



ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN 3295-12

LICENCIATURA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**MANEJO DEL TRIAGE EN EL ÁREA DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL
BALBUENA**

ALUMNA: DE JESUS PICAZO HEISSEL ADRIANA

ASESOR: LIC. TOMASA JUÁREZ CAPORAL

JULIO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO

MANEJO DEL TRIAGE EN EL ÁREA DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL
BALBUENA

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES: Por el gran amor y cariño que sin condiciones me han brindado y el impulso para superarme día a día. Logran con orgullo mis metas.

A MIS PROFESORES: Gracias a ellos por transmitirme sus conocimientos y tener la paciencia y cariño para ayudarme a ser una buena profesionista.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPITULO I | |
| ASPECTOS CONCEPTUALES | |
| OBJETIVO GENERAL..... | 2 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 3 |
| (PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN)..... | 3 |
| MARCO TEORICO..... | 4 |
| HIPÓTESIS..... | 39 |
| CAPITULO II | |
| ASPECTOS METODOLÓGICOS | |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 40 |
| DEFINICIÓN DEL GRUPO..... | 40 |
| DISEÑO DE LA MUESTRA..... | 41 |
| DETERMINACIÓN DE VARIABLES..... | 41 |
| DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN..... | 42 |
| RESULTADOS..... | 43 |
| CAPITULO III | |
| ASPECTOS ORGANIZATIVOS | |
| ORGANIZACIÓN..... | 49 |
| RECURSOS HUMANOS..... | 49 |
| RECURSOS FINANCIEROS..... | 50 |
| RECURSOS FISICOS..... | 51 |
| ASIGNACIÓN DE TAREAS..... | 51 |

CAPITULO IV

| | |
|-------------------|----|
| COMENTARIO..... | 52 |
| CONCLUSIONES..... | 53 |

CAPITULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

| | |
|-------------------|----|
| BIBILOGRAFÍA..... | 54 |
|-------------------|----|

CAPITULO VI

| | |
|---------------|----|
| ANEXOS..... | 56 |
| GLOSARIO..... | 66 |

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de Triage representa la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando ofrezca consistencia entre el resultado de Triage y el diagnóstico final; así mismo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico.

Existe un consenso general sobre la necesidad de contar con un sistema de Triage en el Departamento de Urgencias; algunos estudios de evaluación de la calidad de Triage han descrito los siguientes beneficios: desde el punto de vista de seguridad del paciente, ofrece una valoración a su llegada a urgencias para determinar, en forma objetiva, el manejo inmediato o la espera de un turno para la consulta médica; la tranquilidad que ofrece al paciente y a la familia, entran en contacto con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica.

La guía de Triage en el servicio de Urgencias surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable para determinar la complejidad de la urgencia del paciente que permita mayor objetividad en el proceso, facilite el desarrollo de las habilidades de Médicos y Enfermeras para la evaluación del paciente y disponer de un documento de consulta durante la toma de decisiones.

Su objetivo principal es identificar al paciente en estado crítico y brindar la oportunidad de atención de acuerdo a niveles de priorización los cuales están diseñados con base en criterios clínicos basados en evidencias.

Este modelo de Triage comprende la adopción de un sistema de la clasificación de urgencia del paciente en tres niveles de complejidad, una guía de evaluación del paciente basada en signos y síntomas organizada por sistemas, un formato de Triage de fácil manejo y la estandarización del proceso.

Un sistema de Triage debe estar diseñado acorde con los recursos físicos y humanos, la demanda de servicios y las políticas institucionales del hospital en que se vaya implementar y nunca pretende dejar el juicio clínico del profesional que realiza la evaluación del paciente.

CAPITULO I

ASPECTOS CONCEPTUALES

OBJETIVO GENERAL

Evaluar si el personal de Enfermería del servicio de Urgencias maneja adecuadamente el Triage.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer el manejo que le da el personal de Enfermería al Triage en el área de Urgencias.

Aplicar la metodología científica en una investigación de Enfermería desde el título hasta la presentación de resultados.

Explicar el manejo del Triage como factor de incrementar mayor conocimiento en el personal de Enfermería que labora en el área de Urgencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En primeros auxilios dentro del contexto de tratamiento de víctimas frente a un accidente o catástrofe de grandes dimensiones, el Triage es un sistema de clasificación de heridos que todo socorrista o el personal de rescate debe dominar, y que la población en general debería conocer.

Dentro de una unidad hospitalaria la clasificación la hará el personal de salud con la suficiente experiencia como para reconocer rápidamente estas afecciones, y clasificar a través de un método simple y rápido el orden de prioridad en que deban ser atendidas las mismas.

PERFIL EN ENFERMERÍA SOBRE EL TRIAGE

- Experiencia en urgencias
- Arte de la comunicación
- Conocimiento del área y sus especialidades
- Rápida inspección general
- Aplicación y conocimiento de equipos médicos

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS MANEJA ADECUADAMENTE EL TRIAGE?

MARCO TEÓRICO

TRIAGE

“**Triage**” es una palabrea francesa que significa (literalmente) elegir, discriminar o clasificar. En primeros auxilios hace referencia a un procedimiento que permite clasificar a los heridos o víctimas de un accidente para su posterior evacuación o atención médica, en función de la gravedad de sus heridas. Es decir, el Triage sirve para establecer un orden de prioridad ante unos recursos de atención sanitarios que son limitados.

Triage o **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 sobrevivir, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por lo tanto de evitar que se retrase la atención al paciente que aumente su pronóstico por la demora en su atención. Un nivel que implique la disminución en la atención del paciente, no quiere decir que el diagnóstico final no pueda ser una enfermedad grave. Prioriza el compromiso vital y las posibles complicaciones.

Triage o clasificación es el conjunto de procedimientos asistenciales que ejecutados sobre una víctima orientan sobre sus posibilidades de supervivencia inmediata, determinan las maniobras básicas previas a su evacuación y establecen la relación en el transporte.

Este término se emplea para la selección de pacientes en distintas situaciones y ámbitos. En situación normal en las urgencias extra-hospitalarias y hospitalarias. Así como en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o de desastre. En situación normal se privilegia la atención del paciente más grave, el de mayor prioridad. En situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o desastre se privilegia a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y disponibilidad de recursos.

Una de las características del Triage es que debe ser repetido constantemente: en escena, en área de tratamiento, antes de evacuación, en el hospital.

OBJETIVOS DE TRIAGE

- Es salvar la vida a la mayor cantidad de personas posibles, y por eso está pensado para maximizar el uso de recursos existentes (materiales o humanos) para atender las consecuencias de un accidente o catástrofe donde exista un gran número de víctimas.
- Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes a su llegada a Urgencias, para identificar los casos agudos que requieren una atención médica inmediata.
- Organizar el ingreso de los pacientes para su atención, según la prioridad y los recursos físicos y humanos disponibles.
- Asignar el área de tratamiento adecuada.
- Disminuir la ansiedad del paciente y la familia al establecer una comunicación inicial y proveer información sobre el proceso de atención.

HISTORIA

El primero en utilizar este término fue el Barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842), médico cirujano militar, jefe de los servicios sanitarios del ejército de Napoleón, que empezó a utilizarlo como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla.



Dominique-Jean Larrey

La palabra Triage se deriva del término francés “TRIER” que significa clasificar o escoger. Su uso se inicio en el campo de batalla; fue el proceso mediante el cual los soldados con heridas mortales eran abandonados a un lado para morir mientras aquellos con lesiones menores serías recibían tratamiento. Desde la perspectiva militar la prioridad era dada a los soldados con heridas o lesiones tratables quienes deberían regresar rápidamente al campo de batalla.



Según Cook y Sinclair el Triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.

Trauma Life Support (ATLS), el Triage se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esta definición contempla el Triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.).

A partir de los años 70's se le dio una nueva dimensión al concepto de Triage civil; el objetivo de éste era la identificación rápida y adecuada de aquellas víctimas de trauma con lesiones graves para asegurarle la atención en un centro de trauma. Así mismo, que aquellos pacientes con lesiones menores no fueran trasladados, para evitar el uso inadecuado del servicio de urgencias.

TRIAGE EN DESASTRES

Los diferentes tipos de clasificación están basados en la noción de plazos terapéuticos y amparados en los siguientes principios:

- La salvación de la vida tiene preferencia sobre la de un miembro, y la conservación de la función sobre la corrección del defecto anatómico.
- Las principales amenazas de la vida están constituidas por asfixia, la hemorragia y el shock.
- La clasificación debe identificar ante todo, aquellos pacientes críticos que necesitan reanimación inmediata, y separarlos de los demás y de aquellos que no deberán recibir asistencia por ser leves y solo precisar auto-cuidados.



CARACTERÍSTICAS DE LA CLASIFICACIÓN

DINÁMICA: Sin solución de continuidad.

PERMANENTE: En toda la cadena asistencial, re-evaluando de manera continua a cada víctima.

ADAPTADA AL NÚMERO DE PACIENTES: La distancia a los centros asistenciales, el número de medios de transporte y la capacidad asistencial de la zona.

RÁPIDA: Para no retrasar la atención de las víctimas que esperan su turno. No debe retomarse una víctima ya clasificada y estabilizada demorando su evacuación.

30 segundos para clasificar una víctima como muerta

1 minuto para clasificar una víctima como leves

3 minutos para clasificar una víctima como grave o muy grave



COMPLETA: Ninguna víctima debe evacuarse antes de ser clasificada, con las excepciones de oscuridad, condiciones meteorológicas adversas, o existencia de riesgo potencial importante.

PRECISA Y SEGURA: Ya que todo error inicial puede ser fatal para una urgencia grave, pues no siempre es posible rectificar ante la duda.

Esta clasificación que se ha ido empleando en la guerra, se ha extendido para las catástrofes. En esta se clasifica a los pacientes por colores:

- **Negro:** Cuando es cadáver o las posibilidades de recuperación son nulas.
- **Rojo:** Cuando el paciente tiene la posibilidad de sobrevivir y la actuación médica debe ser inmediata.
- **Amarillo:** Es un paciente diferible, para ser vigilado mientras se le puede atender.
- **Verde:** Paciente levemente lesionado, que puede caminar y su traslado no precisa medio especial.

En el Triage se diferencia el negro que es el paciente agonizable del blanco en que ya ha fallecido.

| CODIGO | SINTOMAS | SIGNOS | ENFERMEDAD AGREGADA | CONDUCTA |
|----------|--|---|---|--|
| Negro | Paro cardiorrespiratorio | Estado crítico Signos vitales abolidos | No importa el padecimiento de base | Ingreso directo |
| Rojo | Sintomas respiratorios de rápida evolución. Menos de 24 hs | Dificultad respiratoria severa | Enfermedades crónicas como asma, EPOC, TBC, VIH/SIDA, diabetes, etc | Ingreso directo |
| Amarillo | Sintomas respiratorios de moderada evolución. 3 a 5 días | Dificultad respiratoria leve a moderada | Edad extrema: niños y ancianos | Recibe un número de una serie de un color y letra o pasa |
| Verde | Sintomas respiratorios de moderada evolución. Más de 5 días | Sin dificultad respiratoria | Sin enfermedad de base | Recibe un número de otro color y letra |

ETIQUETADO

El proceso de etiquetado (la identificación del paciente mediante el uso de tarjetas) es un proceso asociado y necesario en el Triage para asegurar un cuidado continuado.

Existen varios tipos de *tarjeta de Triage*, llamadas TARTEM las más empleadas y conocidas son las de colores que siguen un criterio cromático internacionalmente establecido.

Las tarjetas deben ir atadas a la muñeca o tobillo del paciente, nunca a los vestidos o al calzado.

En el anverso o frente de la tarjeta, hay espacio para agregar la hora en que la víctima fue estabilizada por primera vez, ciudad y país de la víctima y el nombre inicial del socorrista o personal de primeros auxilios que atendió a la víctima. En el reverso de la misma, la parte de atrás, una figura humana donde se pueda señalar el lugar de la lesión, y un espacio para indicar qué tipo de inyección intramuscular o intravenosa se le administró.

La tarjeta debe llevar el orden de agravamiento, de manera que permita seguir la secuencia lógica que pueda presentar un lesionado en su recorrido para la atención hospitalaria definitiva desde la zona de impacto.

El uso de cualquier tipo de tarjetas debe iniciarse desde la zona de impacto y llenarse la información en forma sucesiva a medida que el lesionado avanza a los siguientes niveles de Triage.

Se recuerda que durante la primera fase de Triage, las únicas maniobras sanitarias a realizar son aquellas que permitan restablecer las condiciones vitales: manejar vía aérea y hemostasia en hemorragias severas. La resucitación cardiopulmonar no se aconseja salvo en el caso de parada presenciada y sólo cuando el número de víctimas lo permita.



SE ESTABLECEN LAS CLASIFICACIONES:

PACIENTES DE PRIMERA CATEGORÍA

Sinónimos: prioridad uno, extrema urgencia, etiqueta roja.

Lesiones que deben ser asistidas en el lugar en el que identifican y sólo para resolver la lesión mortal de necesidad.

- Paro cardiorespiratorio presenciado y reversible, según disponibilidades (a menudo habrá que clasificar a estos pacientes con etiqueta negra).
- Asfixia, obstrucción mecánica, aguda de vía aérea, herida maxilofacial que produce o puede producir asfixia.
- Lesión penetrante de tórax.
- Hemorragias activa. Shock hipovolémico severo.
- Grandes quemaduras.



PACIENTES DE SEGUNDA CATEGORÍA

Sinónimos: prioridad dos, urgentes, etiqueta amarilla:

Lesiones cuya primera asistencia puede demorarse en unas horas y permite trasladar al lesionado hacia áreas de socorro y unidades quirúrgicas de urgencia vital.

- Heridas viscerales, incluyendo perforación del tracto gastro-intestinal, genito-urinario.
- Heridas torácicas sin asfixia.
- Heridas vasculares que exigen cirugía reparadora. Todas las lesiones que hayan exigido el uso de torniquete.
- Pacientes en coma, TCE focalizados, politraumatizados. Heridas abdominales abiertas.
- Dificultad respiratoria controlada.
- Quemados con extensión del 20%.



PACIENTES DE TERCERA CATEGORÍA

Sinónimos: prioridad tres, no urgentes, etiqueta verde:

Víctimas cuya primera asistencia puede demorarse varias horas, sin riesgo de muerte.

- Heridas musculares, polifracturados, contusiones, fracturas de huesos largos.
- Lesionados menores que pueden ser asistidos incluso en 24 horas.



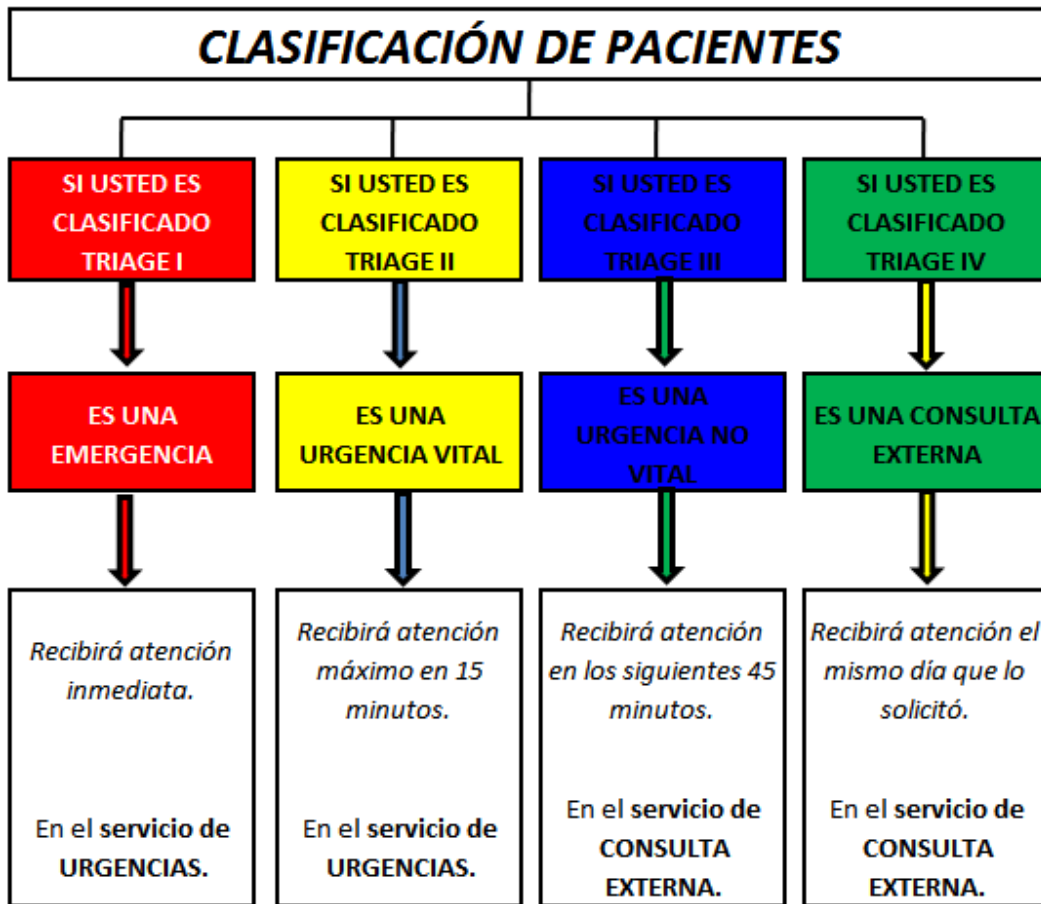
PACIENTES DE CUARTA CATEGORÍA

Sinónimos: prioridad cero, muertos, etiqueta negra. Víctimas sin ninguna posibilidad de sobrevivir, paros cardiorespiratorios no presenciados, TCE con salida de masa encefálica, destrucción multiorgánica.

En estas víctimas no debe efectuarse ningún esfuerzo terapéutico.

Algunos manuales incluyen una quinta categoría: etiqueta azul en la que se incluyen los pacientes con riesgo de muerte inmediata. En función de las características de la catástrofe, y de la disponibilidad de recursos, lo normal es que sean clasificados directamente con etiqueta negra.





TRIAGE DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Se trata del proceso de clasificación tanto para los que acuden a un Servicio de Urgencias, hospitalario o extrahospitalario.

En los hospitales, generalmente es realizado por el personal de ENFERMERÍA.

En la actualidad quizás es el que más se está desarrollando, fundamentalmente en los hospitales. Hasta ahora se utilizaban distintas sistemáticas, en los distintos hospitales con validez variable.



La tendencia actual, en la mayoría de los hospitales, es de alrededor 5 niveles de gravedad, según la posible demora en su atención:

- Nivel 1 o **rojo**: precisa de la atención por el médico de forma inmediata.
- Nivel 2 o **naranja**: la atención por el médico puede demorarse 10 minutos.
- Nivel 3 o **amarillo**: la atención por el médico puede demorarse 1 hora.
- Nivel 4 o **verde**: la atención por el médico puede demorarse 2 horas.
- Nivel 5 o **azul**: la atención por el médico puede demorarse 4 horas.

En caso de que por falta de recursos no pudiera cumplirse con estos tiempos se debería retirar, es decir, volver a valorar la situación del paciente. Cabe señalar que a nivel hospitalario el Triage es una actividad especializada de los servicios de emergencia o urgencia, que se caracteriza por un registro escrupuloso de las funciones vitales, escalas e índice diverso, los que son constantemente evaluados para mejorar los resultados, evitando el sobretriage o subtriage, asegurando la calidad de atención.

CONCEPTOS EN RELACIÓN AL TRIAGE

DIFERENCIA ENTRE CATÁSTROFE Y DESASTRE

Catástrofe es un hecho o suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas y Desastre es una desgracia grande, suceso infeliz y lamentable. Por lo que catástrofe es el hecho y desastre la consecuencia. El desastre ocurre cuando se pierde la capacidad de respuesta de una organización o sociedad.¹



DEMANDA MASIVA Y ATENCIÓN DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

La atención de los pacientes en situación de emergencia o urgencia requiere que los centros hospitalarios, los servicios y sistemas prehospitalarios tengan una oferta de reserva. La cual será utilizada para resolver las fluctuaciones de la demanda. La atención individual se explica por sí misma. La atención de múltiples víctimas ocurre cuando se atiende a dos o más personas graves procedentes de un mismo evento; la demanda sobrepasa la oferta normal de servicios, esto ocurre hasta el uso de la primera mitad de la oferta de la reserva. La demanda masiva implica el uso de la segunda mitad de la oferta de la reserva. El desastre ocurre cuando la demanda excede el total de la oferta incluida la oferta de reserva, produciéndose una pérdida de la capacidad operativa del sistema.

¹ Zapico, L. "Las catástrofes no avisan, estemos preparados". Manual de Urgencias y Reanimación Fundación Lucas Sierra, Vía del Mar, Volumen N°1, Págs. 4:1-4:4. 1990-1991.

ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Corresponde a la organización que debe tener el centro asistencial donde finalmente llegarán las víctimas del desastre. Para eso consideremos las siguientes premisas:

1. Los pacientes deberán ingresar por una sola vía.
2. Los pacientes deberán pasar por un área de TRIAGE intrahospitalario para la clasificación de pacientes.
3. Debe existir un oficial TRIAGE, cuyo cargo recaerá en un médico con experiencia que delegue técnicas de resucitación y manejo de víctimas a otros médicos.²

DETERMINACIÓN DE LAS PRIORIDADES

VALORACIÓN DEL PACIENTE: La clase de prioridad o calificación de la urgencia puede ser hecha mediante la combinación de los elementos de la valoración: la interpretación subjetiva o motivo de consulta del paciente y el examen clínico objetivo. Dos pacientes pueden presentar el mismo motivo de consulta desde problemas muy serios que involucran el sistema nervioso central o el sistema respiratorio, a menos serios, como problemas de las extremidades, en los cuales la urgencia con la cual deben ser tratados depende del grado de amenaza de la vida o pérdida de la extremidad; esto puede ser expresado por el tipo y grado de los síntomas que el individuo presente.

² Morales, C. y Escalona, E. "Triage extra e intrahospitalario". Manual de Urgencias y Reanimación Fundación Lucas Sierra, Viña del Mar, Volumen N°1, Págs. 4:14 - 4:29. 1990-1991

ÁREA DE URGENCIAS

Los servicios de Urgencias son unidades médico-quirúrgicas donde deberían atenderse rápida y eficientemente pacientes graves, víctimas de accidentes, intoxicaciones y otras situaciones clínicas urgentes, se evalúan las fichas clínicas en el Servicio de Urgencias y se averigua si los pacientes comprenden cuál es una verdadera emergencia y cuál es la función de un servicio de Urgencias. Para disminuir la demanda de atención en servicios de Urgencias por pacientes no-urgentes se requiere mejorar la educación del público y aumentar la disponibilidad de clínicas de atención primaria, ampliando su horario de atención.



Recientemente, los sistemas de Triage en urgencias se han implementado debido al congestionamiento el cual ocurre por muchas causas, entre ellas, la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del paciente de resolver rápidamente todos sus problemas de salud por la disponibilidad inmediata de las ayudas diagnósticas e implementos médicos; el espacio inadecuado, personal médico o personal de apoyo insuficiente; ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores que hacen un uso inapropiado de la sala de Urgencias.

Los objetivos de TRIAGE intrahospitalario son:

1. Recibir víctimas originadas por accidentes o desastres.
2. Clasificación rápida de víctimas para su condición al área de tratamiento apropiado.
3. Proveer sólo tratamiento básico necesario para salvar la vida de una persona (traqueostomía, toracocentesis, disección venosa, hemostasia, etc.).

TIPOS DE TRIAGE

Se han descrito cinco tipos de Triage:

1. Triage no Profesional: Es realizado por una recepcionista o técnico quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera.
2. Triage Básico: Es realizado por una Enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.
3. Triage Avanzado: Es realizado por una Enfermera profesional que incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.
4. Triage Médico: Es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.
5. Triage en Equipo: La Enfermera y el Médico funcionan como un equipo.

TABLA 1. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SINTOMAS CARDIOVASCULARES

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|---|---|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico irradiado a cuello o brazo, con diaforesis, disnea, nauseas o angustia • Ausencia de pulso • Cianosis • Hipertensión o hipotensión severas • Palpitaciones acompañadas de pulso irregular, diaforesis, nauseas, alteración del estado de alerta o alteración neurosensorial • Hipertensión (mayor de 140/90 mmHg) asociada a cefalea, alteración neurosensorial, alteración del estado de alerta, dolor torácico o epistaxis • Lesión penetrante en tórax • Exposición eléctrica con pulso irregular • Lesión penetrante en vasos sanguíneos • Taquicardia o bradicardia • Paciente en shock • Dolor torácico con antecedente de enfermedad coronaria • Dolor torácico acompañado de pulsos asimétricos • Dolor torácico no irradiado (sin disnea o pulso irregular, sin cambios en el color de la piel o diaforesis) | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda • Dolor torácico asociado a tos y fiebre • Dolor torácico relacionado con la rotación del tronco o palpación • Episodio autolimitado de palpitaciones sin compromiso del estado general • Sangrado activo en paciente con antecedente de hemofilia • Dolor torácico que aumenta con la inspiración profunda • Dolor torácico asociado a tos y fiebre | |

TABLA 2. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SINTOMAS ABDOMINALES Y GASTROINTESTINALES

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal severo constante • Trauma abdominal penetrante • Parto en curso • Retraso menstrual, sangrado vaginal y dolor abdominal severo • Dolor abdominal con 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 hrs), dolor severo, sangrado y signos de shock • Enterorragia masiva • Hematemesis masiva • Ingesta de tóxicos | <ul style="list-style-type: none"> • Enterorragia moderada • Sangrado rectal sin otro compromiso • Hemesis en “pozo de café” • Lesión abdominal reciente (menor de 24 hrs) sin dolor severo, sangrado o shock • Dolor abdominal intermitente, vómito, diarrea, deshidratación leve • Imposibilidad par deglutir sin dificultad para respirar • Dolor abdominal moderado en mujer sexualmente activa • Dolor abdominal moderado, sangrado vaginal y fiebre • Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Vómito sin sangre • Diarrea sin compromiso del estado general del paciente • Flatulencia • Náuseas • Estreñimiento • Eructos • Regurgitación • Pirosis • Anorexia • Hiporexia • Cólico menstrual |

TABLA 3. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Apnea • Obstrucción de la vía aérea (cuerpo extraño, tapón de moco, trauma facial, inmersión) • Trauma cerrado de tórax, acompañado de dolor torácico, disnea súbita o respiración asimétrica | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Tos seca o productiva hialina, rinorrea, malestar general con o sin fiebre • Disfonía • Tos seca • Tos crónica sin signos de dificultad respiratoria |

TABLA 4. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SINTOMAS NEUROLOGICOS

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Estado epiléptico o episodio de convulsión • Pérdida o deterioro progresivo del estado de conciencia con o sin trauma • Trauma en cráneo con pérdida del estado de alerta o déficit neurológico • Trauma en columna con déficit neurológico • Episodio agudo de pérdida o disminución de la función motora (disartria, paresia, afasia) • Episodio agudo de confusión • Episodio agudo de cefalea y cifras tensionales altas • Trauma penetrante en cráneo • Pérdida súbita de la agudeza visual • Vértigo con vómito incoercible • Sordera súbita • Trauma de cráneo en paciente anti coagulado hemofílico | <ul style="list-style-type: none"> • Historia de síncope o lipotimia con recuperación total sin déficit neurológico • Trauma en cráneo sin pérdida de conciencia, sin déficit neurológico • Cefalea intensa en paciente con historia de migraña • Antecedente de convulsión con recuperación total sin déficit neurológico • Vértigo sin vómito • Disminución progresiva en fuerza o sensibilidad de una o más extremidades • Cefalea asociada a fiebre y/o vómito | <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea crónica sin síntomas asociados • Dolor crónico y parestesias en extremidades • Parestesias asociadas a ansiedad o hiperventilación |

TABLA 5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 y neurológico • Deformidad en articulación con dolor intenso (luxación) • Fractura múltiples • Trauma en cadera con dolor intenso y limitación para la movilización | <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Contusiones de trauma menor | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor lumbar sin síntomas asociados • Espasmo muscular • Esguince • Dolor en dorso localizado • Dolor muscular sin otros síntomas • Edema sin trauma • Limitación funcional crónica • Artralgias con hipertermia |

TABLA 6. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS OCULARES

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Trauma ocular químico o físico agudo • Visión borrosa o disminución súbita en la agudeza visual • Trauma penetrante • Pérdida súbita de visión • Dolor ocular | <ul style="list-style-type: none"> • Hipema (sangre en la cámara anterior) • Cuerpo extraño • Dolor tipo punzada asociado a cefaleas • Diplopía | <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia subconjuntival • Cambios graduales de visión no súbitos • Secreción ocular y prurito • Edema palpebral • Trauma ocular no agudo sin síntomas • Ardor ocular • Fotopsias • Lagrimeo • Halos alrededor de luces |

TABLA 7. CRITERIOS DE CALSIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL OIDO

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Amputación traumática de la aurícula • Otorragia o pos trauma | <ul style="list-style-type: none"> • Hipoacusia aguda por trauma • Vértigo y fiebre • Cuerpo extraño en oído, sangrado o molestia • Otagia, otorrea y fiebre | <ul style="list-style-type: none"> • Tinnitus • Cuerpo extraño sin molestia en oído • Hipoacusia |

TABLA 8. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SINTOMAS DE NARIZ, BOCA Y GARGANTA

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 tensión 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 reciente de garganta, boca o nariz | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Herida por punción en paladar duro o blando • Alergia, fiebre y congestión nasal • Trauma nasal sin dificultad respiratoria • Rinorrea, dolor malar o frontal • Cuerpo extraño en nariz sin molestia • Odinofagia, fiebre y adenopatías • Lesiones en mucosa oral • Sensación de cuerpo extraño en faringe sin dificultad respiratoria |

TABLA 9. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS GENITALES MASCULINOS

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolor testicular severo, edema o hipopigmentación • Trauma en pene o escroto, dolor severo e inflamación • Dolor testicular moderado de varias horas • Abuso sexual • Priapismo | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor testicular leve, fiebre y sensación de masa • Edema del pene • Cuerpo extraño con molestia | <ul style="list-style-type: none"> • Secreción purulenta • Cuerpo extraño sin molestia • Prurito o rash perineal • Trauma menor • Masa en testículo • Impotencia |

TABLA 10. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS URINARIOS

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dolor severo en dorso, hematuria • Retención urinaria AGUDA • Trauma de pelvis con hematuria o anuria • Hematuria franca | <ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo extraño uretral • Hematuria leve, disuria, polaquiuria, fiebre, vómito y escalofrío | <ul style="list-style-type: none"> • Historia de dificultad para la micción • Disuria o poliuria sin fiebre, vómito o escalofrío • Disminución en el flujo urinario • Incontinencia • Secreción de pus |

TABLA 11. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS GENITALES FEMENINOS

| PRIORIDAD I | PRIORIDAD II | PRIORIDAD III |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 72 hrs. • Trauma con hematoma o laceración genital | <ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual mayor de 72 hrs • Sangrado vaginal (más de 10 toallas por día) • Sangrado vaginal pos aborto o 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 movimientos fetales • Dolor abdominal pos quirúrgico • Signos de infección en la herida quirúrgica • Sintomatología urinaria en mujer en embarazada | <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Oleadas de calor • Mastalgia |

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL TRIAGE

Una característica fundamental de los servicios de Urgencias hospitalarias es la adaptación, tanto estructural, material y humana, a los cambios asistenciales, para poder administrar los mejores cuidados a la población. La creación de una unidad para la atención de pacientes dentro del servicio de Urgencias, se debe a la necesidad, por falta de posibilidades tanto estructurales como conceptuales, de poder realizar una correcta atención a aquellos pacientes inestables que ya han sido valorados y clasificados por Enfermería (comúnmente denominada Triage) y que necesitan una atención integral más completa.³

Cuando el paciente es trasladado a la unidad de Urgencias se realiza una valoración por parte de la Enfermera responsable. Se utiliza un registro ya establecido en el que se valoran las necesidades básicas del paciente, y se establece en cuáles de ellas puede tener algún problema de salud.

ESTRUCTURA FÍSICA DEL ÁREA DE URGENCIAS

El área de Urgencias debe estar ubicada, preferentemente, en una sala que permita la valoración directa y continua de los pacientes. Por este motivo se han de buscar estructuras físicas intermedias, que nos permitan tener un control directo sobre el estado de salud del paciente, pero que, además a su vez, también permitan que estos disfruten de una estancia íntima y favorable.

El número de pacientes que debe asumir una Enfermera no será superior a cinco, puesto que entonces la calidad de cuidados enfermeros disminuye, debido a que la carga de trabajo es superior a la apropiada y, además, el estrés del personal encargado se ve aumentado. Los recursos humanos Enfermeros de los que ha de disponer este tipo de unidades deben ser de, al menos, una Enfermera y una auxiliar de Enfermería por cada cinco pacientes, como máximo.

Los recursos materiales de esta área son los específicos para tratar a pacientes cuya salud es inestable. Muchos de estos recursos son los mismos que se utilizan en una unidad de cuidados intensivos (monitores, aparatos de electrocardiografía, gasómetro, etc.).

³ Álvarez Baza MC. El Triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, Sep-Oct. 2001; 11 (5): 230-238.

La cobertura de personal es de una Enfermera y una auxiliar de Enfermería las 24 horas del día, cubriendo la unidad mediante turnos de mañana, tarde y noche. Los recursos materiales propios con los que contamos son:

- Un carro de reanimación cardiorrespiratoria con monitor desfibrilador y marcapasos temporal transdérmico.
- Un monitor fijo por cada paciente, con el que controlamos su estado hemodinámico: monitorización electrocardiográfica no invasiva, tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR).
- Pulsioximetría (SaO₂), temperatura rectal (TR) y presiones invasivas, como la presión venosa central (PVC).
- Un aparato de electrocardiografía con pantalla digital. Los datos del electrocardiograma pueden ser transferidos desde el aparato hasta una base de datos informatizada, en la que se almacenan y pueden ser consultados, si es necesario, en ingresos posteriores.
- Un gasómetro dentro del servicio de Urgencias, con el que pueden realizarse análisis de forma inmediata de muestras sanguíneas arteriales, venosas y procedentes de capilares.

ACTIVIDADES MÁS FRECUENTEMENTE REALIZADAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Existen una serie de actividades que el equipo de Enfermería realizará de forma mas frecuente

- Monitorización horaria de las constantes vitales (TA, FC, FR, T^a, SaO₂).
- Realización de electrocardiogramas, glicemias capilares y analíticas de control, tanto arterial como venosa.
- Control horario de la diuresis, así como recolección de muestras analíticas de orina.
- Realización de procedimientos invasivos (cateterización venosa periférica y central de acceso periférico, sonda vesical y nasogástrica).
- Administración de los tratamientos farmacológicos prescritos. Muchos de los cuales precisan un control estricto y continuo (Ej. tratamientos fibrinolíticos, perfusiones de fármacos antiarrítmicos, etc.).
- Realización de los cuidados propios del paciente encamado. Además hay que tener en cuenta, que a la situación de inmovilidad se le ha de sumar la inestabilidad de este tipo de pacientes. Es necesario poner especial atención en el mantenimiento de la integridad cutánea, realizando una correcta higiene corporal y adoptando medidas preventivas para la aparición de úlceras por presión.
- En aquellos pacientes con intubación endotraqueal, se ha de tener un control estricto de la correcta colocación del tubo, de la correcta ventilación mecánica y de la integridad de las mucosas.
- Control de los diversos parámetros según el estado de salud del paciente (Ej. PVC, nivel de conciencia, etc.).⁴

⁴ Merino de la Hoz F. Organización del trabajo de enfermería en los servicios de urgencia. En: Bigotes C, Carrera M, Casanova D, Doménech J, Durá MJ, Ezquerro MJ et al. Manual de Urgencias para Enfermería. Ed. Arán S.A. 1998. Cap. 2; 19-28.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN E INDICADORES

Criterios normativos:

1. Todas las Hojas de Enfermería de Urgencias llevarán registrada la hora de la 1ª Valoración.
2. Los pacientes serán atendidos por la Enfermera de Triage en menos de 15 minutos.
3. Todas las Hojas de Enfermería de Urgencias llevarán registrado por la Enfermera de Triage los siguientes parámetros: 1ª Valoración y firma.
4. Todos los pacientes llevarán registrado el nivel de gravedad resultado de la clasificación.
5. El nivel de gravedad asignado será acorde con el nivel de gravedad real.
6. El tiempo de demora en la atención será acorde con el nivel de gravedad asignado.
7. Todos los pacientes con 1ª Valoración de dolor torácico de características isquémicas tendrán realizado electrocardiograma en menos de 15min.
8. Ningún paciente abandonará el servicio sin ser evaluado por la Enfermera de Triage.

Criterios explícitos:

1. ¿Está registrada la hora de la 1ª Valoración?
2. ¿Cuál es el tiempo medio de demora para la 1ª Valoración?
3. ¿Están registrados por la enfermera de Triage los parámetros 1ª Valoración y firma?
4. ¿Está registrado el nivel de gravedad?
5. ¿Alguno de los pacientes clasificados en los niveles VERDE Y BLANCO han fallecido en menos de una hora de su llegada al Servicio?
6. ¿Cuál es el tiempo medio de demora de los pacientes clasificados como ROJO o AMARILLO?
7. ¿Cuál es el tiempo medio de realización de electrocardiograma en pacientes diagnosticados que acudieron por Dolor Torácico?
8. ¿Cuántos pacientes han abandonado el servicio sin ser valorados por la Enfermera de Triage?

INDICADORES:

1-Tasa de cumplimiento del parámetro “Hora de Valoración”:

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de hojas con el registro correcto}}{\text{n}^\circ \text{ de hojas totales}} \times 100$

nº de hojas totales

2-Tiempo medio de demora de 1ª Valoración.

$\frac{\text{tiempo total de demora de todos los pacientes}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes totales}} \times 100$

nº de pacientes totales

3-Tasa de cumplimiento de los parámetros 1ª Valoración y firma.

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de hojas con los 2 parámetros registrados correctamente}}{\text{n}^\circ \text{ de hojas totales}} \times 100$

nº de hojas totales

4-Tasa de cumplimiento del nivel de gravedad.

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de hojas con el registro del nivel de gravedad correcto}}{\text{n}^\circ \text{ de hojas totales}} \times 100$

nº de hojas totales

5 -Suceso centinela: Fallecidos en menos de 1 hora en pacientes con nivel de gravedad VERDE o BLANCO.

6a-Tiempo medio de demora en la atención de pacientes críticos o de nivel ROJO.

$\frac{\text{Tiempo de demora total atención de los pacientes de nivel ROJO}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes de nivel ROJO totales}} \times 100$

nº de pacientes de nivel ROJO totales

6b -Tiempo medio de demora en la atención a pacientes agudos inestables o de nivel AMARILLO.

$\frac{\text{Tiempo demora total atención de los pacientes de nivel AMARILLO}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes de nivel AMARILLO}} \times 100$

nº de pacientes de nivel AMARILLO

6c –Tiempo medio de demora en la atención a pacientes agudos estables o de nivel VERDE:

$\frac{\text{Tiempo demora total atención de los pacientes de nivel VERDE}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes de nivel VERDE}} \times 100$

nº de pacientes de nivel VERDE

6d –Tiempo medio de demora en la atención a pacientes banales o de nivel BLANCO:

$$\frac{\text{Tiempo demora total atención de los pacientes de nivel BLANCO}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes de nivel BLANCO}} \times 100$$

7 - Tiempo medio de demora en la realización de 1º EKG en pacientes con IAM que acuden por dolor torácico:

$$\frac{\text{T total demora pacientes con IAM que acuden por dolor torácico}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con IAM que acuden por dolor torácico}} \times 100$$

8 – Tasa de pacientes que abandonan el Servicio sin ser valorados por la Enfermera de Triage:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes que abandonan el Servicio sin ser valorados triage}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes totales}} \times 100$$

COORDINACIÓN CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Generalmente está a cargo de un Médico con experiencia en desastres, y en su ausencia podría ser reemplazado por una Enfermera con las mismas características.

Las funciones del coordinador médico se pueden resumir como sigue:

- Organizar y coordinar la atención médica de emergencia.
- Coordinar la movilización y transporte de víctimas.
- Designar funciones sobre el personal de salud.
- Designar un OFICIAL TRIAGE (Puede ser el mismo).

Los siguientes factores combinados con los signos vitales del paciente, el examen físico y el motivo de consulta pueden cambiar la prioridad con la que debe ser iniciado el tratamiento:

- Severidad de los síntomas
- Frecuencia de los síntomas
- Problemas pre existentes
- Factores precipitantes
- Edad del paciente
- Antecedentes alérgicos
- Antecedentes medicamentosos

Los signos y síntomas cardiovasculares son considerados prioridad I o II y ninguno se clasifica como prioridad III, que implica que no se dejan pacientes en turno en la sala de espera.

PROCEDIMIENTO DE TRIAGE

La primera orden que se deba dar es pedir a los pacientes involucrados que se levanten y caminen. Los que puedan hacerlo por sí mismos se destinan al área verde.

En seguida, hay que dirigirse a la persona más cercana que fue incapaz de caminar para comenzar a realizar el TRIAGE.

Esta categoría se realiza tomando en cuenta 3 parámetros: Ventilación, Perfusión y Estado de conciencia.

VENTILACIÓN: Se evalúa si la persona respira o no y se asignan prioridades de acuerdo a lo siguiente:

- Sin respiración. Paciente fallecido.
- Más de 30 por minuto. Se asigna prioridad inmediata.
- Menos de 30 por minuto. Se asigna prioridad demorada.

PERFUSIÓN: Se evalúa palpando el pulso radial. Se debe tener en cuenta que el punto anterior (ventilación) es más importante y por lo tanto, para dar prioridad a través de éste punto, estamos considerando que existe una respiración adecuada. Se asignan prioridades de acuerdo a lo siguiente:

- Pulso radial presente. Se asigna prioridad demorada.
- Pulso radial ausente. Se asigna prioridad inmediata.

CONCIENCIA: Se evalúa en tercer lugar de importancia y de la siguiente manera:

- Responde órdenes simples. Se asigna prioridad demorada.
- No responde órdenes simples. Se asigna prioridad demorada.

TRIAGE PEDIATRICO

Los niños presentan problemas de riesgo vital con menos frecuencia que los adultos, pero tienen más riesgo de presentar signos o síntomas de enfermedad grave de forma sutil, o deterioro rápido. La valoración de los síntomas en el niño, especialmente en los pequeños, es difícil e interferida por la angustia familiar.

La valoración de la edad pediátrica, del estado fisiológico del niño ajustado a la edad (nivel de conciencia y reactividad, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y perfusión) y las reevaluaciones frecuentes son fundamentales en el Triage infantil.

RECURSOS HUMANOS

Personal Diplomado en Enfermería con formación específica en Urgencias de pediatría, con buena capacidad de comunicación, tacto, paciencia, capacidad de comprensión y discreción. Gran capacidad de organización y resolución en situaciones difíciles.

La Enfermera de Triage es el primer contacto del paciente pediátrico y su familia con el servicio de Urgencias. La primera impresión deberá:

- Transmitir seguridad y control
- Informar de lo que ocurre y anticiparse a los procedimientos que van a seguir
- Utilizar un lenguaje comprensible
- Dar sensación de control de la situación
- Apoyo emocional

Todo ello ayudará a aliviar la ansiedad, transmitiendo seguridad e informándoles de la posibilidad de acudir ante cualquier duda y/o cambio en la situación clínica.

La Enfermera de Triage ha de tener acceso rápido o estar en contacto con el área administrativa del servicio y con la sala de espera de pediatría teniendo un control visual de la misma, y así:

- Recibir a los pacientes y sus familiares en un consultorio privado, con la máxima confidencialidad y de forma agradable y empática.
- Realizar una rápida evaluación clínica mediante:
 - o Entrevista al niño y a la familia.
 - o Exploración-observación subjetiva del estado del niño
 - o Monitorización de las constantes vitales que precise según la clínica del paciente.
- Registrar dicha valoración
- Asignar el nivel de Triage
- Realizar si procede curas y/o cuidados enfermeros
- Ubicar al niño en el área que proceda
- Informar al equipo de Urgencias (Médico y Enfermería) mediante el sistema operativo en el servicio. Aporte informático o manual.
- Mantener a los pacientes y a sus familiares informados
- Reevaluar periódicamente a los pacientes durante su espera y modificar si procede su nivel de Triage ⁵

⁵ Galaz C, Valladares Y, Sánchez G, De la Fuente M, Yentzen G: Triage pediátrico: un sistema efectivo de priorización en los servicios de urgencia. Rev Chil Pediatr 2005; 76: 25-33.

HIPÓTESIS

El manejo del Triage influye en la selección de pacientes de acuerdo a su gravedad, entonces el personal de enfermería del turno Matutino, Vespertino y Nocturno del Hospital General Balbuena tendrá el conocimiento adecuado para llevar acabo dicha selección.

CAPITULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO

ANALÍTICO: Porque establece una hipótesis la cual nos va al llevar a evaluar si el personal de Urgencias tiene conocimientos sobre el Triage.

TRANVERSAL: Porque la información fue recolectada en un solo momento.

DEFINICIÓN DEL GRUPO

CONTROL:

Personal de Enfermería que labora en el área de Urgencias del Hospital General Balbuena personal de los tres turnos.

CASO:

Personal de Enfermería que laboró en el área de Urgencias que haya cursado con un evento de alerta amarilla en el periodo comprendido del año en curso.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO:

Personal de Enfermería que labora en el área de Urgencias (Filtro, Área de Observación y Área de Reanimación).

POBLACIÓN

Personal de Enfermería de Urgencias.

MUESTRA

Muestreo NO PROBABILISTICO

Por expertos: Personas que por su experiencia deciden la representatividad de la muestra.

MANEJO DEL TRIAGE EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA

OBJETIVO: Evaluar si el personal de Urgencias maneja adecuadamente el Triage

Crterios de Inclusión

- ♣ Sexo: M F
- ♣ Personal de Enfermería del turno, Matutino, Vespertino y Nocturno
- ♣ Urgencias

Crterios de Exclusión

- ♣ Médicos (de base, residentes, Internos)
- ♣ Ningún otro servicio

DETERMINACIÓN DE VARIABLES

INDEPENDIENTE: Triage.

DEPENDIENTE: Personal de Enfermería del servicio de Urgencias.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Piloteo de cuestionario.

Dentro del método que se empleara es el cuestionario. Este instrumento será de utilidad para comprobar la hipótesis y ver el manejo que se le da por parte del personal de Urgencias al Triage.

Una vez constituido el instrumento se somete a la primera prueba piloto, obteniendo 17 cuestionarios aplicados en las diferentes áreas de urgencias del Hospital General Balbuena.

El instrumento consta de tres partes:

- Consentimiento informado
- Instrucciones.
- Cuestionario:
 - Constando cada uno de 5 preguntas de las cuales:
 - 4 preguntas son cerradas.
 - 1 preguntas es de opción múltiple.

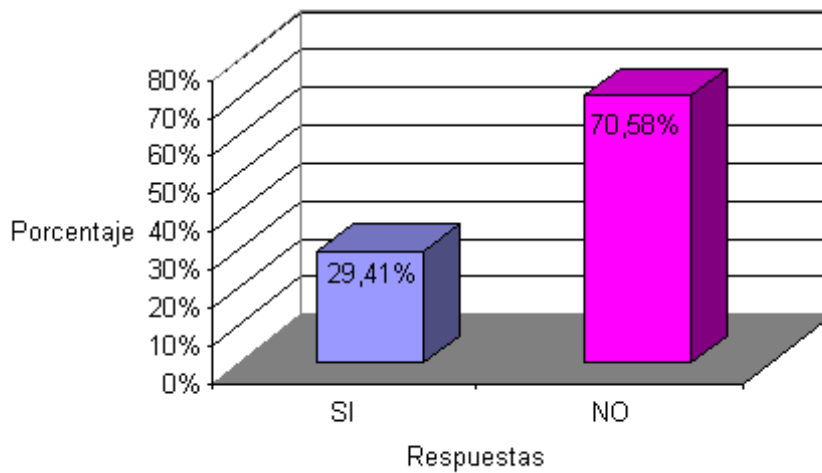
RESULTADOS

CUADRO 1

Conocimiento Acerca de la Existencia de un Manual de Triage

| Pregunta No. 1 | Respuestas | | |
|--|-------------|--------------|--------------|
| | Si | No | Total |
| ¿Conoce usted si el Hospital General Balbuena, cuenta con un manual que especifique algún plan de contingencia para establecer un sistema de organización hospitalaria de Triage? | 5 29,41% | 12 70,58% | 17 99,99% |

GRÁFICO No. 1
Conocimiento Acerca de la Existencia de un Manual de Triage



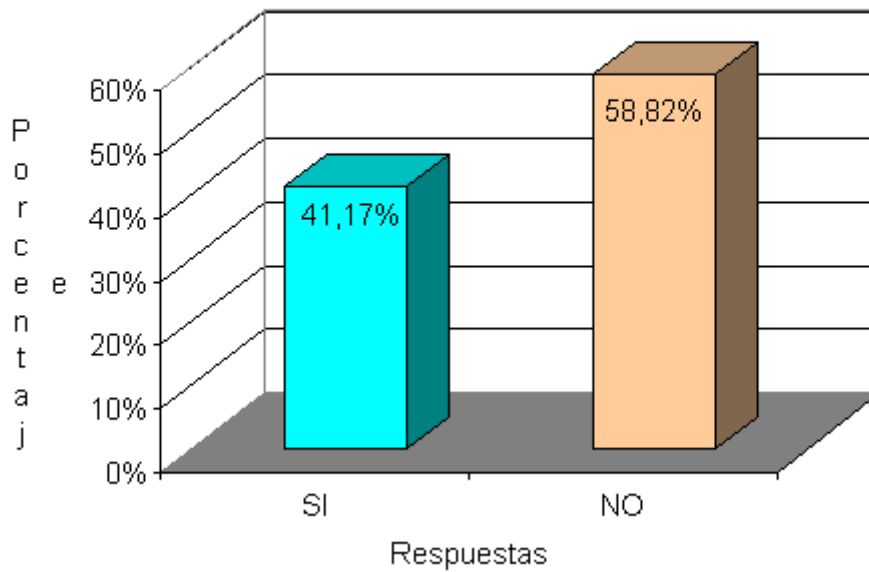
ANÁLISIS: En relación a la existencia de un Manual sobre Plan de Contingencia en el Hospital General Balbuena del Triage en situaciones de desastres, el 29,41% de los encuestados respondieron que no lo habían leído. El 70,58% de los encuestados respondieron que no sabían si existía.

CUADRO 2

Conocimiento de los Principios de Aplicación de Triage

| Pregunta No. 2 | Respuestas | | |
|---|-------------|--------------|--------------|
| | Si | No | Total |
| ¿Conoce usted algunos de los principios básicos usados en la aplicación del Triage en situaciones de catástrofes? | 7 41,17% | 10 58,82% | 17 99,99% |

GRÁFICO No. 2
Conocimiento de los Principios de Aplicación de Triage



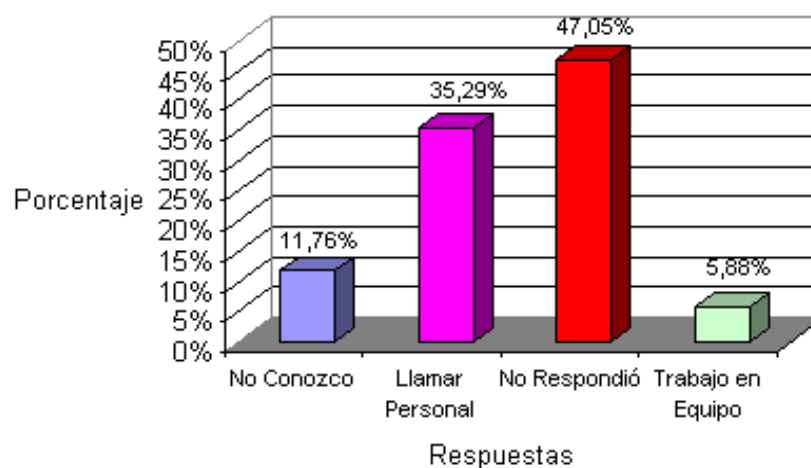
ANÁLISIS: En relación al conocimiento de algunos principios básicos en la aplicación del Triage en situaciones de catástrofe, el 41,17% respondió que sí lo conocía y el 58,82% que no.

CUADRO 3

Mecanismo que se debe Activar en Situación de Emergencia

| Pregunta No. 3 | Respuestas | | | | |
|---|-------------|-----------------|-------------------|--------------|--------------|
| | No conozco | Llamar personal | Trabajo en equipo | No respondió | Total |
| ¿Qué mecanismo cree usted que se activaría desde la Jefatura de Enfermería ante una situación de demanda masiva de víctimas que serán recibidos en el HAMP? | 2 11,76% | 6 35,29% | 1 5,88% | 8 47,05% | 17 99,99% |

GRÁFICO No. 3
Mecanismo que se Debe Activar en Situación de Emergencia



ANÁLISIS: En relación al conocimiento sobre qué mecanismos se activaría desde la Jefatura de Enfermería ante situación de saldo masivo, los encuestados tuvieron la oportunidad de desarrollar el aspecto respondiendo de la siguiente manera: el 11,76% manifestó no conocerlo; el 35,29% manifestó que se debía llamar al personal como parte del plan de contingencia, además de trabajar en equipo y según las necesidades; el 47,05% simplemente no respondieron la pregunta, lo cual nos hace asumir que desconocen sobre este.

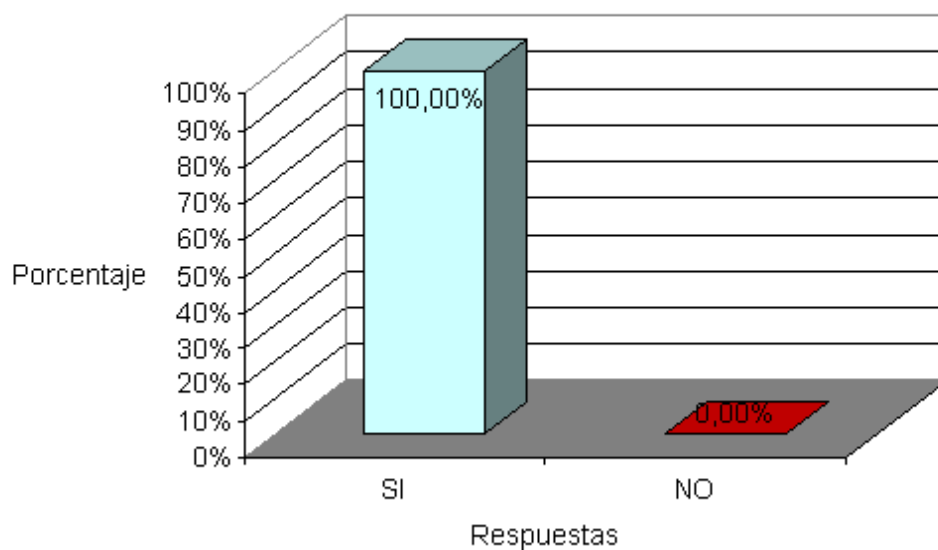
CUADRO 4

Interés en Adquirir Conocimientos Acerca del Tema

| Pregunta No. 4 | Respuestas | | |
|--|------------|---------|------------|
| | Si | No | Total |
| ¿Estaría interesado en conocer alguna propuesta que permita el uso de un instrumento o manual que oriente a la Jefatura de Enfermería y Coordinadores en relación a este tema? | 17 100% | 0 0% | 17 100% |

GRÁFICO No. 4

Interés en Adquirir Conocimientos Acerca del Tema



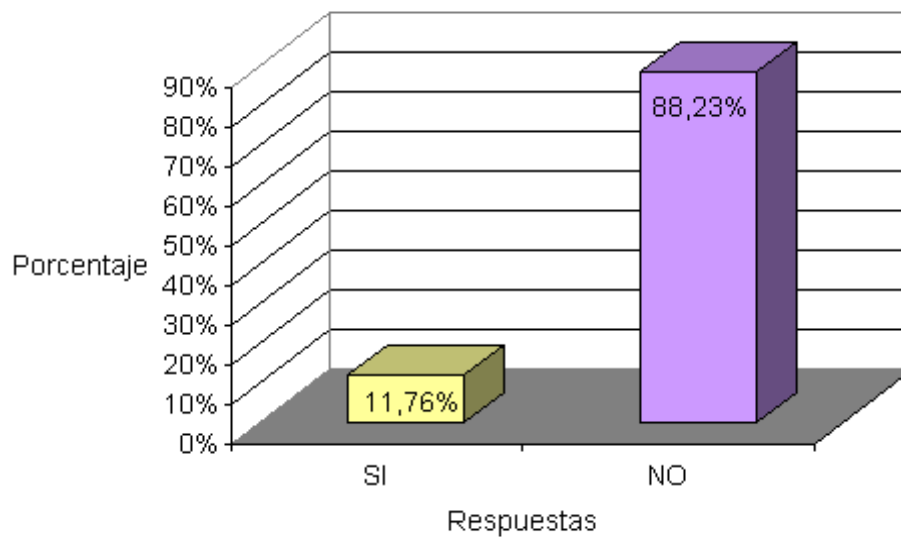
ANÁLISIS: En relación si estarían interesados en conocer una propuesta sobre este tema, el 100% de los encuestados respondieron que sí.

CUADRO 5

Familiarización con la Tarjeta de Triage

| Pregunta No. 5 | Respuestas | | |
|--|-------------|--------------|------------|
| | Si | No | Total |
| ¿Está usted familiarizado con la Tarjeta de Triage usada en la atención de saldo masivo de víctimas fuera y dentro de un servicio de emergencia? | 2 11,76% | 15 88,23% | 17 100% |

GRÁFICO No. 5
Familiarización con la Tarjeta de Triage



ANÁLISIS: En relación a si estaban familiarizados con la tarjeta de Triage usada en situaciones de desastres para un área de emergencia, el 11,76% respondió que si la conoce pero la recuerda vagamente; el 88,23% manifestó no conocerla o no recordarla.

CAPITULO III

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

ORGANIZACIÓN

Para la realización del trabajo de investigación que nos determina el manejo de Triage por parte del personal de Enfermería que labora en el área de Urgencias del Hospital General Balbuena se cuenta con los siguientes recursos:

RECURSOS HUMANOS:

Pasante de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

DE JESUS PICAZO HEISSEL ADRIANA

RECURSOS FINANCIEROS:

| RECURSOS | FINANCIEROS |
|--|-------------|
|  Hojas blancas | \$ 200 |
|  Lápiz | \$100 |
|  Plumas | \$100 |
|  Gomas | \$50 |
|  Sacapuntas | \$50 |
|  Internet | \$500 |
|  Copias | \$300 |
|  Tinta de impresora | \$300 |
|  Luz | \$1000 |
|  Pasajes | \$1000 |

RECURSOS FISICOS:

De la escuela de Enfermería (aula y biblioteca)

Del Hospital General Balbuena (biblioteca y servicio de Urgencias)

ASIGNACIÓN DE TAREAS:

- ☆ Recolección de datos de marco teórico.
- ☆ Recopilación de datos.
- ☆ Elaboración de instrumentos de trabajo.
- ☆ Asesoría en el proceso de investigación metodológica.

| ACTIVIDAD | ABRIL | | MAYO | | JUNIO | |
|--|--------|--------|-------|-------|--------|-------|
| | 1 - 15 | 16- 29 | 1 -14 | 16-31 | 1 - 15 | 16-30 |
| ELABORACIÓN DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | * | ** | | | | |
| ELABORACIÓN DE TABLA DE PRIORIZACIÓN | | | * | *** | | |
| RECOLECCION DE INFORMACIÓN PARA EL MARCO TEORICO | ** | * | * | *** | * | |
| ELABORACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES | | | | ** | | |
| ELABORACIÓN DE OBJETIVOS ESPECIFICOS | | | | ** | | |
| ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS | | ** | | | | |
| DEFINICION DEL UNIVERSO DE ESTUDIO | | | * | | | |
| DEFINICIÓN DE CASOS Y CONTROLES | | | * | | | |
| DISEÑO DE LA MUESTRA | | | * | | | |
| DETERMINACIÓN DE VARIABLES | | | * | | | |
| DISEÑO DE INSTRUMENTO | | | | | *** | |
| REVISIÓN DE PROTOCOLO Y CORRECCIONES | | | | | *** | *** |

CAPITULO IV

COMENTARIO

A pesar de que el Hospital General Balbuena se caracteriza por ser un hospital de Trauma, el personal de Enfermería no está totalmente capacitado para el manejo de Triage, ya que dentro del hospital no brindan cursos o platicas de este tema. Entrevistando al personal se puede percibir que tienen interés en conocer a fondo el manejo del TRIAGE. Es de suma importancia que el equipo multidisciplinario maneje bien el tema para disminuir patologías severas hasta incluso la muerte.

Enfermería se supera al grado de tener interés en estos temas ya que para muchos no es tan importante. El Hospital General Balbuena es un Hospital escuela ya que con este tipo de temas será mejor Hospital, no solo del servicio de Urgencias sino de todo el Hospital.

CONCLUSIONES

- La función de la Enfermera en el Triage, no es diagnosticar sino realizar una valoración rápida y adecuada para establecer las necesidades del paciente y ubicarlo en el área correspondiente.
- El personal de Enfermería en el Triage debe de estar bien formado y con experiencia en el área de urgencias.
- Los procedimientos de Triage deben ser funcionales y claros para unificar los criterios de acción.

CAPITULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Baza MC. El Triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, Sep-Oct. 2001; 11 (5): 230-238.

Álvarez B, Gorostidi J, Rodríguez O, Antuña A, Alonso P. Estudio del Triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. Emergencias* Mar-Apr. 1998; 10 (2): 100-104.

Delgado Millán MA. Atención al paciente Politraumatizado. *Conceptos, Atlas y Habilidades*. Ed. ELA S.A. 1996. Cap. 2; 37-46.

Galaz C, Valladares Y, Sánchez G, De la Fuente M, Yentzen G: Triage pediátrico: un sistema efectivo de priorización en los servicios de urgencia. *Rev Chil Pediatr* 2005; 76: 25-33.

Grau P, Rubio M, Teixidor R, Roca E, Andreu M, Colóm R. Protocolo de Triage del paciente traumático. *Rev. Emergencias* Mar-Apr. 1996; 8 (6): 490-492.

Manuel A. Peña Vidal, PLAN DE ATENCIÓN EN CASO DE ACCIDENTE MAYOR O DESASTRE, junio, año/vol. 6, número 001, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México, 2000, pp. 309-314

Merino de la Hoz F. Organización del trabajo de enfermería en los servicios de urgencia. En: Bigotes C, Carrera M, Casanova D, Doménech J, Durá MJ, Ezquerro MJ et al. *Manual de Urgencias para Enfermería*. Ed. Arán S.A. 1998. Cap. 2; 19-28.

Morales, C. y Escalona, E. "Triage extra e intrahospitalario". *Manual de Urgencias y Reanimación Fundación Lucas Sierra, Viña del Mar, Volumen N°1, Págs. 4:14 - 4:29*. 1990-1991

Nicolás González Casares, Francisco J. Martínez Lores, Protocolo de Triage o Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) de Enfermería en Urgencias del Hospital Do Salnés. *Rev. Enfermería de Urgencias*, 2008, 52: 98-115.

Peralta, R. "Rescate y transporte aéreo en trauma, experiencia preliminar". Revista Médica del Norte, Volumen 5, N°1, págs. 46-49. 1995.

Rojas Ocaña MJ, Rodríguez Rodríguez JB. Área de Triage: utilidad y eficacia de un protocolo. Revista ROL de Enfermería, Jun 2000; 23 (6): 464-468.

Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. Recomendación científica. De las funciones y tareas propias de los diplomados de Enfermería en la recepción, acogida y clasificación de los pacientes en el área de urgencias. Jun. 1999; 99/01/01: 1-3.

Zapico, L. "Las catástrofes no avisan, estemos preparados". Manual de Urgencias y Reanimación Fundación Lucas Sierra, Viña del Mar, Volumen N°1, Págs. 4:1-4:4. 1990-1991.

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

www.elportaldelasalud.com, 12 / 07 / 2009, 17:13

www.wikipedia.org, 24 / 07 / 2009, 12:10

www.enfermeriadeurgencias.com, 26 / 07 / 2009, 19:30

www.consultorio de urgencias.com, 02 / 08 / 2009, 10:15

www.scribd.com, 05 / 08 / 2009, 15:40

Nº 507991

Nº 507991

**EVACU-AID™
TRIAGE
TAG**



Nº 507991

CONTAMINATION:

NO YES

Circle type of hazard

Respiration Yes No

Pain level +2 SEC -2 SEC

Mental Status Can do Can't do

Mark = ORIENTED DISORIENTED



UNCONSCIOUS

| Time | Pulse | BP | Respiration |
|------|-------|----|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Time | Drug Solution | Damage |
|------|---------------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Major Injuries

Destination

DECEASED

IMMEDIATE

DELAYED

MINOR

CONTAMINATED

Personal Property Receipt *5234567*

Evidence Tag *5234567*

Destination *5234567*

No. *5234567*

TRIAS TAG *5234567*

IS L N D G E M

ACTS INJECTOR 1 2 3 4 5

Eye

Hand

Foot

Other

VITAL SIGNS

| Time | BP | Pulse | Respiration |
|------|----|-------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

CONTAMINATED

EVIDENCE

Comments/Information

Patient's Name

RESPIRATIONS **P** **M**

R No Yes **P** 0-1 Sec 2-5 Sec **M** 0 Sec-10 10-15 Sec

Have the following wounds? **MINOR**

Do symptoms after 48 hours? **MORQUE**

Respiration - Over 30 **IMMEDIATE**

Apnea - Capillary Refill Over 2 Seconds **IMMEDIATE**

Mental Status - Unable to Follow Simple Commands **IMMEDIATE**

Otherwise **DELAYED**

PERSONAL INFORMATION

NAME _____

ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____

PHONE _____

EMPLOYER _____

EVIDENCE

MORQUE

Pulseless/No Breathing

IMMEDIATE **IMMEDIATE**

DELAYED **DELAYED**

MINOR **MINOR**

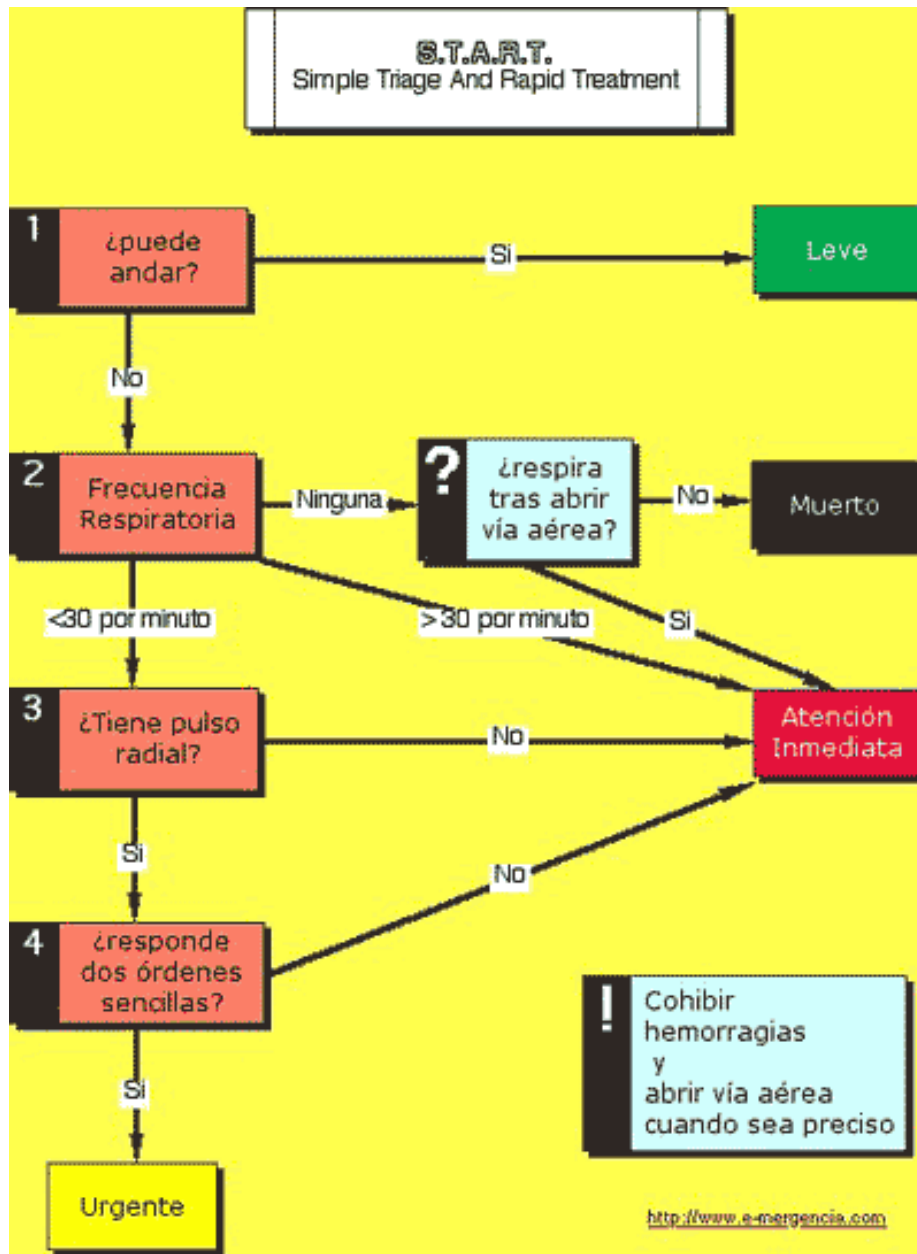
MORQUE

Pulseless/No Breathing

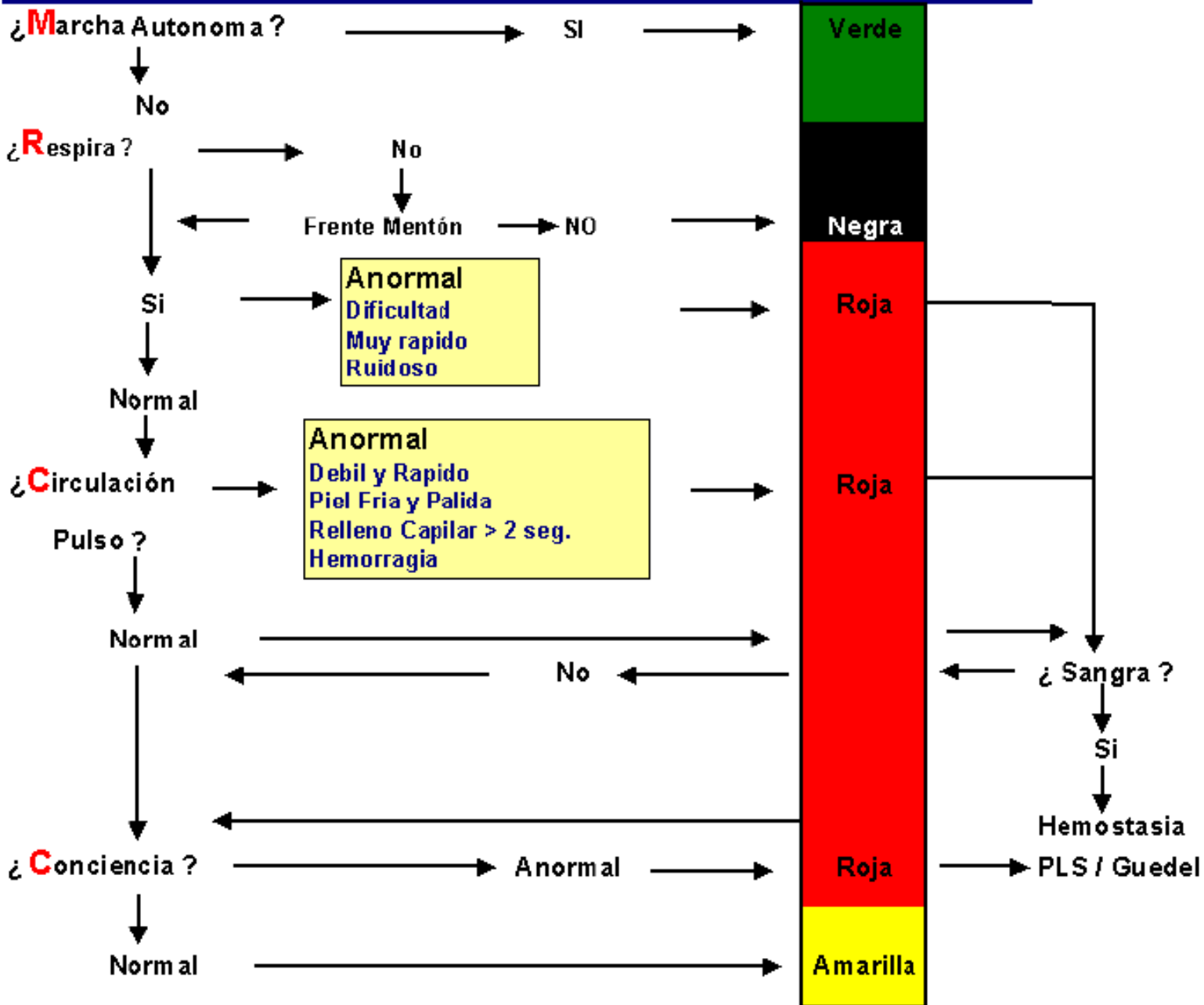
IMMEDIATE **IMMEDIATE**

DELAYED **DELAYED**

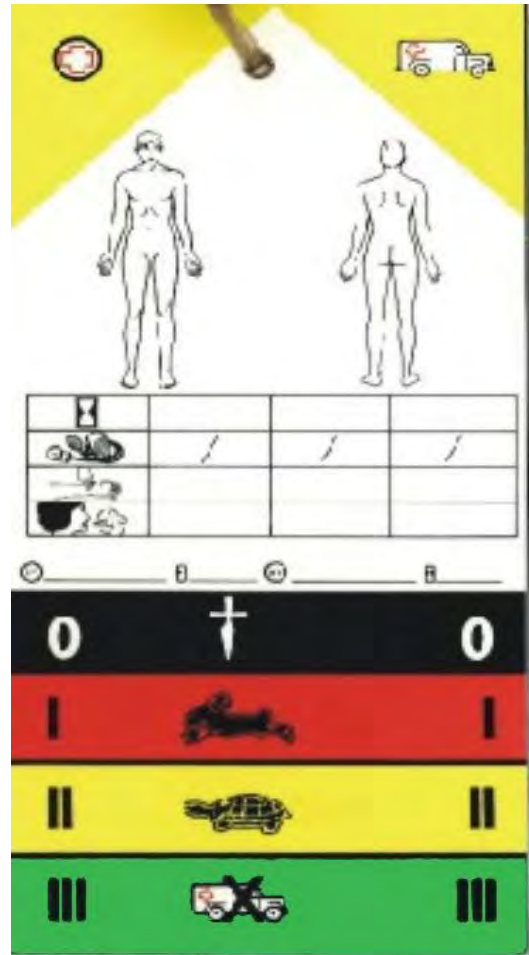
MINOR **MINOR**



Metodo Rapido de Clasificación en Catastrofes



Reproducido por José Ramón Aguilar



ANEXO I. Encuesta de opinión de los enfermeros de urgencias acerca del triage en enfermería

| | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. Edad | | | | |
| 2. Sexo | Hombre <input type="checkbox"/> | Mujer <input type="checkbox"/> | Enfermero/a <input type="checkbox"/> | Triage enfermero <input type="checkbox"/> |
| 3. Año de finalización de Carrera | | | | |
| 4. ¿Cuánto tiempo has trabajado en Urgencias? | | | | |
| <input type="checkbox"/> 0-12 meses <input type="checkbox"/> 13-24 meses <input type="checkbox"/> 25-36 meses <input type="checkbox"/> 37-48 meses <input type="checkbox"/> 49 meses o más | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo llevas en nuestro Servicio? | | | | |
| 6. ¿Conoces cuáles son las funciones del triage en Urgencias? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Estás de acuerdo con que el triage lo realice un enfermero? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Piensas que el triage es una tarea para ser realizada por un médico? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Crees que el triage debería ser compartido por ambos profesionales? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 10. Cuáles crees que son las características que debería cumplir un enfermero para realizar la labor de triage. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Un mínimo de 1 año de experiencia en cuidados críticos y urgencias <input type="checkbox"/> Mayor formación específica (técnicas de enfermería, valoración de síntomas y signos, etc.). <input type="checkbox"/> Agilidad mental, dinamismo y capacidad de decisión. <input type="checkbox"/> Habilidades interpersonales y de comunicación. <input type="checkbox"/> Capacidad de trabajo en equipo. <input type="checkbox"/> Capacidad de priorización y de organización, así como flexibilidad ante los cambios. <input type="checkbox"/> Otras | | | | |
| 11. ¿Estás de acuerdo en la forma como se realiza la labor de triage en nuestro servicio? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. ¿Crees que el usuario se ha beneficiado de la puesta en marcha del triage? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. ¿Te genera o generaría algún tipo de angustia el desempeño de la labor de triage? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>Si no eres triage, te agradecemos tu participación y colaboración en la cumplimentación de esta encuesta. Si desarrollas o has desarrollado tu tarea como triage, te rogaríamos siguieras contestando a las siguientes cuestiones. Muchas gracias por tu colaboración.</p> </div> | | | | |
| 14. ¿Durante cuánto tiempo llevas desarrollando la labor de triage? | | | | |
| 15. ¿Has recibido algún tipo de formación específica para realizar la función de triage por parte del Servicio o el Hospital? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Piensas que a través del turno especial de trabajo está compensada de alguna forma tu labor como triage? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 17. ¿Cuáles son las características de un triage que crees más le importan al usuario? –puntuá de 1 a 5 siendo 1 la menos importante y 5 la más importante–. | | | | |
| <input type="checkbox"/> Experto y habilidoso en el desempeño de la tarea. <input type="checkbox"/> Habilidad y pericia en los procedimientos realizados. <input type="checkbox"/> Información adecuada, lenguaje claro y comprensible. <input type="checkbox"/> Amabilidad y buen trato, relaciones interpersonales. <input type="checkbox"/> Seguimiento y atención del problema del usuario. | | | | |
| 18. ¿Qué es lo que más te gusta de tu labor como triage? | | | | |
| 19. ¿Qué es lo que menos te gusta de tu labor como triage? | | | | |
| 20. Puedes utilizar la parte posterior de la página para realizar cualquier comentario o sugerencia que desees. | | | | |
| Muchas gracias por tu colaboración. | | | | |

TRIAGE DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS

| | Critico | Emergente | Leve |
|-------------------------|---------|-----------|------|
| 1.3 Tórax | | | |
| Dificultad respiratoria | X | X | |
| Disnea | X | X | |
| Dolor Torácico | X | X | X |
| Hemoptisis | X | X | |
| Hipo | | | X |
| Palpitaciones | X | X | X |
| Sibilancias | X | X | |
| Taquicardia | X | X | |
| Tos | | X | X |

Municipalidad de Córdoba
Hospital de Urgencias
Área de Emergencias

TRIAGE DE ENFERMERIA

Fecha: / / 2001

Hoja Nº.....

| Historia Clínica Nº | Apellido y Nombre | Motivo Consulta | Signos V. Alterados | Categ | Ing. Ti | Ti | T Espera | At. Med I | Sexo | Edad | Diagnost. |
|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|-------|---------|----|----------|-----------|------|------|-----------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar el documento doy mi consentimiento para la educación del cuestionario formulado por las pasantes de la Licenciatura en enfermería y obstetricia del Hospital General Balbuena. La información que yo apporto se utilizará en un estudio de investigación que está enfocado a determina el manejo del Triage en el área de urgencias del Hospital General Balbuena.

Durante la aplicación del cuestionario, yo como encuestado puedo rehusarme a contestar cualquier pregunta en cualquier momento, en el entendido de que este cuestionario es con enfoque libre. Lo anterior no tendría como consecuencia sanciones de ningún tipo de índole, son afectar mi identidad que la información que yo proporcione en este estudio será confidencial.

AUTORIZO

Nombre

Firma

ENCUESTADOR

Nombre

Firma

FOLIO

GLOSARIO

ADENOPATÍA: Una adenopatía o linfadenopatía es el término que se usa en medicina para referirse a un trastorno inespecífico de los ganglios linfáticos. En la mayoría de los casos, el término se usa como sinónimo generalizado de una tumefacción, aumento de volumen o inflamación de los ganglios linfáticos, acompañado o no de fiebre.

AFASIA: La afasia es la pérdida de capacidad de producir y/o comprender lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas tareas.

AMNIORREA: Salida o derrame de líquido amniótico.

AMPUTACIÓN: La amputación es el corte y separación de una extremidad del cuerpo mediante traumatismo (también llamado avulsión) o cirugía.

ANOREXIA: Es un trastorno alimentario, que se caracteriza por la falta anormal de ganas de comer, y que puede deberse a causas fisiológicas

ANURIA: La oliguria o anuria se refieren respectivamente a la disminución o ausencia de producción de orina. Esta disminución puede ser un signo de deshidratación, fallo renal o retención de orina.

APNEA: Cese completo de la señal respiratoria

- **Obstructiva:** ausencia de la señal respiratoria en presencia de esfuerzo respiratorio (movimientos toracoabdominales).
- **Central:** ausencia de señal respiratoria y ausencia de esfuerzo respiratorio (no se detectan movimientos toracoabdominales).
- **Mixta:** apnea que habitualmente comienza como central y termina con un componente obstructivo.

ARTRALGIAS: Dolor en una o más articulaciones.

ASFIXIA: Se produce cuando deja de afluir oxígeno a los pulmones, por una obstrucción en la garganta o tráquea, habitualmente por fallos en la deglución de sólidos —atragantamiento—.

ASMA: Enfermedad crónica del sistema respiratorio caracterizada por vías aéreas hiperreactivas, es decir, un incremento en la respuesta broncoconstrictora del árbol bronquial.

BRADICARDIA: Descenso del ritmo cardíaco. Se considera bradicardia a una frecuencia cardíaca inferior a 60 ppm (pulsaciones por minuto) en reposo, aunque raramente produce síntomas si la frecuencia no baja de 50 ppm

CATETERISMO: Familia de procedimientos con finalidades de diagnóstico o terapéutica, cuyo factor común es que se realizan mediante la inserción de un catéter en el sistema vascular, el cual se hace avanzar hasta las estructuras cardíacas, penetrando incluso en las cavidades cardíacas si es necesario. Es por ello que forma parte de la llamada cardiología invasiva o maniobras invasivas.

CATASTROFE: Es un hecho o suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas.

CEFALEA: Dolor de cabeza.

CIANOSIS: Es la coloración azulada de la piel, mucosas y lechos ungueales, usualmente debida a la existencia de por lo menos, 5 g. de hemoglobina reducida en la sangre circulante o de pigmentos hemoglobínicos anómalos (metahemoglobina o sulfohemoglobina) en los hematíes o glóbulos rojos.

CONTUSIÓN: Es un tipo de lesión física no penetrante sobre un cuerpo humano o animal causada por la acción de objetos duros, de superficie obtusa o roma, que actúan sobre el organismo por intermedio de una fuerza más o menos considerable.

CONVULSIÓN: Síntoma transitorio caracterizado por actividad neuronal en el cerebro que conlleva a hallazgos físicos peculiares como la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta

DESHIDRATACIÓN: Pérdida excesiva de agua y sales minerales de un cuerpo. Puede producirse por estar en una situación de mucho calor (sobre todo si hay mucha humedad), ejercicio intenso, falta de bebida o una combinación de estos factores. También ocurre en aquellas enfermedades donde está alterado el balance hidroelectrolítico. Básicamente, ésto se da por falta de ingestión o por exceso de eliminación.

DESASTRE: Es una desgracia grande, suceso infeliz y lamentable. Por lo que catástrofe es el hecho y desastre la consecuencia.

DIABETES: Es una enfermedad crónica que se caracteriza por altos niveles de azúcar en la sangre.

La principal característica de la diabetes mellitus Tipo I, es la incapacidad del cuerpo para producir insulina, hormona que hace posible la utilización de la glucosa por parte de las células del organismo.

La diabetes mellitus tipo II, es aquella en la que el organismo no produce suficiente insulina o no puede aprovechar la que produce.

DIAFORESIS: Es el término médico para referirse a una excesiva sudoración profusa que puede ser normal (fisiológica).

DIARREA: Es una alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en relación anormal a la fisiológica.

DIPLOPIA: Es el término que se aplica a la visión doble, la percepción de dos imágenes de un único objeto.

DISARTRIA: Es un trastorno del habla cuya etiología se atribuye a una lesión del sistema nervioso central y periférico. Se distingue de una afasia motora en que no es un trastorno del lenguaje, sino del habla; es decir, el paciente manifiesta dificultades asociadas con la articulación de fonemas.

DISECCIÓN: División y separación metódica de las partes y órganos del cuerpo para el estudio de su disposición y demás caracteres anatómicos.

DISFAGIA: Es el término técnico para describir el síntoma consistente en dificultad para la deglución (problemas para tragar).

DISFONÍA: Es el nombre que recibe todo trastorno de la voz cuando se altera la calidad de ésta en cualquier grado exceptuando el total, en cuyo caso se denomina *afonía*¹ w. Las disfonías pueden ser de varios tipos según su etiología y manifestaciones clínicas.

DISNEA: Es de dificultad respiratoria o falta de aire.

DISPAREUNIA: Es la relación sexual dolorosa tanto en mujeres como en hombres. Abarca desde la irritación vaginal postcoital hasta un profundo dolor. Se define como dolor o molestia antes, después o durante la relación sexual.

DISURIA: Se define como la micción difícil, dolorosa e incompleta de la orina.

EDEMA: Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo.

ELECTROCARDIOGRAMA: Es el gráfico que se obtiene con el electrocardiógrafo para medir la actividad eléctrica del corazón en forma de cinta gráfica continua.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC): Es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, causada fundamentalmente por una respuesta de crónica al humo del tabaco.

ENTERORRAGIA: Hemorragia del intestino.

EPISTAXIS: Es una hemorragia procedente del interior de la nariz, Normalmente es producida por la irritación local de la mucosa

EPILEPSIA: Es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suelen dejar consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales

ERUCTO: Es la liberación de gas del tracto digestivo (principalmente del esófago y estómago), a través de la boca.

ESGUINCE: Es la rasgadura, distensión o estiramiento excesivo de algún ligamento (banda resistente de tejido elástico que une los extremos óseos en una articulación).

ESPASMO: Se trata de una contracción involuntaria de los músculos que puede hacer que estos se endurezcan o se abulten. Puede producir una contractura muscular.

ESTREÑIMIENTO: Es una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras.

ESTRIDOR: Sonido agudo, duro, semejante al silbido.

FIEBRE: Conocida a veces como temperatura, febrícula o calentura, es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano es de 37° (98,6° F).

FLATULENCIA: Distensión del estomago o intestinos por aire o gases.

FOTOPSIAS: Sensación luminosa, como de chispas o relampagos, debido a una afección de la retina

FRACTURA: Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea, la fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

FRECUENCIA CARDIACA: Es el número de latidos del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo. Su medida se realiza en unas condiciones determinadas (reposo o actividad) y se expresa en latidos por minutos (lpm).

FRECUENCIA RESPIRATORIA: Es el número de respiraciones que efectúa un ser vivo (un ser humano, por ejemplo) en un lapso específico (suele expresarse en respiraciones por minuto).

GASOMETRÍA: Es una técnica diagnóstica en la cual se determina la presión parcial de O₂ y de CO₂ en sangre arterial, así como la saturación de hemoglobina por el oxígeno (SaO₂) y el pH (equilibrio ácido-base).

GLICEMIA CAPILAR: Es una práctica para el control de los pacientes diabéticos que se basa en puncionar la piel y obtener una muestra de sangre.

HEMATEMESIS: Es la expulsión de sangre por la boca, en forma de vómito, procedente del aparato digestivo.

HEMATURIA: Es la presencia de sangre en la orina, una afectación frecuente en medicina humana y veterinaria. El color de la orina puede variar desde el color rojo sangre (o rojo vivo) hasta el color café (popularmente descrito como de bebida cola), dependiendo de si esta sangre es fresca o ha sido transformada en hemoglobina ácida por efecto del pH urinario.

EMESIS: Vómito.

HEMOFILIA: Es una enfermedad genética ligada al cromosoma X que consiste en la dificultad de la sangre para coagularse adecuadamente. Se caracteriza por la aparición de hemorragias internas y externas debido a la deficiencia parcial de una proteína coagulante denominada globulina antihemofílica (factor de coagulación).

HEMOPTISIS: Expectoración de sangre en cantidad mayor o menor.

HEMORRAGIA: Es la salida de sangre fuera de su normal continente que es el sistema cardiovascular. Es una situación que provoca una pérdida de sangre, la cual, puede ser interna (cuando la sangre gotea desde los vasos sanguíneos en el interior del cuerpo); por un orificio natural del cuerpo (como la vagina, boca o recto); o externa, a través de una ruptura de la piel.

HEMOSTASIA: Es el conjunto de mecanismos aptos para detener los procesos hemorrágicos, en otras palabras, es la capacidad que tiene un organismo de hacer que la sangre permanezca en los vasos sanguíneos.

HIPEMA: Hemorragia en la parte anterior e inferior del globo ocular.

HIPERTERMIA: Elevación de la temperatura corporal.

HIPERTENSIÓN: Aumento del tono o tensión en general, especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea, mayor a 120 / 80 mmHg.

HIPOACUSIA: Disminución de la sensibilidad auditiva.

HIPOREXIA: Anorexia moderada.

HIPOTENSIÓN: Hace referencia a una condición anormal en la que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual, lo que puede provocar síntomas como vértigo o mareo.

HIPOTERMIA: Disminución de la temperatura corporal.

INTOXICACIÓN: Se produce por la ingestión o por la inhalación de sustancias tóxicas.

LIPOTIMIA: Desmayo, pérdida súbita del conocimiento.

LUXACIÓN: Dislocación permanente de una parte especialmente de las superficies articulares de los huesos.

MASTALGIA: Dolor o neuralgia de la mama.

MICCIÓN: Es un proceso por el que la vejiga urinaria se vacía de orina cuando está llena.

MIGRAÑA: Es un tipo de dolor de cabeza, usualmente muy intenso y capaz de incapacitar a quien lo sufre. Es una enfermedad de origen neurológico.

NAUSEA: Se presentan como una situación de malestar en el estómago, asociada a la sensación de tener necesidad de vomitar (aunque frecuentemente el vómito no se da).

ODINOFAGIA: Deglución dolorosa.

OTALGIA: Dolor de oído.

OTORRAGIA: Hemorragia del oído.

OTORREA: Flujo o derrame especialmente purulento por el conducto auditivo externo.

PARESIA. Demencia parálitica o parálisis general.

PARESTESIA: Se define como la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, etc., producido por una patología en cualquier sector de las estructuras del sistema nervioso central o periférico.

PERFUSIÓN: Circulación artificial en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquel en la experimentación fisiológica.

PIROSIS: Sensación de ardor que sube del estómago a la faringe con eructos agrios debido a una dispepsia ácida.

POLIURIA: Es un síntoma médico que consiste en una emisión de un volumen de orina superior al esperado. Se define como un volumen superior a 2,5 litros en 24 horas para adultos y superior a 2-2,5 litros/24 horas para niños.

PRIAPISMO: Erección anormal del pene sin deseo sexual.

PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC): Describe la presión de la sangre en la vena cava torácica, cerca de la aurícula derecha del corazón. PVC refleja la cantidad de sangre que regresa al corazón y la capacidad del corazón para bombear la sangre hacia el sistema arterial. Es una buena aproximación de la presión auricular derecha, que es un principal determinante del volumen diastólico final ventricular derecho.

PRURITO: Es un hormigueo peculiar o irritación incómoda de la piel que conlleva un deseo de rascar la parte en cuestión.

PULSIOXIMETRÍA: Es una de las dos técnicas que se utilizan para medir la concentración de oxígeno en la sangre. Consiste en poner en el dedo del paciente en un pequeño aparato llamado pulsioxímetro o saturómetro que va calculando la concentración de oxígeno en los capilares.

QUEMADURA: Lesión producida en los tejidos por el calor en sus diversas formas, según la intensidad de sus lesiones se divide en tres grados:

1. Eritema
2. Flictena
3. Escara

REGURGITACIÓN: Es un fenómeno anormal en los humanos, que consiste en el regreso del contenido alimentario a través del esófago.

RINORREA. Flujo abundante de flujo nasal.

SECRECIÓN: Función o proceso en virtud del cual un tejido u órgano separa ciertas sustancias de la sangre y las modifica o elabora con ellas un producto nuevo.

SHOCK: Síndrome consecutivo a la disminución prolongada del volumen de sangre circulante que conduce al círculo vicioso.

SIALORREA: Se define como la excesiva producción de saliva.

SIDA: Es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos.

SINCOPE: Es la pérdida brusca de conciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea sin necesidad de maniobras de reanimación.

TAQUICARDIA: Es el incremento del ritmo cardíaco. Se considera taquicardia cuando la frecuencia cardíaca es superior a cien latidos por minuto en reposo.

TEMPERATURA: Es una magnitud referida a las nociones comunes de calor o frío.

TENSIÓN ARTERIAL: Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar.

TINNITUS: Sensación subjetiva de campanileo. Ruido seco que percibe el paciente de catarro de la Trompa de Eustaquio al introducir el otoscopio.

TORACOCENTESIS: Punción quirúrgica de la pared torácica, que tiene por objeto evacuar un líquido acumulado en la pleura.

TOS: Expulsión súbita, ruidosa, más o menos repetida y violenta de aire de los pulmones.

TRAUMATISMO: Término general que comprende todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior.

TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO

TRAQUEOSTOMÍA: Creación de una fístula traqueal por medios quirúrgicos.

ÚLCERA: Es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con forma crateriforme (con forma de un cráter, al perderse parte del tejido) y con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea.

VÉRTIGO: Es una sensación de falta de estabilidad o de situación en el espacio. El paciente siente que las cosas dan vueltas a su alrededor o que es él quien gira alrededor de las cosas. Generalmente es de carácter rotatorio y se puede acompañar de manifestaciones vegetativas (náuseas, vómitos, sudoración).

VOMITO: Es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca.