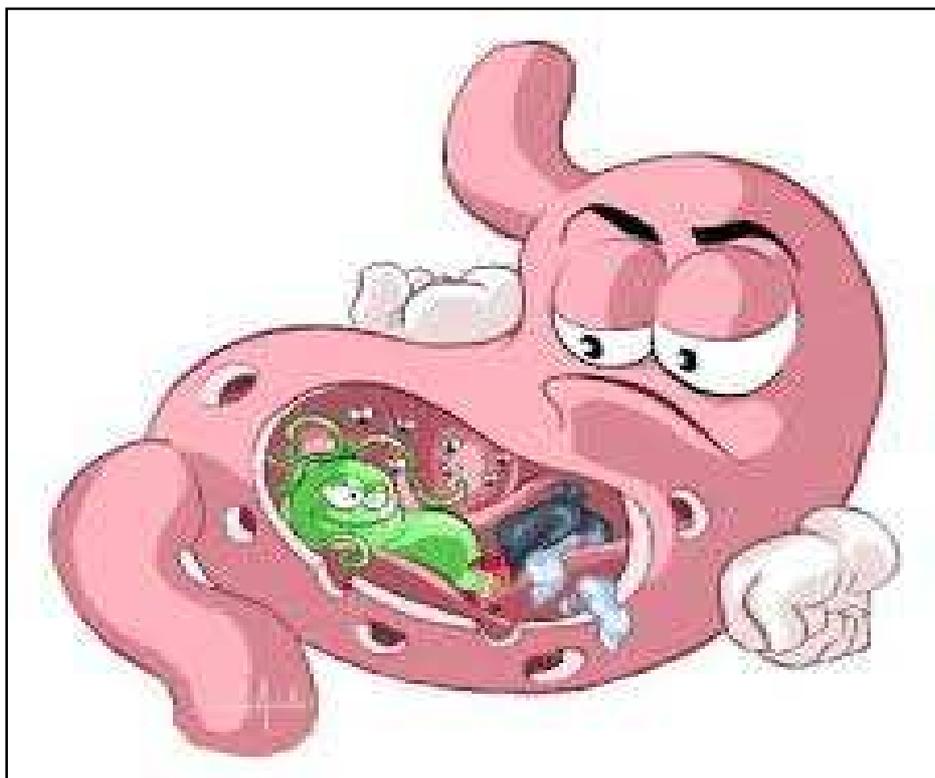
Gráfico No. 22. Criterios de clasificación por aparatos y sistemas en triage.



Fuente: <http://www.monografias.com/trabajos81/anatomia-basica-cuerpo-humano/anatomia-basica-cuern-humano.shtml>

**CRITERIOS DE
CLASIFICACION DE
ACUERDO A LOS
SIGNOS Y SINTOMAS
ABDOMINALES Y
GASTROINTESTINALES**

Gráfico No. 23. Criterios de clasificación de acuerdo a los signos y síntomas abdominales gastrointestinales.



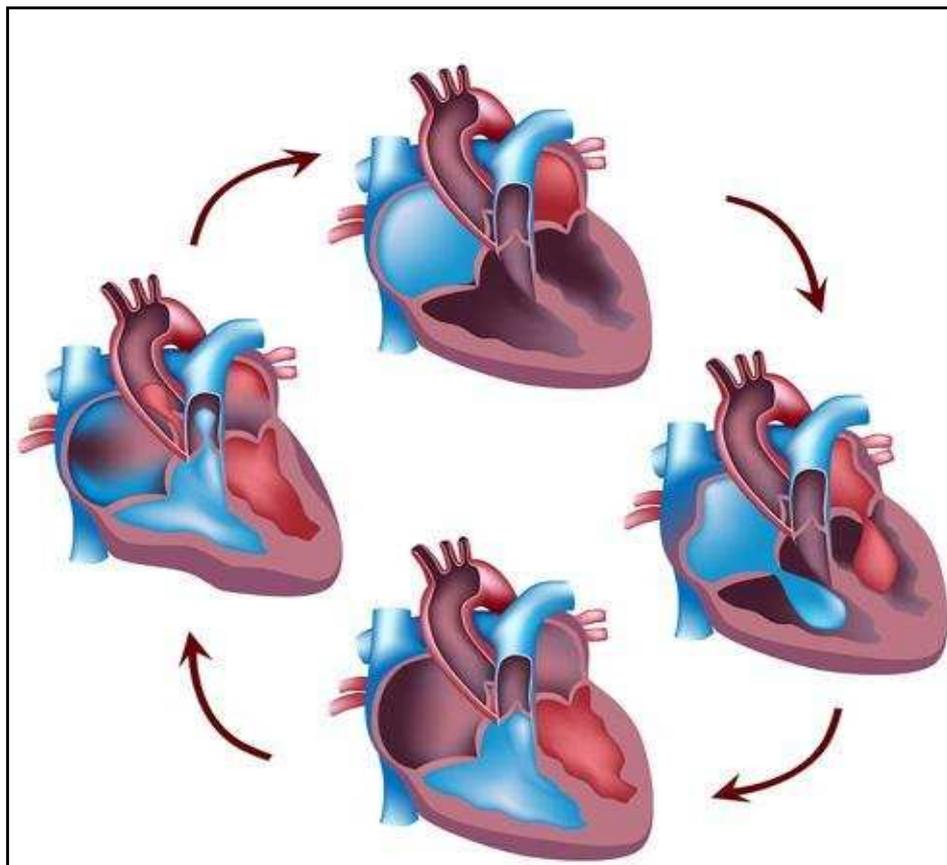
Fuente: <http://www.tubosalud.com/enfermedades-mas-comunes-del-estomago/>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Dolor abdominal severo constante.	Enterorragia moderada.	Vómito sin sangre.
Trauma abdominal	Sangrado rectal sin	Diarrea sin compromiso del

penetrante. Parto en curso. Dolor abdominal acompañado de diaforesis, náusea, dolor en miembro superior izquierdo, disnea y angustia. Dolor abdominal, vómito o diarrea con signos de deshidratación. Trauma abdominal cerrado (menor de 24 horas), dolor severo, sangrado y signos de shock. Enterorragia masiva. Hematemesis masiva. Ingesta de tóxicos.	otro compromiso. Lesión abdominal reciente (menor de 24 horas) sin dolor severo, sangrado o shock. Dolor abdominal intermitente, vómito, diarrea, deshidratación leve. Imposibilidad para tragar sin dificultad para respirar. Dolor abdominal, sangrado vaginal y fiebre. Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente.	estado general del paciente. Flatulencia. Náuseas. Estreñimiento. Eructos. Regurgitación. Pirosis. Anorexia. Hiporexia. Cólico menstrual.
---	---	--

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

Gráfico No. 24. Criterios de clasificación de acuerdo con los signos y síntomas cardiovasculares

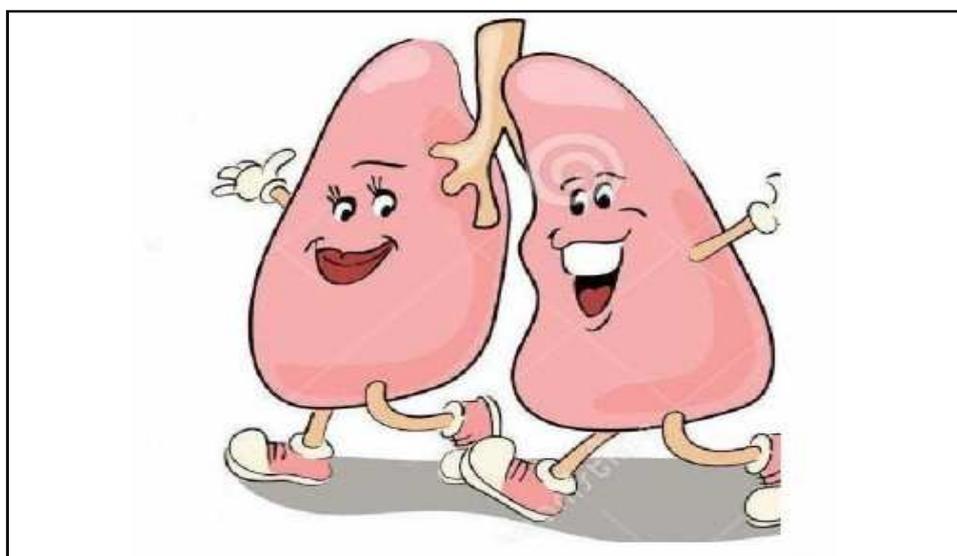


Fuente: http://www.plusesmas.com/salud/fotos_salud/cardiologia/84/sistema_cardiaco.html

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Dolor torácico irradiado a cuello o brazo, acompañado de diaforesis, disnea, náuseas o angustia.</p> <p>Ausencia de pulso.</p> <p>Cianosis.</p> <p>Hipertensión o hipotensión severas.</p> <p>Hipertensión (mayor de 140/90 mmHg) asociada a cefalea, alteración neurosensorial, alteración del estado de alerta, dolor torácico o epistaxis.</p> <p>Lesión penetrante en tórax.</p> <p>Exposición eléctrica con pulso irregular.</p> <p>Lesión penetrante en vasos sanguíneos.</p> <p>Taquicardia o bradicardia.</p> <p>Paciente en shock.</p> <p>Dolor torácico con antecedente de enfermedad coronaria.</p> <p>Dolor torácico acompañado de pulsos asimétricos.</p> <p>Dolor torácico no irradiado (sin disnea o pulso irregular, sin cambios en el color de la piel o diaforesis).</p> <p>Lipotimia en paciente con marcapaso.</p> <p>Sangrado activo y signos de shock.</p>	<p>Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda.</p> <p>Dolor torácico asociado a tos y fiebre.</p> <p>Dolor torácico relacionado con la rotación del tronco o palpación.</p> <p>Sangrado activo en paciente con antecedente de hemofilia.</p>	<p>Cefalea con factores de riesgo.</p> <p>Dolor torácico no característico, con factores de riesgo.</p> <p>Dolor torácico asociado a tos y fiebre.</p> <p>Lipotimias en pacientes con factores de riesgo.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Gráfico No. 25. Criterios de clasificación de acuerdo con los signos y síntomas respiratorios.

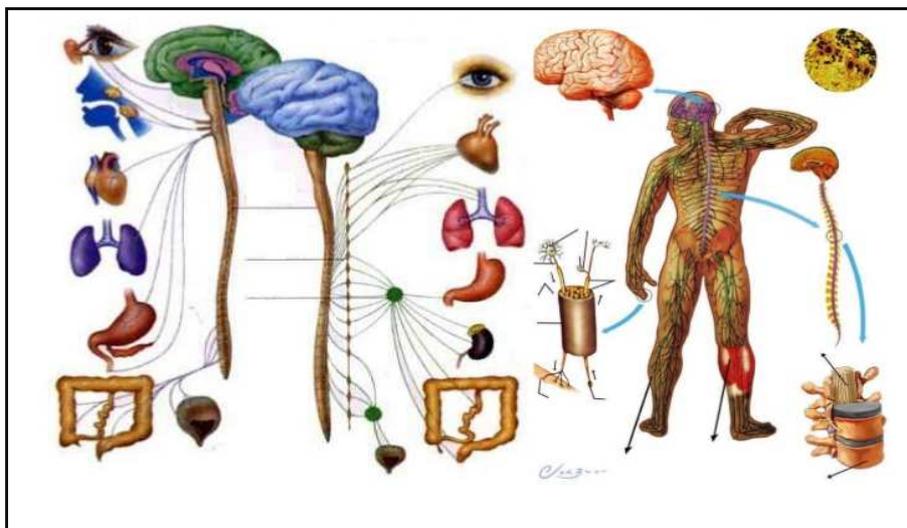


Fuente: <http://www.cuentosydemasparapeques.com/la-mision-azul-capitulo-xivel-aparato-respiratorio-del-ser-humano/>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Disnea súbita posterior a inhalación de sustancias químicas.</p> <p>Quemadura de la vía aérea.</p> <p>Disnea de inicio súbito.</p> <p>Disnea acompañada de cianosis, sibilancias audibles.</p> <p>Disnea con tirajes supraclaviculares, intercostales, aleteo nasal o estridor.</p> <p>Hemoptisis masiva.</p> <p>Trauma penetrante en tórax.</p> <p>Apnea.</p> <p>Obstrucción de la vía aérea (cuerpo extraño, tapón de moco, trauma facial, inmersión)</p> <p>Trauma cerrado de tórax acompañado de dolor torácico, disnea súbita o respiración asimétrica.</p>	<p>Tos con expectoración y fiebre.</p> <p>Disnea moderada progresiva.</p> <p>Hemoptisis moderada.</p> <p>Dolor torácico relacionado con la inspiración profunda.</p> <p>Disnea progresiva en paciente con antecedente de EPOC.</p>	<p>Tos seca o productiva, rinorrea, malestar general, con o sin fiebre.</p> <p>Disfonía.</p> <p>Tos seca.</p> <p>Tos crónica sin signos de dificultad respiratoria.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

Gráfico No. 26. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas neurológicos.



Fuente: <http://www.slideshare.net/jexsjacome12/sistema-nervioso-humano-1401594>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Estado epiléptico o episodio de convulsión.</p> <p>Pérdida o deterioro progresivo del estado de conciencia con o sin trauma.</p> <p>Trauma en cráneo con pérdida del estado de alerta o déficit neurológico.</p> <p>Trauma en columna con déficit neurológico.</p> <p>Episodio agudo de pérdida o disminución de la función motora (disartria, paresia, afasia)</p> <p>Episodio agudo de confusión.</p> <p>Episodio agudo de cefalea y cambio en el estado mental.</p> <p>Episodio agudo de cefalea y cifras tensionales altas.</p> <p>Trauma penetrante en cráneo.</p> <p>Pérdida súbita de la agudeza visual.</p> <p>Vértigo con vómito.</p> <p>Sordera súbita.</p> <p>Trauma de cráneo en paciente anticoagulado o hemofílico.</p>	<p>Historia de síncope o lipotimia con recuperación total sin déficit neurológico.</p> <p>Trauma en cráneo sin pérdida de conciencia, sin déficit neurológico.</p> <p>Cefalea intensa en paciente con historia de migraña.</p> <p>Antecedente de convulsión con recuperación total sin déficit neurológico.</p> <p>Vértigo sin vómito.</p> <p>Disminución progresiva en fuerza o sensibilidad de una o más extremidades.</p> <p>Cefalea asociada a fiebre y/o vómito.</p>	<p>Cefalea crónica sin síntomas asociados.</p> <p>Dolor crónico y parestesias en extremidades.</p> <p>Parestesias asociadas a ansiedad e hiperventilación.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS MUSCULO ESQUELÉTICOS

Gráfico No. 27. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas musculo esqueléticos.

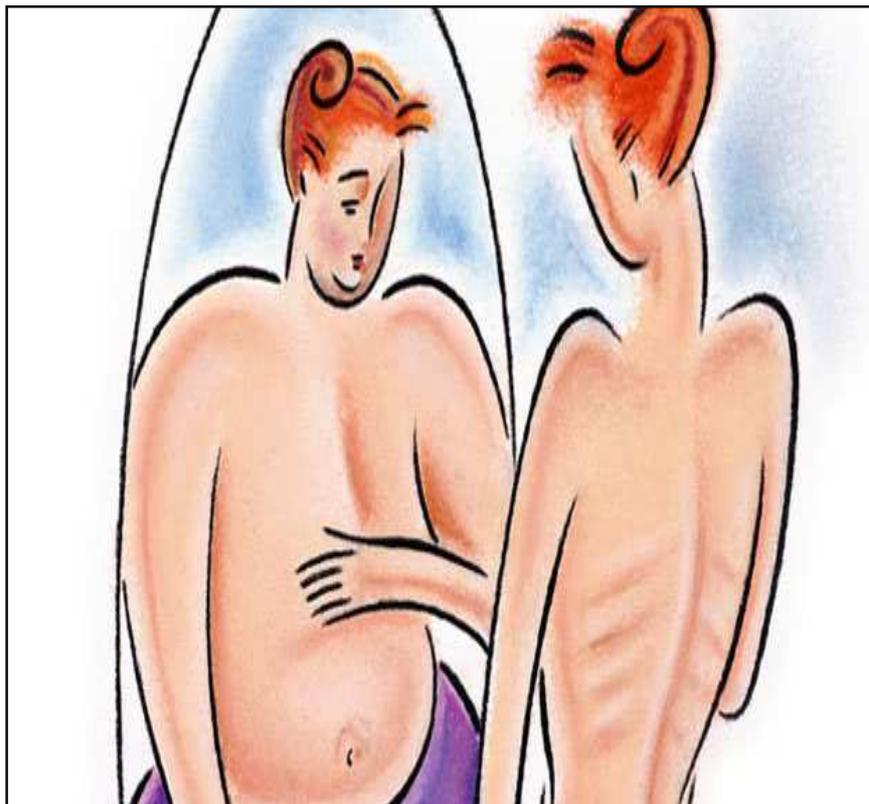


Fuente: <http://educacionfisicajose.blogspot.com/>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Fractura abierta con sangrado abundante o dolor intenso.</p> <p>Fractura de huesos largos.</p> <p>Amputación traumática.</p> <p>Dolor severo en extremidad con compromiso circulatorio.</p> <p>Trauma por aplastamiento con dolor severo o compromiso vascular o neurológico.</p> <p>Deformidad en articulación con dolor intenso (luxación)</p> <p>Fracturas múltiples.</p> <p>Trauma en cadera con dolor intenso y limitación para la movilización.</p>	<p>Trauma en extremidad con deformidad y dolor tolerable sin déficit neurológico o circulatorio.</p> <p>Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores y parestesias.</p> <p>Dolor articular en paciente hemofílico.</p> <p>Trauma cerrado de mano y pie sin compromiso neurovascular.</p> <p>Lesiones de punta de dedo.</p>	<p>Dolor lumbar sin síntomas asociados.</p> <p>Espasmo muscular.</p> <p>Esguince.</p> <p>Dolor en dorso localizado.</p> <p>Contusiones.</p> <p>Dolor muscular sin otros síntomas.</p> <p>Edema sin trauma.</p> <p>Limitación funcional crónica.</p> <p>Trauma menor.</p> <p>Artralgias acompañadas de fiebre.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

Gráfico No. 28. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas psicológicos

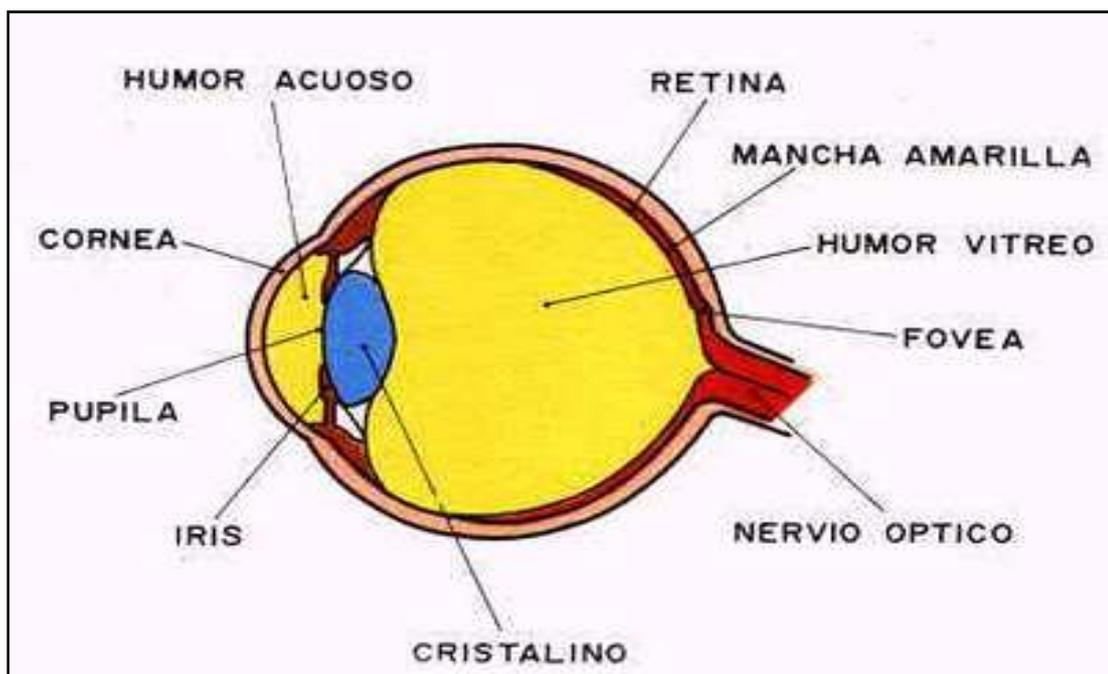


Fuente: <http://psicoblog.com/sintomas-psicologicos-de-la-anorexia/>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Intento de suicidio o ideación suicida.</p> <p>Agitación psicomotora.</p> <p>Confusión.</p> <p>Alucinaciones.</p>	<p>Depresión.</p> <p>Paciente desea evaluación.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).</p> <p>Abuso de sustancias.</p> <p>Insomnio.</p>	<p>Depresión leve.</p> <p>Paciente necesita evaluación.</p> <p>Ansiedad crónica.</p> <p>Desorden en la conducta.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS OCULARES

Gráfico No. 29. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas oculares.



Fuente: <http://elcuerpodehumano.blogspot.com.es/2012/06/dibujo-del-ojo-humano-y-sus-partes.html>

Prioridad I

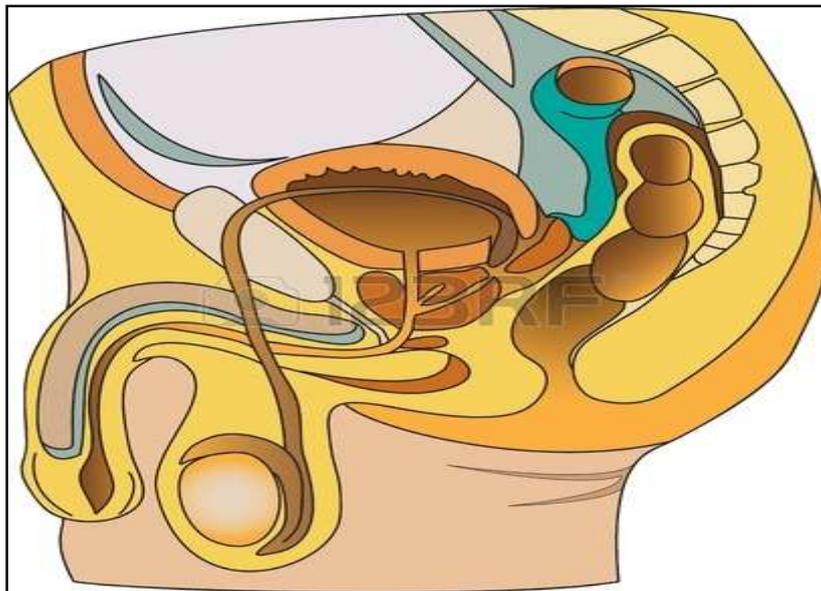
Prioridad II

Prioridad III

<p>Trauma ocular químico o físico agudo.</p> <p>Visión borrosa o disminución súbita en la agudeza visual.</p> <p>Trauma penetrante.</p> <p>Pérdida súbita de visión.</p> <p>Dolor ocular.</p>	<p>Trauma ocular químico o físico agudo.</p> <p>Visión borrosa o disminución súbita en la agudeza visual.</p> <p>Trauma penetrante.</p> <p>Pérdida súbita de visión.</p> <p>Dolor ocular.</p>	<p>Hemorragia subconjuntival.</p> <p>Cambios graduales de visión no súbitos.</p> <p>Secreción ocular y prurito.</p> <p>Edema palpebral.</p> <p>Trauma ocular no agudo sin síntomas.</p> <p>Ardor ocular.</p> <p>Fotopsias (ver luces).</p> <p>Miodesopsias (ver puntos)</p>
---	---	---

**CRITERIOS DE
CLASIFICACIÓN DE
ACUERDO CON SIGNOS Y**

Gráfico No. 30. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de los genitales masculinos.

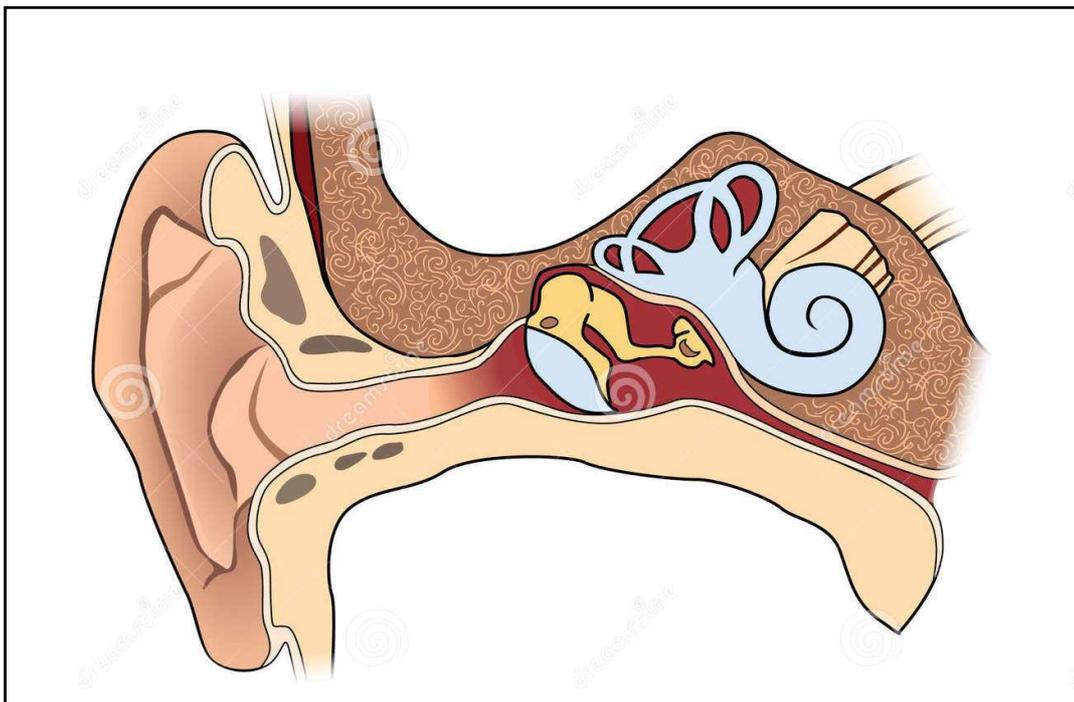


Fuente: http://es.123rf.com/imagenes-de-archivo/educacion_sexual.html

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Dolor testicular severo, edema o hipopigmentación.</p> <p>Trauma en pene o escroto, dolor severo e inflamación.</p> <p>Dolor testicular moderado de varias horas.</p> <p>Abuso sexual.</p> <p>Priapismo.</p>	<p>Dolor testicular leve, fiebre y sensación de masa.</p> <p>Edema del pene.</p> <p>Cuerpo extraño con molestia.</p>	<p>Secreción purulenta.</p> <p>Cuerpo extraño sin molestia.</p> <p>Prurito o rash perineal.</p> <p>Trauma menor.</p> <p>Masa en testículo.</p> <p>Impotencia.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL OÍDO

Gráfico No. 31. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas del oído.

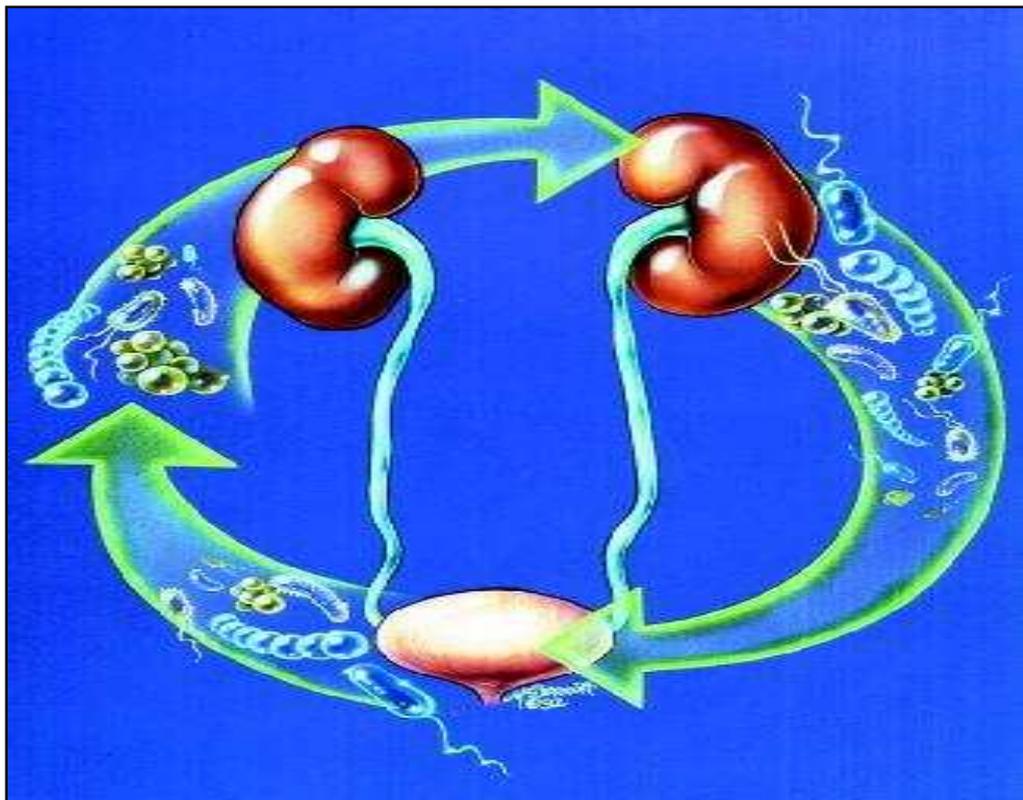


Fuente: <http://es.dreamstime.com/foto-de-archivo-libre-de-regal%C3%ADas-anatom%C3%ADa-humana-del-o%C3%ADdo-image27357605>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Amputación traumática de la aurícula.</p> <p>Otorragia u otoliquia pos trauma.</p>	<p>Hipoacusia aguda pos trauma.</p> <p>Tinnitus, vértigo y fiebre.</p> <p>Cuerpo extraño en oído, sangrado o molestia.</p> <p>Otalgia, otorrea y fiebre.</p>	<p>Tinnitus.</p> <p>Cuerpo extraño en oído sin molestia.</p> <p>Hipoacusia.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS URINARIOS

Gráfico No. 32. Criterios de clasificación de acuerdo con los signos y síntomas urinarios.

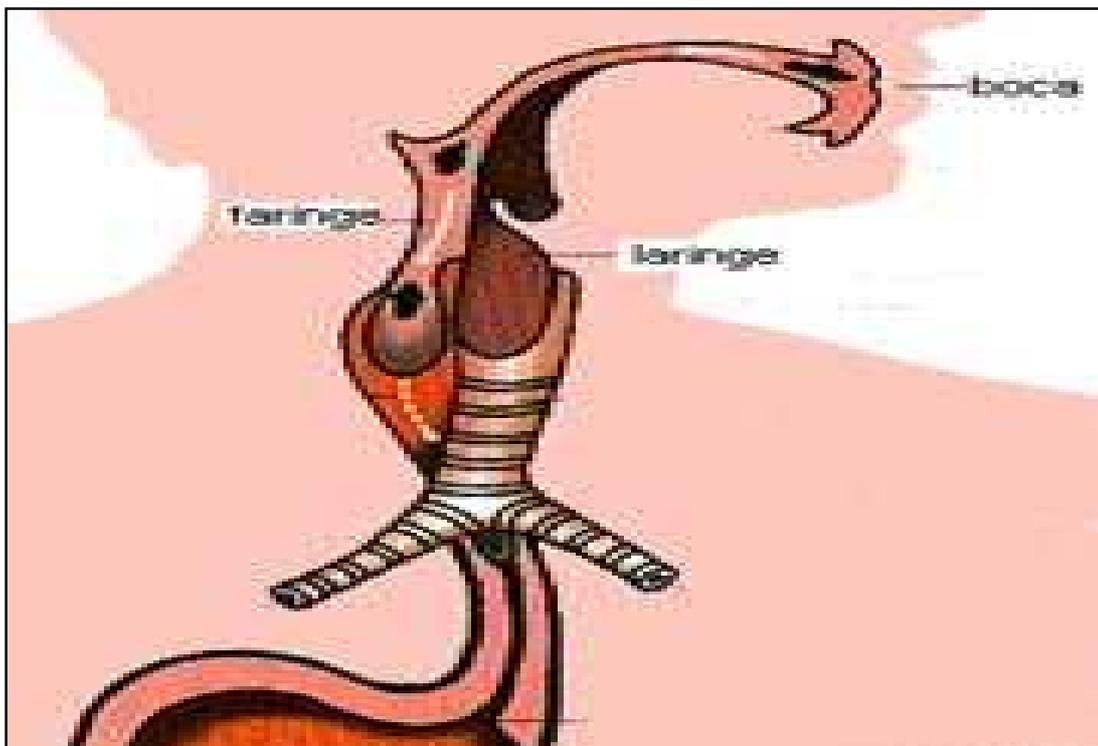


Fuente: <http://diazrisco.wordpress.com/2010/09/21/infeccion-urinaria-signos-y-sintomas/>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Dolor severo en dorso, hematuria (sugestivo de urolitiasis).</p> <p>Retención urinaria aguda.</p> <p>Trauma de pelvis con hematuria o anuria.</p>	<p>Cuerpo extraño uretral.</p> <p>Hematuria, disuria, polaquiuria, fiebre, vómito y escalofrío.</p>	<p>Historia de dificultad para la micción.</p> <p>Disuria o poliuria sin fiebre, vómito o escalofrío.</p> <p>Disminución en el flujo urinario.</p> <p>Incontinencia.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE NARIZ, BOCA Y GARGANTA

Gráfico No. 33. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de nariz, boca y garganta.

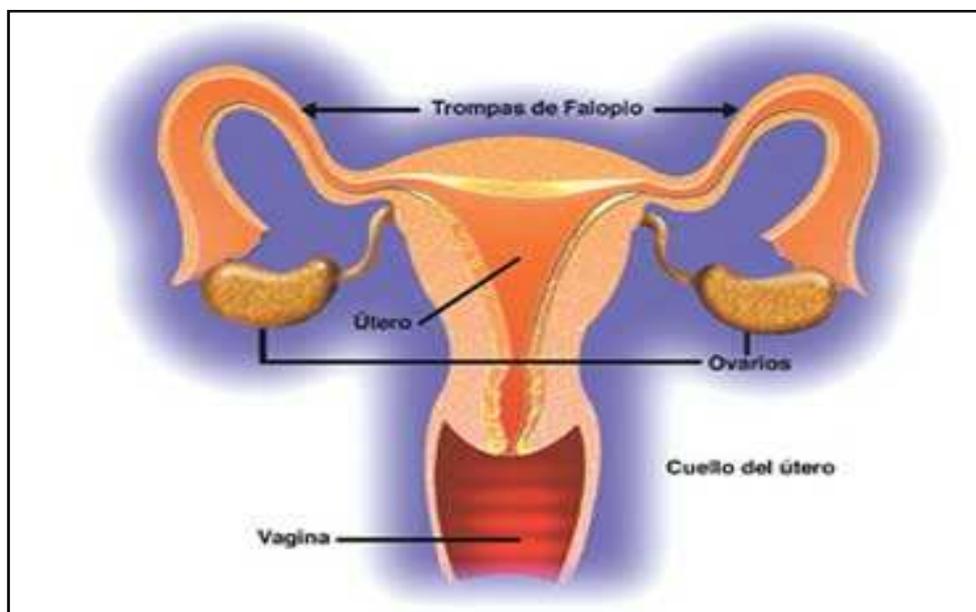


Fuente: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/manuelperez/udidacticas/udanatomia/respiratorio/organos/organos.htm>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Rinorrea con sangre o cristalina posterior a trauma de cráneo.</p> <p>Trauma facial con obstrucción de la vía aérea o riesgo de obstrucción.</p> <p>Epistaxis asociada a presión arterial alta, cefalea.</p> <p>Sangrado abundante.</p> <p>Amputación de la lengua o herida de mejilla con colgajo.</p> <p>Disfonía con historia de trauma en laringe o quemadura.</p> <p>Odinofagia, sialorrea y estridor.</p> <p>Disnea, disfagia e instauración súbita de estridor.</p> <p>Sangrado activo en cirugía reciente de garganta, boca o nariz.</p> <p>Cuerpo extraño en faringe asociado a disnea.</p>	<p>Epistaxis intermitente con historia de trauma o hipertensión arterial.</p> <p>Trauma nasal asociado a dificultad respiratoria leve.</p> <p>Cuerpo extraño en nariz, dolor o dificultad respiratoria leve.</p>	<p>Herida por punción en paladar duro o blando.</p> <p>Alergia, fiebre y congestión nasal.</p> <p>Trauma nasal sin dificultad respiratoria.</p> <p>Rinorrea, dolor malar o frontal y fiebre.</p> <p>Cuerpo extraño en nariz sin molestia.</p> <p>Odinofagia, fiebre y adenopatías.</p> <p>Lesiones en mucosa oral.</p> <p>Sensación de cuerpo extraño en faringe sin dificultad respiratoria.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS GENITALES Y SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

Gráfico No. 34. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas de los genitales y sistema reproductor femenino.

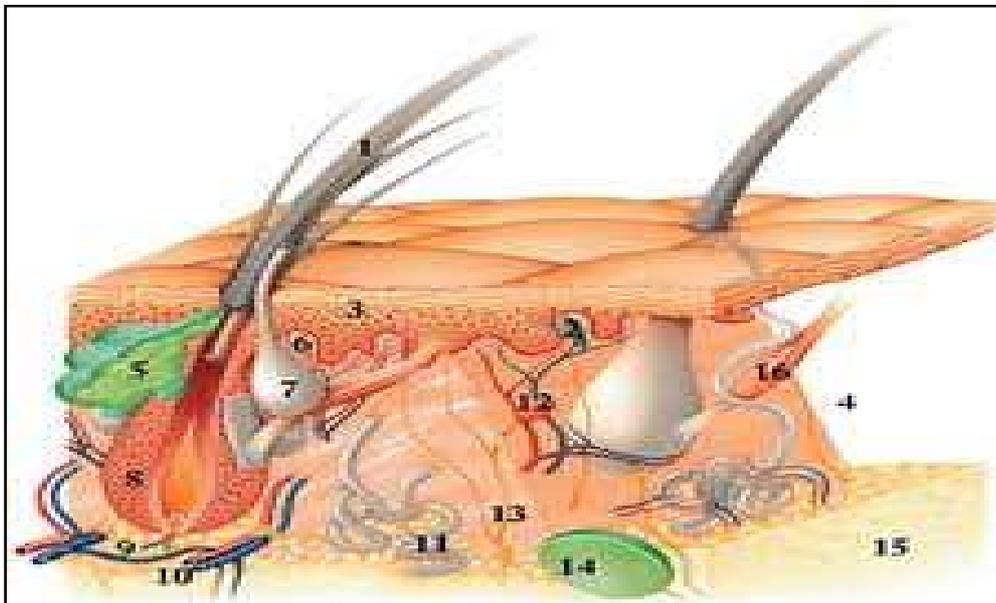


Fuente: <http://cienciasexto.blogspot.com/2008/10/sistema-reproductor-femenino.html>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
<p>Trabajo de parto en curso.</p> <p>Sangrado vaginal o uretral severo posterior a trauma.</p> <p>Retraso menstrual, dolor abdominal severo o irradiado a hombro.</p> <p>Hemorragia vaginal severa durante el embarazo (más de cuatro toallas por hora).</p> <p>Amniorrea espontánea en el embarazo.</p> <p>Trauma en el embarazo.</p> <p>Hipertensión arterial en el embarazo.</p> <p>Convulsiones en paciente embarazada.</p> <p>Choque en el embarazo.</p> <p>Abuso sexual menor de 72 horas.</p>	<p>Abuso sexual mayor de 72 horas.</p> <p>Sangrado vaginal (más de 10 toallas por día o pulso mayor de 100 por minuto).</p> <p>Trauma en genitales externos,</p> <p>Sangrado vaginal pos aborto pos parto sin hipotensión o taquicardia.</p> <p>Cuerpo extraño con molestia.</p> <p>Dolor severo en mamas y fiebre.</p> <p>Dolor abdominal acompañado de fiebre y flujo vaginal.</p> <p>Dolor abdominal pos parto, fiebre y coágulos fétidos.</p> <p>Disminución de movimientos fetales.</p> <p>Dolor abdominal pos quirúrgico.</p> <p>Signos de infección en la herida quirúrgica.</p> <p>Sintomatología urinaria en mujer embarazada.</p>	<p>Prurito vaginal o flujo.</p> <p>Infertilidad.</p> <p>Determinar embarazo.</p> <p>Amenorrea sin sangrado o dolor.</p> <p>Cuerpo extraño sin molestia.</p> <p>Dispareunia.</p> <p>Dismenorrea.</p> <p>Irregularidad en el ciclo menstrual.</p> <p>Prolapso vaginal.</p> <p>Disfunción sexual.</p> <p>Oleadas de calor.</p> <p>Mastalgia.</p>

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SISTEMA TEGUMENTARIO

Gráfico No. 35. Criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas del sistema tegumentario.



Fuente: <http://epo259biologiageneral.blogspot.com/2012/03/aparato-tegumentario.html>

Prioridad I	Prioridad II	Prioridad III
Mordeduras con sangrado abundante.	Mordedura de perro.	Picaduras menores localizadas.
Mordedura o picadura con respuesta alérgica sistémica.	Mordedura de serpiente o araña asintomática sin reacción	Lesión por frío sin hipopigmentación y dolor leve.
Hipotermia, rash, petequias y fiebre.	alérgica.	Herida menor por punción.
Quemadura por calor o frío con deshidratación o compromiso general del paciente.	Hipotermia, palidez o cianosis localizada, sin dolor.	Herida infectada localizada.
Quemadura en cara, cuello, manos, pies y genitales.	Rash, dolor osteomuscular generalizado, fatiga y fiebre.	Rash sin fiebre o síntomas sistémicos.
Herida penetrante con hemorragia incontrolable.	Quemadura sin compromiso del estado general del paciente y dolor tolerable.	Celulitis.
Lesión en nervio, tendón o vaso sanguíneo.		Cuerpo extraño en tejidos blandos.
Reacción alérgica con compromiso ventilatorio o hemodinámico.		Lesiones en piel sin compromiso del estado general.
		Quemadura solar grado I.
		Adenopatías.
		Descamación, prurito.
		Excoriaciones.
		Resequedad.
		Diaforesis sin síntomas asociados.

(Reyes Flores & Grimaldo Loredo, 2012, pág. 23)

BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

- 1.- González Casares, N., Martínez Lores, F., Ureta Guzmán, C., & Alonso Juanes, S. (03 de 10 de 2010). *Protocolo de recepcion y acojida*. Recuperado el 21 de 03 de 2014, de Descripcion del Porcedimiento de triage: <http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm>
- 2.- Gobierno Federal de los Estados Unidos. (01 de 01 de 2011). *Gobierno Federal*. Recuperado el 21 de 03 de 2014, de Guia de Referencia Rapida: <file:///C:/Users/user01/Downloads/issste-339-08-rr-131008204650-phpapp01.pdf>
- 3.- Gómes Jiménez, J. (26 de 02 de 2014). *Triage en Urgencias y Emergencias*. Recuperado el 22 de 03 de 2014, de Niveles de triage: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo171/capitulo171.htm>
- 4.- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (12 de octubre de 2011). *Protocolo Prehospitalarias para Emergencias Médicas*. Obtenido de Clasificacion de victimas.
- 5.- Pilco Vela, J. M., & Sánchez Sánchez, J. E. (18 de 11 de 2009). *Conocimiento de triage*. Recuperado el 12 de 12 de 2013, de TERMINOS BASICOS: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/123456789/230/1/CS-EEN-30A019.pdf>
- 6.- Reyes Flores, A. G., & Grimaldo Loredo, B. (03 de 03 de 2012). *Triage en la sala de Urgencias*. Recuperado el 24 de 03 de 2014, de Criterios de clasificacion: <http://salud.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2012/03/triagedeurgencias.pdf>

INCOGRAFIA

Gráfico No. 1.

Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Gráfico No. 2.

<http://www.clinicadelosremedios.org/publicaciones.php?id=34723>

Gráfico No. 3.

<http://www.vocerodelcafe.com/salud/el-60-de-los-pacientes-que-acuden-a-urgencias-son-de-consulta-externa-o-prioritaria>

Gráfico No. 4.

<http://www.reanimandoachile.cl/contenidos/rcp-bls-adulto.html>

Gráfico No. 5.

<https://milion.wordpress.com/2012/03/>

Gráfico No. 6.

<http://ooche813.blogspot.com/2011/03/la-mayoria-de-las-personas-sufren-dolor.html>

Gráfico No. 7.

<http://www.slideshare.net/PaulAlejandroCarvajal/triage-intrahospitalario>

Gráfico No. 8.

<http://meduba.com/diferencias-entre-una-parada-cardiaca-y-un-infarto/>

Gráfico No. 9.

http://comps.canstockphoto.com/can-stock-photo_csp6404483.jpg&imgrefurl

Gráfico No. 10.

[http://www.ecured.cu/images/thumb/9/9a/Persona_vomitando.jpg/260px-}](http://www.ecured.cu/images/thumb/9/9a/Persona_vomitando.jpg/260px-)

Gráfico No. 11.

<http://www.otorrinomarbella.com/wp-content/uploads/2011/06/objeto-extrano1.jpg&imgrefurl>

Gráfico No. 12.

<http://us.123rf.com/450wm/yeletkeshet/yeletkeshet1307/yeletkeshet130700024/21076478-la-sensacion-del-hombre>

Gráfico No. 13.

Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba

Gráfico No. 14

http://perso.wanadoo.es/for-emer/Recomendaciones_SVA_ERC_2005.htm

Gráfico No. 15.

<http://enfermeroquillota.blogspot.com/2007/07/creacion-del-selector-de-demanda.html>

Gráfico No. 16.

http://perso.wanadoo.es/for-emer/Recomendaciones_SVA_ERC_2005.htm

Gráfico No. 17.

<http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/13895063>

Gráfico No 18.

<http://ladesfibrilacion.blogspot.com/>

Gráfico No. 19.

<http://www.calcibon.com/osteoporosis2.htm>

Gráfico No. 20.

<http://www.elrinconcillodevicen.com/2011/03/mis-teclillas.html>

Gráfico No. 21

<http://directoriocatolico.blogspot.com/2012/08/el-grito-silencioso-sobre-el-aborto.html>

Gráfico No. 22.

<http://www.monografias.com/trabajos81/anatomia-basica-cuerpo-humano/anatomia-basica-cuerpo-humano.shtml>

Gráfico No. 23.

<http://www.tubosalud.com/enfermedades-mas-comunes-del-estomago/>

Gráfico No. 24.

http://www.plusemas.com/salud/fotos_salud/cardiologia/84/sistema_cardiaco.html

Gráfico No. 25.

<http://www.cuentosydemasparapeques.com/la-mision-azul-capitulo-xivel-aparato-respiratorio-del-ser-humano/>

Gráfico No. 26.

<http://www.slideshare.net/jexsjacome12/sistema-nervioso-humano-14015941>

Gráfico No. 27.

<http://educacionfisicajose.blogspot.com/>

Gráfico No. 28.

<http://psicoblog.com/sintomas-psicologicos-de-la-anorexia/>

Gráfico No. 29.

<http://elcuerpodehumano.blogspot.com.es/2012/06/dibujo-del-ojo-humano-y-sus-partes.html>

Gráfico No. 30.

http://es.123rf.com/imagenes-de-archivo/educacion_sexual.html

Gráfico No. 31

<http://es.dreamstime.com/foto-de-archivo-libre-de-regal%C3%ADas-anatom%C3%ADa-humana-del-o%C3%ADdo-image27357605>

Gráfico No. 32.

<http://diazrisco.wordpress.com/2010/09/21/infeccion-urinaria-signos-y-sintomas/>

Gráfico No. 33.

<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/manuelperez/udidacticas/udanatomia/respiratorio/organos/organos.htm>

Gráfico No. 34.

<http://cienciasexto.blogspot.com/2008/10/sistema-reproductor-femenino.html>

Gráfico No. 35.

<http://epo259biologiageneral.blogspot.com/2012/03/aparato-tegumentario.html>

TWITTER <https://twitter.com/unachmx>
FACEBOOK <https://www.facebook.com/unachecu>

WEB <http://www.unach.edu.ec/>

CAMPUS NORTE "Ms. EDISON RIERA R."

Avda. Antonio José de Sucre, Km. 1 1/2 vía a Guano Teléfonos: (593)
3 3730880 Extensión 3000.

CAMPUS "LA DOLOROSA"

Avda. Eloy Alfaro y 10 de Agosto. Teléfonos: (593) 3 3730910 Extensión 3001.

Riobamba - Ecuador



Unach (@unachmx) | Twitter
[twitter.com](https://twitter.com/unachmx)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- González Casares, N., Martínez Lores, F., Ureta Guzmán, C., & Alonso Juanes, S. (03 de 10 de 2010). *Protocolo de recepcion y acojida*. Recuperado el 21 de 03 de 2014, de Descripcion del Porcedimiento de triage: <http://www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm>
- 2.- Accreditation Canada. (15 de 04 de 2014). Estandares. *Servicios de Emergencias*. Riobamba, Chimborazo, Ecuador. Obtenido de Servicios de Emergencias.
- 3.- Carlos Alberto Vilchez Zapata. (10 de 09 de 2010). Aplicación de un sistema de triaje de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de Emergencia. *Descripcion del problema*. Chimbote, Perú, Perú.
- 4.- Cubelli, Guillermo Rubén. (03 de 03 de 2010). *SERVICIOS DE EMERGENCIAS : LA IMPORTANCIA DEL DISEÑO ESTRUCUTRAL*. Recuperado el 21 de 03 de 2014, de Planta fisica de una area de Urgencias: <http://www.aadaih.com.ar/congresos/ponencias/18-cubelli.pdf>
- 5.- Gobierno Federal de los Estados Unidos. (01 de 01 de 2011). *Gobierno Federal*. Recuperado el 21 de 03 de 2014, de Guia de Referencia Rapida: <file:///C:/Users/user01/Downloads/issste-339-08-rr-131008204650-phpapp01.pdf>
- 6.- Gómes Jiménez, J. (26 de 02 de 2014). *Triage en Urgencias y Emergencias*. Recuperado el 22 de 03 de 2014, de Niveles de triage: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo171/capitulo171.htm>
- 7.- Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Coordinacion del Servicio de Emergencia. (2014). *Titulos de cuarto nivel*. Riobamba.
- 8.- Hospital Provincial General Docente Riobamba, Área de Triage. (10 de 04 de 2014). *Triage*. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

- 9.- Hospital Provincial General Docente Riobamba, Departamento de Enfermería. (2013). *Personal de Salud por paciente*. Riobamba.
- 10.- Hospital Provincial General Docente Riobamba, Departamento de Estadística. (2013). *Parte Anual*. Riobamba.
- 11.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (12 de 12 de 2011). *Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2011*. Recuperado el 13 de 01 de 2014, de Número de Establecimientos de Salud Con Internación y Sin Internación Hospitalaria según Entidad a la que pertenecen:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-recursos-y-actividades-de-salud/>
- 12.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (12 de octubre de 2011). *Protocolo Prehospitalarias para Emergencias Médicas*. Obtenido de Clasificación de víctimas.
- 13.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Manual Operativo*. Quito.
- 14.- Moyota Camayo, L. M. (01 de 01 de 2011).
<http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/859/1/completo.pdf>.
Recuperado el 30 de 10 de 2013, de
<http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/859/1/completo.pdf>:
<http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/859/1/completo.pdf>
- 15.- Organización Mundial de la Salud. (10 de 12 de 2010). *Manual para la implementación del sistema de triaje para los cuartos de urgencias*. Washington: Diseño y diagramación Matilde E Molina . Recuperado el 06 de 12 de 2013, de Objetivos de triaje:
- 16.- Pilco Vela, J. M., & Sánchez Sánchez, J. E. (18 de 11 de 2009). *Conocimiento de triaje*. Recuperado el 12 de 12 de 2013, de TERMINOS BASICOS:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/123456789/230/1/CS-EEN-30A019.pdf>

- 17.- Reyes Flores, A. G., & Grimaldo Loredo, B. (03 de 03 de 2012).
<http://salud.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2012/03/triagedeurgencias.pdf>. Recuperado el 24 de 03 de 2014, de <http://salud.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2012/03/triagedeurgencias.pdf>:
- 18.- Velasco Enriquez, C., & Quirola Fernandez, V. (10 de 06 de 2012). *Asamblea Nacional Comicion Especializada Permanente del Derecho a la Salud*. Quito: Editorial de la Cobnstitucion Politica del Ecuador. Recuperado el 30 de 10 de 2013, de Principios Derechos y Deberes de la Salud:
<http://es.slideshare.net/carlosvelascoenriquez/proyecto-de-ley-cdigo-de-salud-2012>

ANEXOS

ANEXO I

ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE LICENCIADAS DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA

OBJETIVO: Determinar el conocimiento sobre triage en el personal de Licenciadas de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

INSTRUCCIONES: Por favor lea detenidamente cada una de las preguntas y responda en base a la realidad del servicio y su criterio personal. Toda información proporcionada será manejada confidencialmente. Gracias

1. ¿Conoce usted el significado de Triage?

Si ()

No ()

2. ¿El conocimiento que tiene del Triage lo adquirió mediante?

Experiencia ()

Curso de capacitación ()

Autoeducación ()

3. ¿Conoce el procedimiento de triage?

Si ()

NO ()

Si su respuesta es afirmativa detalles cual es el procedimiento de triage

.....
.....

4. ¿Conoce usted los tiempo de atención en triage?

SI ()

NO ()

Si su respuesta es afirmativa detalles cuales son los tiempos de atención

.....
.....

5. ¿Conoce las prioridades para la clasificación de víctimas?

SI ()

NO ()

Si su respuesta es afirmativa detalle cuales son las prioridades.

.....
.....

6. ¿Cuál es la posibilidad de supervivencia del paciente?

Recuperación ()

Complicaciones ()

Muerte ()

7. ¿Qué personal de salud recibe al paciente al momento que llega al área de triage?

Medico de turno. ()

Licenciada de Enfermería. ()

Auxiliar de Enfermería. ()

8. ¿Cómo realiza usted la valoración al paciente en triage?

Sintomatología ()

Orden de llegada ()

9. ¿Cómo realiza usted la clasificación al paciente en triage?

Tiempos de atención. ()

Niveles de triage. ()

Prioridad en desastres. ()

10. Si ingresan tres pacientes al Servicio de Emergencia, el primero con TCE leve, el segundo con fractura de fémur + dolor intenso y el tercero con tos crónica sin signos de disnea, según los tiempos atención. ¿Cuál es el orden de acción?

TCE leve ()

Fractura de fémur + dolor intenso ()

Tos crónica sin signos de disnea ()

Porque

.....
.....

11. ¿Qué nivel de prioridad tuvo mayor atención a los pacientes?

Nivel 1 ()

Nivel 2 ()

Nivel 3 ()

Nivel 4 ()

Nivel 5 ()

GRACIAS POR SU AMABLE COLABORACION

ANEXO II

GUIA DE OBSERVACION APLICADA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA

OBJETIVO: Determinar cómo es la aplicación de triage del personal de Licenciadas de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Recepción del paciente	Médico de turno	Licenciada de Enfermería	Auxiliar de Enfermería
Cómo realiza la valoración del paciente.		Sintomatología	Orden de llegada
Como realiza la categorización del paciente.	Tiempos de atención	Niveles de triage	Prioridad en desastres
Nivel de prioridad con mayor ingreso de pacientes.		Nivel 1	
		Nivel 2	
		Nivel 3	
		Nivel 4	
		Nivel 5	

GUIA DE OBSERVACION

ANEXO III

FOTOS DURANTES LA APLICACIÓN DE LA ESCUENTAS AL PERSONAL PROFECIONAL DE ENFERMERIA



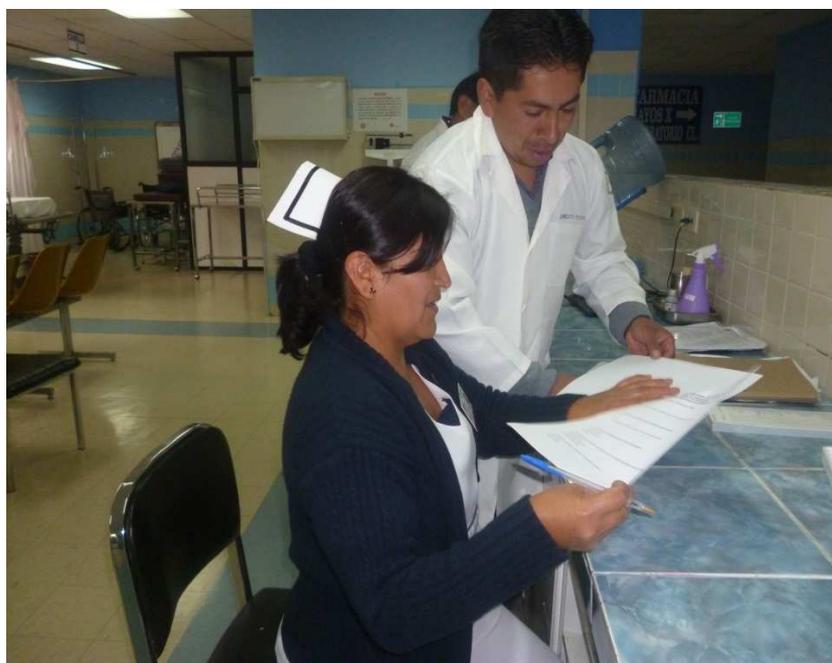
Fuente. Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba
Responsable: Joselito Totoy



Fuente. Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba
Responsable: Joselito Totoy



Fuente. Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba
Responsable: Joselito Totoy



Fuente. Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba
Responsable: Joselito Totoy