



FACULTAD DE ENFERMERÍA

JEFATURA DE POSGRADO

Cuernavaca Mor., 29 de Enero del 2020.
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ
JEFE DEL PROGRAMA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesina titulada: **PROPUESTA PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA ESTANDARIZACIÓN DEL TRIAJE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.**, trabajo que presenta la **L.E. TALABERA GARDUÑO SANDRA GUADALUPE**, quien cursó el POSGRADO: **ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS			
	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME			
DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ			
E.E. MA. LUISA GUTIÉRREZ FIERRO			
M.E. CLAUDIA RODRÍGUEZ LEANA			
M.E. PATRICIA ANZURES QUINTANA			

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROPUESTA PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL A
TRAVÉS DE LA ESTANDARIZACIÓN DEL TRIAJE EN LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL:
ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD.**

PRESENTA:

L.E SANDRA GUADALUPE TALABERA GARDUÑO.

DIRECTORA DE TESINA:

E.E. MA. LUISA GUTIÉRREZ FIERRO

Cuernavaca, Morelos, enero 2020

Agradecimientos:

Agradezco a Dios, por darme la oportunidad de seguir superándome profesionalmente, darme fuerza, salud y vida para la realización de esta tesina que he logrado concluir con mucho esfuerzo, dedicación y amor a mi vocación

A mi madre Aurora Garduño Mendoza, por brindarme apoyo incondicional para lograr las metas propuestas en mi vida y estar siempre a mi lado, a mi padre José Luis Talabera Serrano, por los momentos vividos antes de su partida, ambos demostrando siempre que todo lo podremos lograr si nos lo proponemos.

A mis hijas Stephanie Uribe Talabera, y Dennise Uribe Talabera, por motivarme a seguir adelante, las amo incondicionalmente, y estoy orgullosa de cada una también por sus logros profesionales culminados en este mismo año. A mi nieto Thiago Varas Uribe, por llenar mi corazón de amor con solo una sonrisa.

A José por ser mi compañero en estos años, por tu comprensión, amor y motivación para seguir adelante, gracias por ser partícipe en cada proyecto profesional y personal.

Agradezco al H.G de Cuernavaca Dr. José G. Parres por las facilidades para continuación de mi carrera profesional, a la Facultad de Enfermería, a la Maestra Clara Irene Hernández Márquez, y a la Doctora Edith Ruth Arizmendi Jaime por compartir sus conocimientos y el apoyo otorgado.

Y en especial a mi asesora de tesina la Maestra Ma. Luisa Gutiérrez Fierro, por su valioso tiempo, dedicación y comprensión en la realización y culminación de este proyecto, sin duda, la mejor asesora de quien estaré agradecida siempre. Gracias infinitas.

Con cariño: Sandra Guadalupe Talabera Garduño.

Resumen

La atención en las salas de urgencias siempre ha suscitado situaciones de conflicto, estrés, angustia y mucha tensión, la inquietud que despierta en el paciente y familiares al ver amenazada su salud y/o la vida. El método triaje surge en la sala de urgencias por la necesidad de contar con un instrumento confiable que facilite y permita determinar la complejidad del padecimiento del usuario que solicita atención médica y al mismo tiempo gestionara con mayor imparcialidad al proceso de atención, aumentando las habilidades del médico y la enfermera para la evaluación del paciente estableciendo prioridades de atención que permitan proporcionar asistencia de calidad. Inicialmente el triaje era realizado por los médicos, en la actualidad enfermería se ha convertido en una pieza fundamental en los servicios de urgencias, por su capacidad y pensamiento crítico en la aplicación del sistema triaje con clasificación de cinco niveles de priorización, el cual permite una valoración correcta y sistemática en la atención que se otorga al usuario de acuerdo a los datos objetivos y subjetivos que presentan, comprobando que enfermería al ejecutar la metodología establecida logra disminuir el hacinamiento en las salas de espera, la ansiedad de atención por parte del usuario y sus acompañantes e incrementa los niveles de satisfacción y calidad.

Objetivo:

Diseñar una propuesta para mejorar la calidad asistencial a través de un sistema triaje estandarizado en los servicios de urgencias hospitalarios.

Palabras clave:

Enfermería, Triage, Servicios de Urgencias.

Summary

The attention in the emergency rooms has always provoked situations of conflict, stress, anguish and a lot of tension, the restlessness that arouses in the patient and relatives when their health and / or life is threatened. The triage method arises in the emergency room due to the need for a reliable instrument that facilitates and allows to determine the complexity of the condition of the user requesting medical attention and at the same time will manage the care process more impartially, increasing the skills of the doctor and nurse for the evaluation of the patient establishing priorities of care that allow to provide quality assistance. Initially the triage was performed by doctors, currently nursing has become a fundamental piece in the emergency services, for its capacity and critical thinking in the application of the triage system with classification of five levels of prioritization, which allows a correct and systematic assessment of the attention given to the user according to the objective and subjective data they present, verifying that nursing by executing the established methodology reduces the overcrowding in the waiting rooms, the user's attention anxiety and its companions and increases the levels of satisfaction and quality

Objective:

Design a proposal to improve the quality of care through a standardized triage system in hospital emergency services.

Keywords:

Nursing, Triage, Emergency Services.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	3
1.1 Servicios de urgencias	3
1.2. Sistema Triage	4
1.3 Antecedentes históricos del triaje.....	5
1.3.1. La Australian Triage Scale (ATS) Escala de Triage australiana.....	6
1.3.2 La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Triage del Departamento de Urgencias de Canadá.....	7
1.3.3 El Manchester Triage System (MTS) Sistema de Triage Manchester	11
1.3.4 El Emergency Severit Index (ESI) Indicé de Gravedad de Urgencias.....	13
El ESI es una escala basada en un algoritmo simple de clasificación de cinco niveles que se desarrolló en Estados Unidos de Norteamérica por el grupo de trabajo del ESI en 1999 utilizando el MTS como referente e implementada en hospitales específicos.	13
1.3.5 El Sistema Español de Triage (SET)	14
1.4. Características del triaje.....	16
1.4.1 Nivel de prioridad del triaje estructurado	16
1.4.2 Código internacional de colores.	17
1.4.3 Índices de calidad en el triaje	17
1.5 Triage en las principales instituciones de salud del estado de Morelos.	19
1.5.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	19
1.5.2 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).....	21
1.5.3 Servicios de Salud de Morelos. (SSM).....	24
1.6 Antecedentes de enfermería en la ejecución del triaje	28
1.7 Enfermería y el triaje en la actualidad	29
1.7.1 Funciones de enfermería en el triaje.	30
1.7.2 Influencia positiva del triaje ejecutado por enfermería.	31
1.8 Teórica de enfermería	31
1.8.1 Conceptos de la disciplina según la teoría de Florence Nightingale	33

1.9 Marco legal34

 1.9.1 Artículo 4º Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....34

 1.9.2 Ley General de Salud.....35

 1.9.3 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.36

 1.9.4 Código de Ética de Enfermería.....37

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN39

CAPITULO III. JUSTIFICACIÓN.....42

CAPITULO IV. OBJETIVOS.....45

 Objetivo General:45

 Objetivos específicos:45

CAPITULO V. PROPUESTA A IMPLEMENTAR.....46

Referencias.....67

INTRODUCCIÓN.

La presente tesina pretende abordar la importancia del rol de enfermería en los servicios de urgencias en la ejecución del sistema triaje desde sus antecedentes con una aplicación empírica, empleada en un inicio en la asistencia en los campos de batalla hasta la actualidad con un proceso de clasificación avanzado y estructurado que le permite actuar de una manera lógica y con pensamiento crítico siendo capaz de influir positivamente en los servicios de urgencias.

En su elaboración se realizó una revisión detallada de la literatura en bases de datos como Pubmed, Scielo, y Google académico, donde las palabras clave fueron enfermería, triaje y servicios de urgencias, se presenta un marco teórico donde se incluyen los antecedentes del Triaje, clasificación en niveles de prioridad de acuerdo a la necesidad de atención y tiempos de espera a través del denominado semáforo de vida también incluye información de interés basada en evidencia científica de protocolos de atención y Guías de Práctica Clínica. Esta indagación servirá a los profesionales de enfermería para su conocimiento y formación académica y de esta manera impulsarlos a desarrollar sus funciones de una manera adecuada, también permite visualizar la práctica de enfermería desde otro punto de vista, evidenciando que las funciones de enfermería en el área de urgencias no se limitan únicamente a los aspectos asistenciales sino que también debe desarrollar todas sus potencialidades como administrador y gestor en las áreas en las que se desenvuelve profesionalmente.

Las instituciones de salud que otorgan el servicio de urgencias pretenden otorgar asistencia de calidad y seguridad de una manera rápida y eficaz, por esta razón tratando de homologar la atención se han creado diferentes sistemas de triaje a nivel internacional, con 5 niveles de prioridad, clasificando las urgencias reales y seleccionando con colores específicos el tiempo de espera para recibir atención, destacando enfermería, siendo el primer contacto asistencial en la atención, quien actúa de manera inmediata en la clasificación de prioridades, es por eso que en esta tesina también se presenta una propuesta de mejora en la calidad asistencial a través

de la estandarización en la ejecución del triaje por enfermería, además de que los sistemas de salud han reconocido que enfermería es pieza fundamental en estos procesos, ya que el triaje no se basa en otorgar diagnósticos, si no en proporcionar atención inmediata basada en prioridades de acuerdo al nivel de gravedad que presente individualmente el usuario.

CAPITULO I. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1.1 Servicios de urgencias

Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) son áreas que se encuentran en las instituciones de salud siendo el acceso de entrada, a las instalaciones hospitalarias de toda persona que solicite atención médica, que presente alguna enfermedad de inicio o descompensación de una patología crónica la cual podría agravarse si no se otorga un diagnóstico y/o tratamiento oportuno. (1)

Los servicios de urgencia han llegado a ser, en la actualidad, el primer contacto con los pacientes que presentan una enfermedad aguda, y/o enfermedades crónicas, por lo que son considerados un eslabón fundamental de los sistemas de salud. (1)

En el año 2010 el ministerio de sanidad de Madrid publicó los estándares y recomendaciones para los servicios de urgencias plasmando de manera general los criterios de organización y función de los mismos:

1. Deben funcionar las 24 horas del día todos los días del año.
2. Deberán contar con la existencia de un responsable médico y de un responsable de enfermería.
3. Contar con protocolos de actuación de las distintas áreas y los distintos servicios
4. Los servicios de urgencias deben disponer de un sistema de triaje.
5. El tiempo máximo de observación-valoración del paciente en un servicio de urgencias no ha de sobrepasar las 24 horas.
6. Si el paciente debe permanecer más de 6 horas en urgencias, se recomienda que sea atendido en la unidad de observación.
7. Ningún paciente pendiente de ingreso debe permanecer más de 12 horas en los servicios de urgencias.
8. El 90 % de los pacientes atendidos en urgencias tienen que ser dados de alta, ingresados o trasladados en un tiempo máximo de 4 horas.
9. El profesional a cargo de dicho servicio debe conocer protocolos de las actividades médicas, de enfermería y de los procesos y procedimientos más frecuentes.

10. Conocimiento básico por el equipo médico y de enfermería del funcionamiento del equipo en la reanimación cardiopulmonar.
11. Se recomienda el cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y de la atención a los derechos de los pacientes, con sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos.
12. Contar con informe de consentimiento en atención, informe de alta o referencia a otra unidad de salud, con identificación del paciente y/o del responsable del paciente atendido.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias deben proporcionar una asistencia multidisciplinar. Tienen que cumplir una serie de requisitos funcionales, estructurales y organizativos con el fin de garantizar la atención urgente y emergente, cumpliendo siempre con condiciones de calidad, eficiencia y seguridad adecuadas. (1)

1.2. Sistema Triage

La Real Academia Española define el vocablo Triage como un término de origen francés, mencionando que por regla ortográfica se escribe correctamente TRIAJE y de insistir con la escritura TRIAGE, esta debe ser colocada en cursivas (*Triage*) para indicar que es un extranjerismo, palabra ajena al español por su ortografía o fonética, esta palabra se emplea en el ámbito de la medicina de urgencias y desastres haciendo referencia al método de selección a los pacientes que deben ser atendidos con prioridad considerando las posibilidades de supervivencia de manera organizada, siguiendo criterios de gravedad clínica que permita diferenciar el grado de urgencia, con el propósito de salvar la mayor cantidad de vidas y brindar el mejor tratamiento.

El triaje permite una gestión del riesgo clínico y una valoración de los pacientes en función del grado de urgencia para poder manejar adecuadamente y con seguridad la demanda asistencial, proporcionando prioridad a los pacientes más graves. El triaje debe ser estructurado y evaluar de forma rápida la gravedad de cada paciente, de una

manera organizada, válida y reproducible. No solamente tiene que priorizarse la asistencia médica sino asignar el lugar y los medios apropiados para la atención. (2)

1.3 Antecedentes históricos del triaje

La teoría del triaje da inicio en el año 1799 en la guerra napoleónica donde el médico cirujano Dominique Jean Larrey clasificaba a los soldados que presentaban heridas más graves los cuales debían ser atendidos con prioridad, para el año 1827 en la guerra de independencia en Grecia el médico cirujano John Wilson clasificó a los heridos en leves, graves y fatales, más tarde en el continente americano en los años 1861-1865 durante la guerra civil americana, el soldado Jonathan Letterman diseñó un plan de evacuación con tres niveles, en el primer nivel se atendían a los lesionados a 100 metros del campo de batalla, en el segundo nivel a pocos kilómetros y en el tercer nivel en un lugar con capacidad para albergar de 2000 a 3000 heridos. (3) (4)

En la segunda guerra mundial, entre los años de 1939 y 1945, se estableció el triaje en 3 categorías, primera categoría heridos leves; segunda categoría, los que están gravemente heridos y requieren medidas de reanimación o procedimiento quirúrgicos y la tercera categoría los irremediablemente heridos, siendo los que tenían muy pocas posibilidades de sobrevivir. En la Guerra de Corea entre los años de 1950 y 1953, el triaje experimenta un gran avance con la puesta en marcha de un sistema de transporte por niveles de complejidad, es decir, cuando el herido era de primer nivel era transportado por vía aérea, lo anterior, redujo tiempo entre la lesión y el tratamiento definitivo. El triaje hospitalario, llegó a su actualización en el siglo XX por primera vez en 1965 por el norteamericano Richard Weinerman, quien describió que el triaje era un método que se basaba en identificar y priorizar a los pacientes en un procedimiento básico que consistía en una escala de clasificación de 3 niveles, nivel I emergente, nivel II urgente, y nivel III no urgente. (3) (4)

Fue en los años 90, cuando estas escalas fueron superadas y sustituidas, como consecuencia de la falta de fiabilidad, relevancia y validez, por nuevas escalas de cinco

niveles de priorización que pueden utilizarse en los modelos conocidos como triaje estructurado. (4)

1.3.1. La Australian Triage Scale (ATS) Escala de Triage australiana

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de cuatro niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de Triage para los servicios de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments (NTS), que nació de la evolución de una escala previa de cinco niveles, la Escala Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, es la primera escala con el propósito de universalización basada en cinco niveles de priorización: (3) (5)

Nivel 1: Resucitación.

Nivel 2: Emergencia.

Nivel 3: Urgente.

Nivel 4: Semi urgente.

Nivel 5: No urgente.

En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala Australiana de Triage Australasian Triage Scale (ATS), diseñada para su aplicación en los servicios de emergencias en Australia y Nueva Zelanda.

En este sistema se encargan del triaje miembros experimentados y con formación específica que pueden ser de enfermería, médicos o una combinación de ambos. La evaluación del triaje no debería exceder los 5 minutos, y la categoría asignada deben quedar registrado para poder llevar a cabo un control de los pacientes y una reevaluación continua, si las características clínicas de un paciente cambian este debe ser revalorado. (3) (5)

1.3.2 La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Triage del Departamento de Urgencias de Canadá.

La CTAS fue desarrollada en la década de los 90 por médicos del servicio de urgencias en New Brunswick, Canadá y fue introducida por la Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente en su nivelación con 5 niveles de atención.

Nivel I: Resucitación:

Reanimación médica inmediata, que incluye la atención a:

1. Paro cardíaco o respiratorio en aquellos pacientes con insuficiencia cardiaca o respiratoria o, bien, que puede ser inminente.
2. Traumatismo mayor, que afecta a personas con daño grave a un sistema o politraumatismo como traumatismo craneoencefálico, con escala de coma de Glasgow menor a 10, quemadura grave, mayor al 25% de la superficie corporal total, o quemadura de la vía aérea. Traumatismo toracoabdominal, con alteración del estado mental, hipotensión, taquicardia, dolor grave y alteraciones respiratorias.
3. Estados de choque: carcinogénico, insuficiencia pulmonar, hemorrágica, alteraciones en la demanda de oxígeno, estados híper-dinámicos, síndrome séptico.
4. Alteraciones de la conciencia por intoxicaciones, sobredosis, enfermedades del sistema nerviosos central, trastornos metabólicos y padecimientos que requieran protección de la vía aérea y tratamiento del paciente crítico.
5. Enfermedad respiratoria grave como neumotórax, estado asmático, anafilaxia, cetoacidosis diabética, pacientes requieren una rápida evaluación y tratamiento ventilatorio.

Nivel II: Emergencia.

Inmediata Intervención médica ≤ 15 minutos, incluyendo atención en:

1. Alteraciones del estado mental por enfermedades infecciosas, inflamatorias, síndromes coronarios, convulsiones, estados de agitación, letargo, parálisis, coma.
2. Traumatismo craneoencefálico con alteraciones del estado mental, cefalea grave, pérdida de la conciencia y escala de coma de Glasgow menor a 13.
3. Traumatismo grave como politraumatismo con signos vitales estables y estado mental normal.
4. Dolor ocular en la escala de dolor de 8-10/10, o por exposición a ácidos o álcalis, y en caso de cuerpos extraños en la córnea.
5. Dolor torácico que sugiera síndromes coronarios como infarto agudo de miocardio, angina inestable, también por dolor visceral continuo asociado con náusea e irradiación al cuello, la mandíbula, los hombros y los brazos, síncope con embolia pulmonar, disección aortica o con otras enfermedades vasculares.
6. Sobredosis de manera intencional, con signos y síntomas de toxicidad.
7. Dolor abdominal constante, asociado con náusea, vómito, signos vitales alterados (híper o hipotensión, taquicardia, fiebre), embarazo ectópico, coledocolitiasis.
8. Hemorragia gastrointestinal con signos vitales inestables, hematemesis, melena.
9. Enfermedad vascular cerebral con déficit neurológico importante (isquemia, hemorragia, hematomas que requieren tomografía craneal urgente).
10. Pacientes con antecedentes de asma que presenten cianosis o disnea que requieren la administración de broncodilatadores y el ingreso al hospital.
11. Disnea sugerente de neumotórax, neumonía y anafilaxia.
12. Fiebre con signos de letargo que sugieran meningitis.
13. Diabetes que manifiesten hipo e hiperglucemia y acidosis metabólica.

14. Dolor abdomino pélvico por cólico renoureteral (8-10/10), síndrome doloroso abdominal, hematuria con alteración de los signos vitales.
15. Cefalea catastrófica que sugiera meningoencefalitis, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural y subdural o estado migrañoso.

Nivel III: Urgente.

Atención que requiere Intervención médica \leq 30 minutos

1. Traumatismo de cráneo en persona que están alertas, con escala de coma de Glasgow igual a 15, dolor moderado (7-8/10), náusea, estos ameritan vigilancia y si tienen deterioro pasan a nivel II.
2. Traumatismo moderado, fracturas o luxaciones con dolor grave (8-10/10), estos requieren intervención con analgésicos y reducción son aquellos pacientes se encuentran estables.
3. Asma leve a moderada de inicio reciente en la crisis desencadenada por ejercicio u otras causas y que requieren broncodilatadores, así como vigilancia.
4. Disnea moderada en pacientes con neumonía, enfermedad pulmonar crónica y derrame pleural.
5. Dolor torácico localizado, que aumenta a la palpación, sin datos de dolor visceral, y que puede ser de tipo pleurítico.
6. Hemorragia gastrointestinal en tubo digestivo alto, inactiva, sin alteración de los signos vitales, puede haber deterioro potencial y requiere valoraciones periódicas.
7. Convulsiones en pacientes ya conocidos, con duración menor a cinco minutos que llega alerta y con signos vitales estables.
8. Ideas suicidas, problemas psiquiátricos que requieren la valoración de un especialista.
9. Dolor grave (8-10/10) en pacientes que reportan dolor intenso pero que tienen un problema menor, generalmente son de tipo muscular, crónico, tipo neuropático y con reacción regular a los analgésicos.

10. Dolor moderado (4-7/10) en pacientes con migraña o cólico renal, pueden tener signos vitales normales y requerir tratamiento.
11. Pacientes en diálisis o trasplantados con alteraciones de líquidos y electrolitos, que pueden manifestar arritmias y deterioro.

Nivel IV: Menos Urgente.

Intervención médica < a 60 minutos.

1. Traumatismo de cráneo con traumatismo menor, persona alerta con escala de coma de Glasgow de 15, sin referir náusea o mareo, estos requieren un breve periodo de observación y valoración neurológica.
2. Traumatismo menor como fracturas pequeñas, contusiones, abrasiones, laceraciones que requieren curación, presentan signos vitales estables y dolor (4-7/10).
3. Dolor abdominal con intensidad 4-7/10, apendicitis en etapas iniciales, signos vitales normales, amerita vigilancia y evaluación periódica.
4. Cefalea no súbita, no migrañosa, dolor 4-7/10, con signos vitales normales.
5. Dolor torácico sin antecedentes de cardiopatía, usualmente pleurítico, muscular, debido a ejercicio.
6. Infección respiratoria aguda con tos, congestión nasal, fiebre, se deben descartar abscesos en la cavidad.
7. Vómito y diarrea sin datos de deshidratación.

Nivel V: No Urgente.

Intervención médica < a 120 minutos.

1. Pacientes con problemas crónicos, no hay deterioro, puede ser referido a otro nivel de atención.

En las zonas rurales de Canadá el triaje se realiza bajo este sistema exclusivamente por el personal de enfermería plenamente capacitados, son quienes deciden si los pacientes tienen que ser trasladados a otro lugar para atención. (3) (5)

1.3.3 El Manchester Triage System (MTS) Sistema de Triage Manchester

El MTS fue creado en 1994 como resultado del trabajo de colaboraciones entre los médicos y enfermeras en los servicios de urgencias de nueve hospitales de Manchester, Reino Unido, para elaborar un sistema de triaje que cumpliera cinco objetivos:

1. Elaborar un vocabulario común.
2. Utilizar definiciones practicadas.
3. Desarrollar una metodología sólida de triaje.
4. Implantar un modelo completo de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de triaje desarrollado.

Utilizando la NTS como referente. Este sistema de triaje selecciona a los pacientes con la más alta prioridad y funciona sin hacer ninguna suposición sobre el diagnóstico, con clasificación de 5 niveles cada una con un número, un color y un nombre que se definió en términos de “*tiempo clave*” o “*tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta*”.

Su clasificación se basa en los signos observados por el profesional de enfermería que realiza la valoración inicial y en los síntomas expresados por el paciente, los agrupa según los discriminadores clave o factores que permiten diferenciar el nivel de urgencia, en pacientes que se presentan con una sintomatología parecida. La clasificación se realiza considerando los esquemas que implican riesgo vital, cuando hay ausencia de respiración o estridor, insuficiencia respiratoria, ausencia de pulso y choque, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y tiempo de evolución de los síntomas, estos discriminadores se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación. (3) (5)

Tabla 1. Niveles de priorización MTS.

NUMERO	NOMBRE	COLOR	TIEMPO MAXIMO DE ATENCION
Nivel I	Atención inmediata	Rojo	Inmediato 0 minutos
Nivel II	Muy urgente	Naranja	10 minutos
Nivel III	Urgente	Amarillo	60 minutos
Nivel IV	Normal	Verde	120 minutos
Nivel V	No urgente	Azul	240 minutos

Fuente: El triaje herramienta fundamental en urgencias y emergencias (3)

El sistema MTS tiene ya una experiencia acumulada de 20 años, permite realizar auditorías de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia, es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana, divide a los pacientes críticos y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica. (3) (5)

1.3.4 El Emergency Severit Index (ESI) Indicé de Gravedad de Urgencias

El ESI es una escala basada en un algoritmo simple de clasificación de cinco niveles que se desarrolló en Estados Unidos de Norteamérica por el grupo de trabajo del ESI en 1999 utilizando el MTS como referente e implementada en hospitales específicos. Éste fue el primer sistema que demostró una buena relación entre el nivel de triaje y la duración de la estancia en urgencias, se basa en un algoritmo clínico que valora la presencia de discriminantes de una forma muy parecida al MTS, pero independientemente del motivo de consulta, demostrando que este sistema tiene una validez y fiabilidad en grupos específicos de pacientes, como los niños o ancianos, no tiene límite de tiempo para realizar una revaloración. (3) (5)

Tabla 2. Nivel de priorización de ESI

Categoría ESI	Discriminantes	Agudeza de tratamiento
ESI 1	Riesgo vital <ul style="list-style-type: none">• Pacientes intubados.• Pacientes apneicos.• Pacientes sin pulso	Atención enfermera inmediata y vigilancia continua.
ESI 2	Dolor intenso <ul style="list-style-type: none">• Situación de riesgo vital con alteración importante del nivel de conciencia.• Pacientes que necesiten dos o más exploraciones diagnósticas con alteración de las constantes vitales.• Pacientes que necesiten dos o más acciones terapéuticas con alteración de las constantes vitales.	Atención médica ≤10 minutos
ESI 3	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes que necesiten dos o más exploraciones	No hay indicación de tiempo.

	<p>diagnósticas con las constantes vitales normales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que necesiten dos o más acciones terapéuticas con signos vitales normales. . 	
ESI 4	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con las constantes vitales normales que necesitan una exploración diagnóstica o una acción terapéutica. 	No hay indicación de tiempo.
ESI 5	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no requieren exploración diagnóstica ni acción terapéutica. 	No hay indicación de tiempo.

Fuente: El triaje herramienta fundamental en urgencias y emergencias (3)

1.3.5 El Sistema Español de Triage (SET)

En el año 2000 Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en el Hospital *Nostra Senyora de Meritxell* de Andorra, un nuevo sistema de triaje estructurado denominado *Model Andorrà de Triage* (MAT), que nace de una adaptación conceptual de la CTAS y convierte una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela, en una escala basada en categorías sintomáticas es decir, en un conjunto de signos y síntomas que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente por lo que permiten clasificarlo dentro de una misma categoría clínica, incluye discriminadores clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico que reconoce 56 categorías sintomáticas y dos discriminantes clave que son los signos/constantes vitales y el nivel de dolor.

Los principios fundamentales del SET son:

1. Triage de cinco niveles normalizado.
2. Modelo de triaje de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
3. Integrado en un sistema de mejoría continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triaje.
4. Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

El SET un sistema de triaje no precisamente de enfermería, incluye la participación médica, propone que el personal autorizado para trabajar en el servicio de urgencias bajo este sistema de triaje debe ser un personal formado para ello, debe tener una experiencia mínima para ser enfermera de triaje. Para la Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencia (SEMES), la experiencia mínima necesaria es de 12 meses, el MTS no establecen un período concreto, pero sí tener experiencia en el servicio de urgencias, el profesional de triaje deberá cumplir con un perfil de aptitud y actitud, en el que deben destacar la capacidad de tomar decisiones, gestionar situaciones difíciles, capacidad de comunicación, empatía, tacto, paciencia y capacidad organizadora. (3) (5)

Tabla 3. Nivel de priorización del SET.

NIVEL	COLOR	CATEGORÍA	TIEMPO DE ATENCIÓN
I	Azul	Reanimación	Inmediata
II	Rojo	Emergencia	Inmediata por enfermería/ por medico 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos

Fuente: El triaje herramienta fundamental en urgencias y emergencias (3)

Actualmente estos son los modelos de triaje estructurado que se reconocen a nivel mundial y los de mayor implementación en los servicios de salud. La mayoría coincide en su metodología y aplicación en niveles de atención, clasificación por gravedad individual, niveles de prioridad y colores para determinar el tiempo de espera para ser atendidos. (3) (5)

1.4. Características del triaje.

El triaje es un proceso de valoración clínica preliminar, que ordena a los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda/recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primero, esta clasificación debe hacerse en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva.

Los sistemas de triaje en urgencias se han implementado debido al congestionamiento que ocurre por muchas causas, entre ellas la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del mismo por resolver rápidamente todos sus problemas de salud, por la disponibilidad inmediata de apoyos diagnósticos y especialidades médicas, aunque también existe el ingreso de pacientes severamente enfermos (urgencia real) y un excesivo número de pacientes con problemas menores (urgencia sentida) que hacen uso inapropiado de los servicios de urgencias y que podrían ser atendidos en otro nivel asistencial. (6) (7)

1.4.1 Nivel de prioridad del triaje estructurado

Nivel I prioridad absoluta y atención inmediata:

Situaciones muy urgentes de riesgo vital, su acceso es inmediato no necesitan triaje informático.

Nivel II Situaciones urgentes:

Con riesgo inminente para la vida o función de un órgano, inestabilidad o dolor muy intenso, tiempo de atención menor a 15 minutos.

Nivel III procesos agudos:

No críticos y estables hemo-dinámicamente, con riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas, tiempo de atención 60 minutos.

Nivel IV urgencia menor:

Sin riesgo vital para el paciente. Son procesos superficiales que requieren asistencia médica, en su mayoría, en un centro de salud de atención primaria tiempo de atención de 120 minutos.

Nivel V Situaciones no urgentes:

De poca complejidad en patología, no precisan atención en los servicios de urgencias tiempo de atención de hasta 240 minutos.

A nivel mundial, los sistemas de Triage estructurado basados en 5 niveles, son los que han conseguido mayor grado de evidencia científica. (6)

1.4.2 Código internacional de colores.

Todos los sistemas de triaje tienen como fundamento categorizar a los pacientes para decidir su prioridad de atención médica, con la finalidad de hacer más equitativos han adoptado un código de colores denominado “*semáforo de vida*” que independientemente del sistema que utilicemos dividirá a los pacientes de acuerdo a gravedad y tiempo de espera para recibir asistencia. (6)

1.4.3 Índices de calidad en el triaje

La Real Academia Española define la calidad como: “*Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor*”.

Avedis Donabedian en el año 1980, define la calidad de la asistencia sanitaria como “*aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo*”

bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". (5)

Los usuarios que demandan asistencia en el SUH, esperan recibir una atención de calidad, segura y en un tiempo adecuado, siendo este último el factor más importante en la percepción de la calidad que tienen los usuarios sobre los SUH. El tiempo que esperan para ser atendidos cuando acuden al servicio está directamente relacionado con la gestión adecuada del volumen asistencial, en la que se clasifica para los pacientes en función del nivel de urgencia y de la complejidad. Desde la implantación de este sistema de clasificación, denominado triaje, se han conseguido grandes avances en el control de los tiempos de espera que soportan los usuarios. (5)

La creación de un triaje estructurado en los servicios de urgencias permite tener un alto índice de calidad, aumentando la satisfacción del paciente, disminuye la saturación de las salas de espera, permite una gestión adecuada de los recursos disponibles y disminuye la mortalidad de la población.

Los indicadores de calidad propuestos para el triaje que se ejecuta en los servicios de urgencias son:

1. El tiempo de espera para ser atendido, desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta el momento que se inicia la clasificación debe ser menor a 10 minutos.
 2. Se recomienda que la duración de la valoración y clasificación del paciente sea menor a 5 minutos.
 3. El porcentaje de los pacientes perdidos por diferentes causas que se presentan en los servicios de urgencias se registran y no esperan la valoración y clasificación del personal de salud debe ser menor al 2% del total de pacientes que acuden a los servicios de urgencias.
 4. Se debe considerar el tiempo de espera para que el paciente sea valorado y clasificado de acuerdo al nivel I y el tiempo de atención máximo de 240 minutos.
- (8)

1.5 Triage en las principales instituciones de salud del estado de Morelos.

1.5.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2016 pone en marcha la estrategia, “Mejorar la atención en los servicios de Urgencias/Triage” con el objetivo de optimizar la oportunidad de atención médica de los pacientes en el servicio de urgencias mediante la clasificación inmediata del nivel de gravedad en el triaje y priorizar su atención con base al nivel asignado.

Utilizando un modelo institucional valorado con escala de 5 niveles correspondiente a tipo de atención, clasificación por color y tiempo de espera: (9)

Tabla 4. Decálogo IMSS.

DECÁLOGO IMSS				
MODELO DE TRIAJE DEL IMSS				
El Triage garantiza atención de acuerdo a su nivel de gravedad y establece el área y tiempo estimado de atención.				
Nivel de gravedad	Tipo de atención	Color	Área de atención	Tiempo de espera para recibir atención
1	Reanimación	Rojo	Sala de choque	Inmediato
2	Emergencia	Naranja	Sala de choque	Inmediato
3	Urgencia	Amarillo	Consultorio de primer contacto	Hasta 30 minutos
4	Urgencia menor	Verde	Consultorio de primer contacto/unidad médica familiar	Hasta 2 horas
5	Sin urgencia	Azul	Consultorio de primer contacto/unidad médica familiar	Hasta 3 horas

Fuente: Iniciativa para “Mejorar la atención en los servicios de urgencias/Triage”- Guía técnica. (9)

Por lo cual, para poder dar un mejor seguimiento a los tiempos medidos de esta iniciativa, se implementó el formato “*triaje y nota medica inicial del servicio de urgencias*”, en el cual se registran los tiempos de atención del paciente desde su hora de llegada al servicio de urgencias, hasta su atención por el médico o enfermera.

En este formato se pretende identificar 4 acciones inmediatas en la clasificación del paciente las cuales son: (9)

1. Hora de Llegada: al servicio de urgencias: (hora cero) se considera el momento en que el paciente ingresa a la puerta principal o por ingreso por puerta de ambulancia, el tiempo máximo que debe transcurrir entre llegada e inicio de traje es de 8 minutos.

2. Hora de inicio de Triage: el personal asignado registrara la hora de inicio de valoración.

3. Hora de fin de Triage: se registrará la hora final de valoración cuando se asigne un color de clasificación de acuerdo al nivel de gravedad. El tiempo máximo entre la hora de inicio y termino de triaje es de 5 minutos.

4. Hora de inicio de atención médica en el consultorio de primer contacto: después de ser clasificado y esperar en sala correspondiente, ingresara al área de primer contacto para ser atendido por medico correspondiente.

Este nuevo proceso de atención sigue la siguiente metodología en la recepción del paciente en el área de urgencias y su ingreso al triaje.) (9)

1. El paciente, al llegar al servicio de urgencias será recibido por el personal administrativo asignado, que será el que plasmara toda la información en el formato “*Triage y Nota Médica Inicial*” con el registro de la hora de llegada (hora cero).

2. El paciente será dirigido al área de clasificación de pacientes triaje, donde será atendido por el personal de salud, enfermera asignada para su valoración clínica inicial.

3. El personal de salud asignará al paciente un color de acuerdo al nivel de gravedad.

4. Los pacientes clasificados en color rojo o naranja serán atendidos inmediatamente en el área de choque.

5. Los pacientes clasificados en color amarillo pasarán a la sala de espera exclusiva para ellos y esperarán 30 minutos o menos para su atención médica.

6. El personal de salud ofrecerá a los pacientes clasificados en azul y verde la opción del envío a su Unidad de Medicina Familiar (UMF). Si el paciente no acepta esta opción deberá esperar para la atención médica en primer contacto del servicio de urgencias. Los pacientes clasificados en color verde deberán esperar aproximadamente 120 minutos y los pacientes clasificados en color azul 180 minutos para su atención. Una vez concluida la clasificación, el paciente o familiar entregará a la asistente médica el Carnet de Citas a fin de realizar su registro. Asimismo, la asistente médica solicitará los datos básicos de contacto, incluyendo su número de seguridad social.

7. La asistente médica consultará la vigencia de derechos en el sistema de consulta del hospital. En caso de no encontrarse en el sistema, enviará al paciente, familiar o representante legal al área de archivo clínico para la consulta de derechos.

8. El paciente será referido para asistencia de primer contacto para recibir atención médica y definir su destino: alta a domicilio, ingreso a observación regular o ingreso a observación intermedia en urgencias.

9. Si el paciente es ingresado al área de observación intermedia permanecerá un máximo de 3 horas antes de ser egresado del servicio de urgencias, a su domicilio o a la unidad médica familiar correspondiente.

10. Si el paciente decide ser ingresado al área de observación regular, permanecerá un máximo de 12 horas antes de ser canalizado a hospitalización, quirófano (cirugía), traslado a otra unidad médica o alta domiciliaria. (9)

1.5.2 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de acuerdo a la Estrategia Nacional de Fortalecimientos en el Servicio de Urgencias en el año 2007 aplica un modelo de Triage estandarizado que utiliza “*el semáforo de vida*”, la aplicación de este modelo permite identificar a los pacientes críticos y graves, de los

que no requieren atención inmediata, de tal manera se podrá otorgar seguridad y oportunidad en la atención médica, ayudando a limitar daños y complicaciones. (10)

Al realizar este modelo de atención se pretende cumplir con el objetivo de “*clasificar a los pacientes que solicitan atención de urgencias de acuerdo a su estado clínico para detectar al paciente más grave*”, permitiendo diferenciar las urgencias reales o sentidas, generando oportunidad en la atención del paciente crítico y grave, limitando el daño, y así disminuir los tiempos de atención y espera. (10)

Desarrollando así los principales puntos de atención:

1. Valoración inicial o Triage: clasifica la prioridad de atención acorde al estado clínico y asigna un espacio de atención.
2. Valoración secundaria: pacientes que requieren una evaluación clínica integral y pueden ser controlados de manera ambulatoria.
3. Unidades de decisión clínica: ingreso de pacientes para realización de procedimientos terapéuticos.
4. Salida a los espacios hospitalarios: se proporciona formato de referencia de atención médica a primer contacto.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, maneja una plataforma en la cual realiza sus registros a nivel nacional y federal llevando un control interno de atención al derechohabiente, datos generales como número de seguridad social, nombre, edad, sexo, fecha y hora de atención, hora de inicio de llegada al servicio, hora valoración, clasificación por nivel de gravedad y clasificación con escala de colores.

Tabla 5. Modelo triaje ISSSTE.

Triage nivel 1	Triage nivel II	Triage nivel III	Triage nivel IV	Triage nivel V
Resucitación	Emergencia	Urgencia mayor	Urgencia menor	No urgencia
0 minutos	15 minutos	30 minutos	60 minutos	120 minutos

Fuente: Estrategia Nacional de Fortalecimiento en los servicios de Urgencias con foco en el procedimiento de Triage para la entrada al servicio. (10)

El mayor índice de asistencia en los servicios de urgencias que se registran en la institución del ISSSTE, son trabajadores con derechohabencia por lo que cuentan con número de folio para recibir asistencia médica, estos pacientes tendrán que pasar por diferentes filtros antes de recibir la atención requerida.

1. Tendrán que hacer su registro administrativo en el área de admisión urgencias con el personal asignado. Sí existe un nivel de prioridad I y II la atención será inmediata. Ingresa al área de reanimación, unidad de cuidados intensivos, quirófano, según prioridad.

2. Pasaran a un primer filtro donde el personal de enfermería tomara constantes vitales y realizara la primera valoración.

3. De acuerdo a esto se asignará el área correspondiente los pacientes con prioridad de atención nivel III, IV y V seguirán los protocolos de atención de la institución y el tiempo de espera sugerido, para la asistencia médica y tratamiento, hospitalización si se requiere, alta del servicio o envió a unidad médica familiar correspondiente. (10)

1.5.3 Servicios de Salud de Morelos. (SSM)

Por su parte Servicios de Salud de Morelos, al ser un organismo descentralizado otorga atención a la población en general por lo que se apoya en la Guía de Práctica clínica la cual sugiere se realice un Triage de 3 niveles de atención en los servicios de urgencias, esperando cumplir con los siguientes objetivos: (11)

1. Categorizar la atención del paciente en una urgencia calificada.
2. Identificar los factores de riesgo para categorizar la urgencia calificada.
3. Priorizar al paciente para asignar el área correspondiente para su atención, sala de reanimación, sala de observación o primer contacto (consultorios).

Tabla 6. Modelo triaje GPC, SSM.

Nivel I	Clasificación rojo	I. Emergencia	Atención inmediata < 10 minutos
Nivel II y III	Clasificación amarillo	II. Urgencia calificada	Atención mediata de 30 a 60 minutos
Nivel IV y V	Clasificación verde	III. Urgencia no calificada	Atención sin estándar de tiempo

GPC Triage hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias adultos para segundo y tercer nivel (11)

El proceso de asignación de prioridad cuenta con las siguientes acciones que no debe sobrepasar más de 5 minutos para proporcionar atención.

1. Realizar evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación.
2. Motivo de la urgencia. Debe ser específica que identifique de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta.
3. Evaluar los signos vitales del paciente.

4. Asignación del área de tratamiento dentro del servicio de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente.

Estableciendo 3 niveles de prioridad organizados de mayor a menor complejidad los cuales se describen a continuación.

Prioridad I. Emergencia: Pacientes que presentan una situación eminente que amenaza la vida o la integridad de un órgano o extremidad si no se proporciona atención médica inmediata; también se incluye en esta categoría el paciente con dolor extremo y pacientes con aspecto de gravedad o descompensación.

Prioridad II y III Urgencia: Pacientes con estabilidad respiratoria, hemodinámica y neurológica, con evidencia de enfermedad, factores de riesgo identificados, y cuyo problema si bien en ese momento no tiene aspecto de gravedad, si representa riesgo de inestabilidad y/o complicación.

Prioridad IV y V Urgencia no clasificada: paciente con estabilidad respiratoria, hemodinámica y neurológica, con aspecto saludable y sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación. (11)

Los principios fundamentales en la ejecución del sistema triaje de acuerdo a lineamientos y protocolo en SSM son:

1. Todos los pacientes que soliciten atención médica por Traumatismo Craneoencefálico deben ser evaluados por un miembro entrenando el grupo médico dentro de los primeros 15 minutos de llegada al servicio de Urgencias
2. El binomio enfermera- médico es el personal indicado para realizar el triaje.
3. El médico es la persona indicada para realizar el Triage en los pacientes cardiópatas.
4. Se recomienda analizar la forma en que se ha clasificado y atendido al paciente para aumentar índices de calidad.
5. La categorización del Triage debe modificarse dependiendo del estado de conciencia del paciente por medio del uso de escalas como la de Glasgow.

6. El Triage se basa en la evaluación de signos vitales, condiciones de vida, intervenciones terapéuticas y evaluación dinámica. (11)

Tabla 7. GPG Triage hospitalario.

Modelo triaje		
Rojo emergencia	Amarillo urgencia	Verde no calificada
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 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.	Condiciones que el paciente considera como prioritaria, pero que no pone en peligro su vida. Situaciones médico-administrativas y médico legales, no existe un tiempo límite para su atención.

Fuente: GPC Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel. (11)

Los SSM al realizar la ejecución del sistema triaje de manera multidisciplinaria donde interactúa enfermería y el medico como primer contacto con el paciente, tienen que cumplir con los protocolos basados en la guía de práctica clínica, para poder otorgar una atención de calidad de manera eficiente de acuerdo a la prioridad asistencial que se solicita.

Tabla 8. Actividades del triaje.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
Médico en el área de clasificación Triaje del servicio de urgencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe y saluda al paciente y/o familiar o persona legalmente responsable. 2. Realiza el interrogatorio directo al paciente o indirecto al familiar o persona legalmente responsable y la inspección del habitus exterior del paciente para clasificar la urgencia y establecer el motivo de consulta.
Enfermera General o auxiliar de enfermería general	Saluda al paciente y realiza la toma de signos vitales (tensión arterial, temperatura corporal, frecuencia respiratoria y cardiaca).
Médico en el área de clasificación del servicio de Urgencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clasifica al paciente de acuerdo a la prioridad con que requiere la atención médica, asigna un nivel y color: Emergencia rojo Urgencia calificada amarillo Urgencia no calificada verde
Paciente clasificado en rojo	Área asignada: Unidad de Reanimación o Sala de Trauma Choque
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Activa la alerta roja e ingresa en forma directa al paciente al área de reanimación 2. Avisa al personal de admisión y/o trabajo social e iniciar el procedimiento para el control de valores y ropa, así como registro de pacientes que son atendidos en los Servicios de Urgencias y Hospitalización.
Paciente clasificado en amarillo	Área asignada: Área de observación de urgencias.
Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, sobre su estado de salud y el tiempo de probable espera para recibir su consulta o lo pasa al área de observación. 2. Indica al familiar o persona legalmente

responsable para proporcionar datos en admisión de urgencias para su registro.

Paciente clasificado en verde	Área asignada: Sala de Espera del Área de urgencias.
-------------------------------	---

Médico en el área de clasificación del Servicio de Urgencia	Informa al paciente, familiar o persona legalmente responsable, de su estado de salud y el tiempo de probable de espera para recibir su consulta.
---	---

Fin del procedimiento

Fuente: GPC Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel. (11)

1.6 Antecedentes de enfermería en la ejecución del triaje

Enfermería surge como profesión en el siglo XIX con Florence Nightingale en los campos de batalla en la Guerra de Crimea reclutando a un grupo de 40 mujeres para atender a los heridos a las afueras de Estambul y más tarde estableció el programa de formación de enfermería en el Hospital de Saint Thomas de Londres.

Nightingale introdujo los principios éticos de la fidelidad y la veracidad, lo que significa respeto y compromiso, fidelidad a los intereses de los pacientes que se atienden por encima de cualquier otro interés, siempre que no interfieran con los derechos de otros.

Nightingale señaló a la enfermería como la persona que ayuda al paciente o persona que sufre, viviendo el proceso de una enfermedad, abarcando los cuidados autónomos y en colaboración que se proporciona a personas de todas las edades, grupos y comunidades, enfermos y sanos, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Nightingale *“definía la enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud y definía salud diciendo que la salud es no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos,”* desencadenando así la utilización empírica del triaje como priorización de atención de acuerdo a la necesidad que tenían los soldados de guerra. (12)

1.7 Enfermería y el triaje en la actualidad

La Organización mundial de la salud (OMS) define enfermería como parte integral del sistema de salud, la cual proporciona la atención autónoma a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, aplica conocimientos en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención otorgada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Enfermería reconoce cuatro deberes fundamentales, promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Son esenciales en la profesión de enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida, la libre elección de atención, la dignidad y a ser tratado con respeto.

Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan deferencia de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Las funciones de enfermería se pueden describir por el grado de dependencia hacia otros profesionales, según este criterio existen diferentes intervenciones de enfermería las cuales son:

1. Funciones independientes o propias: Son las acciones que el profesional de enfermería realiza en el cumplimiento de las responsabilidades propias de la profesión para la cual está capacitada y autorizada.
2. Funciones derivadas: Son las acciones que realiza el profesional de enfermería, por delegación de otros profesionales principalmente por el médico
3. Funciones interdependientes: Son las acciones que realiza el profesional de enfermería en colaboración con el resto del equipo de la salud.

Actualmente enfermería se ha convertido en un elemento básico en la ejecución del sistema triaje estructurado en los servicios de urgencias, el rol del profesional de enfermería es fundamental para el buen funcionamiento del triaje, enfermería proporciona la atención inicial de los servicios de urgencia, de esta manera la percepción del paciente ha superado las expectativas de calidad y confiabilidad al

solicitar asistencia, estas variables dependen de la valoración efectuada por enfermería, que no solo contempla el recibimiento, la recopilación de información, sino que también interfiere con un pensamiento crítico, autónomo e independiente para poder asignar de manera correcta el área en los servicios de urgencias según corresponda la priorización de atención. (12)

1.7.1 Funciones de enfermería en el triaje.

El personal de enfermería asignado en el área de triaje en los servicios de urgencias hospitalarios deberá conocer los protocolos de atención de acuerdo a la institución donde se desempeñe para poder así realizar de manera efectiva la clasificación del triaje, donde podrá realizar las siguientes actividades de manera rápida y oportuna. (12)

1. Recepción del paciente, una vez que ha sido identificado en el servicio de admisión.
2. Valoración inicial, como fue su llegada al servicio, deambulando, en servicio de ambulancia, acompañado, nivel de conciencia, recopilar datos objetivos y subjetivos que pueda proporcionar el paciente o su familiar.
3. Entrevista: consiste en la realización de una serie de preguntas relativas al motivo de consulta y antecedentes previos, para intentar definir la gravedad del cuadro, así como añadir posibles alergias y medicación implicada en el proceso, se trata de obtener la mayor información en el menor tiempo posible.
4. Inspección del estado general del paciente, respiración, circulación, estado neurológico, etc.
5. Toma de constantes vitales, tensión arterial. frecuencia cardiaca. frecuencia respiratoria, temperatura, toma de glucosa rápida, en algunos casos realización de electrocardiograma, proporcionar los cuidados básicos de enfermería.
6. No se realizan técnicas de enfermería en la sala de Triaje, excepto en situaciones de emergencia.
7. El tiempo empleado para este proceso suele ser inverso a la gravedad.
8. Establecer la prioridad de atención de acuerdo al nivel de urgencia o gravedad, siguiendo protocolos de actuación del triaje en los servicios de urgencias. (12)

1.7.2 Influencia positiva del triaje ejecutado por enfermería.

El sistema de triaje estructurado realizado por el profesional de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios se ha diferenciado al ofrecer mejoría de calidad en el servicio ya que los pacientes se muestran satisfechos y dispuestos a esperar el tiempo indicado para su valoración y clasificación, los pacientes se sienten seguros con la información que les proporciona el personal de enfermería acerca de su patología, y continuidad en su tratamiento, comentan que la atención que proporciona enfermería les produce confianza disminuyendo su nivel de ansiedad, además de que agiliza la atención de una manera rápida y oportuna. (6) (4)

1.8 Teórica de enfermería

Florence Nightingale, nació en Florencia Italia en el año de 1820, su padre fue William Edward Short y su madre Francés Smith, el apellido Nightingale nace después de recibir una herencia de un consanguíneo con fortuna, durante su infancia, recibió clases de matemáticas, idiomas, religión y filosofía, que posteriormente influyeron en el desarrollo de su teoría de enfermería. (13)

Desde temprana edad ella consideraba que estaba preparada para ser más que una mujer dedicada al hogar, ella percibía que tenía la necesidad de proporcionar ayuda a las personas más necesitadas, en esta época eran los soldados de guerra, sus padres no estaban de acuerdo con su elección para ellos el ser enfermera era equivalente a ser “*ayudante de cocina*” para una mujer de su clase y educación.

En el año de 1853-1856 en la guerra de Crimea al proporcionar atención a los soldados de guerra es testigo de la precaria atención médica y las malas condiciones de salubridad por lo que Florence al disponer de recurso financiero, solicitó la construcción de un hospital prefabricado, fue ahí donde creó normas de higiene para la prevención y propagación de enfermedades al percatarse que no existía un manejo adecuado de higiene al tocar un paciente y atender al mismo tiempo a otro, es así como surge el lavado de manos, fue también en este hospital donde se ganó el sobre nombre de “*la dama de la lámpara*” debido a sus visitas nocturnas entre los soldados hospitalizados

para asegurarse de que todo estuvieran organizados de manera adecuada, que estuvieran tranquilos y confortables, llevando como iluminación una lámpara de aceite. (13)

Si bien Florence Nightingale ha sido denominada como “La dama de la lámpara”, después de su participación en la guerra de Crimea, también debería haber sido reconocida como la “Precursora de la estadística aplicada”, ella utilizó un tipo de gráfico creado originalmente por André-Michel Guerry en 1829, el cual era un gráfico cíclico figurando las manecillas de un reloj, donde se registraban el número de nacimientos y defunciones de los recién nacidos para obtener datos más precisos de mortalidad infantil, posteriormente profundizó en el análisis de estos datos y gráficos en un artículo publicado en 1858 “*A contribution to the sanitary history of the British Army during the late war with Russia*” (Una contribución a la historia sanitaria del ejército británico durante la última guerra con Rusia), con un gráfico modificado conocido como el gráfico de Florence o “**La Rosa de Nightingale**” el cual creo para comunicar las inexistentes políticas de salubridad en esa época, donde se producían el doble de muertes por causas predecibles en comparación de causas derivadas de la guerra, utilizando por primera vez la clasificación por color. La serie de datos que graficó Florence, fueron las causas de muertes o índices de morbilidad entre 1854 y 1856 durante la guerra de Crimea, describiéndolos de la siguiente manera: (13)

Tabla 9. Florence Nightingale.

Azul	Número de muertes causadas por enfermedades infecciosas
Rojo	Número de muertes por heridas.
Negro	Número de muertes por otras causas

Fuente: Florence Nightingale, la enfermería y la estadística otra mujer fantástica. (13)

1.8.1 Conceptos de la disciplina según la teoría de Florence Nightingale

Enfermería:

Para Nightingale, toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas. Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia, las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno.

Persona:

Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente, controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. Ella hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre las elecciones y las conductas personales. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social

Salud:

Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona, contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención

Entorno:

describe entorno como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”, aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación.

(13)

Sus aportes dentro de la enfermería se consideran en dos niveles:

1. En el ámbito general de la disciplina, inició la búsqueda de un organismo de conocimiento propio, organizó la enseñanza y la educación de la profesión, inició la investigación en enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina.
2. En el ámbito particular organizó la enfermería militar y fue la primera en utilizar la estadística, y el concepto de higiene dentro de la profesión. (13)

1.9 Marco legal

1.9.1 Artículo 4º Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El estado de Morelos de acuerdo al artículo 4º de la Constitución política de los estados unidos mexicanos garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud comprometiéndose a otorgar atención sin discriminación alguna por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica o condiciones de salud. (art.4 constitucional)

La accesibilidad y oportunidad de la atención en salud es un derecho, el incumplimiento de estas características en la atención que se realiza en los servicios de urgencias, puede generar riesgos de eventos adversos en el paciente como retraso en el diagnóstico de una enfermedad, retraso en el inicio del tratamiento especializado, fallecimientos, o complicaciones. (14)

Para hacer valer el derecho a la salud deberá contar por lo menos con tres características:

1. Universalidad: *“derivada conceptualmente del carácter del derecho fundamental del derecho y protección a la salud a toda persona”.*
2. Equidad: *“Garantizar el derecho sin discriminación alguna.”*

3. Calidad: “Otorgar un servicio que logre satisfacer las necesidades del usuario “

1.9.2 Ley General de Salud.

La ley general de salud que reglamenta el derecho a la protección de la salud en sus artículos 2º, 27, 35, 51, 37, 77. Hace referencia de que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al sistema de protección social en salud sin importar su condición social. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y recibir atención profesional éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios.

La atención médica, se enfoca a la prevención y el control de enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y accidentes, considerando servicios básicos de salud las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán los siguientes derechos:

1. Recibir servicios integrales de salud.
2. Acceso igualitario a la atención.
3. Trato digno, respetuoso y atención de calidad.
4. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud, sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
5. Decidir libremente sobre su atención.
6. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.
7. Ser tratado con confidencialidad.
8. Recibir atención médica en urgencias.

9. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica.

Todos los prestadores de servicios de salud independientemente de esta clasificación tienen la obligación de atender todos los casos de urgencias hasta su estabilidad en forma gratuita sin perjuicio de su posterior remisión a otra institución. (15)

1.9.3 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

El profesional de enfermería para cumplir con los requisitos que se le solicitan para ejercer sus funciones se rige de acuerdo NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, la cual especifica que enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, la formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios.

Dicha norma en sus diferentes apartados realiza la clasificación de las funciones de enfermería de acuerdo con sus prestaciones de servicio de manera independiente o dependiente, la cual propone que, para mejor efectividad de calidad en la atención, el nivel de complejidad y actuación dependerá del nivel educativo de la misma. (16)

1.9.4 Código de Ética de Enfermería.

La enfermera tiene que actuar con los principios éticos que ha adquirido dentro de su formación, tiene la responsabilidad legal por las acciones, decisiones y criterios que aplica en la atención proporcionada, por lo cual se considera una profesión independiente con el único fin de otorgar los cuidados necesarios. (17)

Los profesionales de enfermería, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:

1. Principio de beneficencia: Se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.
2. Principio de la no maleficencia: Se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.
3. Principio de la justicia: Encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.
4. Principio de autonomía: Se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar, el principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son, el mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin imposición, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. (17)

1.9.5 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

Al ser para el Sistema Nacional de Salud uno de sus principales objetivos el garantizar atención médica a la población que lo demande, los servicios de urgencias en los sectores, público, social y privado son los que presentan en los últimos años el mayor índice de demanda asistencial, por lo cual para que la atención médica de urgencias se proporcione con calidad y seguridad, es necesario que cuenten con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, que dispongan de criterios claros y homogéneos que les permita otorgar atención inmediata para limitar la progresión de la enfermedad o daño físico que ponga en riesgo la vida, órgano o función del solicitante.

Esta norma tiene por objetivo, determinar los requerimientos mínimos de infraestructura física y equipamiento, los criterios de organización y funcionamiento del servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica.

Señalando también las características del personal profesional y técnico del área de la salud, destacando la obligatoriedad de contar con personal médico especializado en urgencias, profesional de enfermería a nivel licenciatura y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los servicios de urgencias son instalaciones que deben proporcionar atención oportuna y de calidad, el personal que proporcione la atención inicial es capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente, de establecer prioridades y proporcionar un tratamiento adecuado en el usuario con una patología urgente, esto se realiza bajo un sistema de clasificación denominado triaje. El triaje dio inicio en las guerras del ejército de Napoleón, en el año 1799 creado por el Barón Dominique Jean Larrey, en donde la prioridad de atención se otorgaba a los soldados que requirieran asistencia más urgente los cuales deberían ser atendidos lo antes posible.

Con el paso de los años experiencias vividas como desastres naturales, situaciones de contingencia, epidemias, etc., fue en el año 1990 cuando se trata de homologar un proceso de clasificación con protocolos de un triaje estructurado con niveles de priorización el cual se debe de aplicar de forma segura, confiable, pero sobre todo de una manera eficaz.

En la actualidad debido al aumento y envejecimiento poblacional, el incremento de pacientes con enfermedades crónicas, y enfermedades no transmisibles los servicios de urgencias son el principal acceso de atención e ingreso a las instalaciones de unidades hospitalarias, representando uno de los mayores problemas debido a la utilización inadecuada, acrecentando la sobredemanda de atención, hacinamiento en las salas de espera, y agravamiento de pacientes con urgencias reales de salud. Las causas por que el usuario solicita atención es por la disponibilidad de horario (24 horas), cercanía, realización de estudios, atención especializada, referencia de otras unidades, además del buen trato, y calidad en la atención.

Por lo que es importante comprender las dimensiones que abarcan el triaje y saber diferenciar entre lo que se conoce como una emergencia y una urgencia con el fin de realizar una clasificación de forma eficiente. Según la organización de la salud (OMS):

Emergencia:

Una emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata, ya que el riesgo de muerte o secuelas del mismo son elevadas

Urgencia:

Una urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. La urgencia tiene un desarrollo gradual, requiere asistencia sanitaria en un periodo inferior a 6 horas y no es necesario que sea letal.

Sin embargo las normas establecidas imponen la obligación de atender a los pacientes que así lo soliciten sin ninguna restricción, provocando la demanda injustificada por patologías de baja complejidad en estos servicios, por consecuencia los tiempos de espera se prolongan, retrasa el tratamiento y aumenta la mortalidad.

El Hospital General de Cuernavaca proporciona atención en el servicio de urgencias hospitalarias y cuenta con un área de triaje cuya finalidad es clasificar a los pacientes de acuerdo a su gravedad, categorización y tiempo en que deben ser atendidos basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles asegurando una valoración rápida y ordenada de los pacientes a su llegada, utiliza el modelo del sistema triaje Manchester el cual clasifica a los pacientes en 5 niveles de prioridad en atención de la siguiente manera:

Nivel I emergencia (en color rojo). Atención inmediata.

Nivel II y nivel III urgencia (en color amarillo). Atención de 10 a 30 minutos.

Nivel IV y V urgencia no clasificada (en color verde). Atención de 30 a 120 minutos.

La enfermera asignada al servicio es la encargada de realizar la clasificación con protocolos de un triaje teniendo en cuenta la importancia que alcanza el triaje en los servicios de urgencias y las consecuencias de una mala realización del mismo, es fundamental, tanto desde el punto de vista de la gestión enfermera como desde el ámbito asistencial, garantizar que el triaje sea realizado por el profesional que reúnan una serie de características que garanticen la calidad de esta actividad.

Cada año en el mes de enero se realiza el cambio de rol del servicio de enfermería, por lo que el área del triaje se ve afectada en la calidad asistencial, la enfermera asignada no recibe ninguna capacitación previa de los protocolos establecidos y deberá adaptarse de manera inmediata al servicio, tendrá que conocer la clasificación de nivel de prioridad al desarrollar su actividad asistencial, lo cual podría incidir en una valoración incorrecta retrasando el tiempo de atención, y poner en riesgo la salud del paciente al hacer un mal manejo en la clasificación.

Si consideramos que el personal asignado tiene periodos vacacionales, incapacidades por enfermedad y faltas por problemas personales el área del triaje se cubre por personal de nuevo ingreso que tampoco tiene conocimiento previo de las actividades que se deben realizar en la ejecución de un triaje para que este sea efectivo.

Por lo que es necesario que todo el personal de enfermería sea competente y se capacite continuamente para que el servicio de urgencias pero, sobre todo el área del triaje no se vea afectado en su calidad asistencial.

De lo anterior surge la pregunta:

¿Qué importancia tiene que enfermería ejecute el protocolo de estandarización del triaje para mejorar la calidad asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios?

CAPITULO III. JUSTIFICACIÓN.

Los Servicios de salud de Morelos, han trabajado desde hace algunos años en las áreas de urgencias con el sistema triaje, con la finalidad de disminuir la percepción en general que tienen los usuarios de los servicios de urgencias que refleja: deficiencia en la atención, tiempos de espera prolongados para la atención de una enfermedad percibida como urgencia e insatisfacción de los usuarios.

Por tal motivo en el Hospital General de Cuernavaca Dr. José “G” Parres surge como necesidad contar con un modelo de triaje para implementarlo en el servicio de urgencias como estrategia de un instrumento confiable que facilite y permita determinar la complejidad del padecimiento de tal forma que en una situación de saturación de las salas de urgencias los pacientes más urgentes son tratados primeros y el resto son controlados y revaluados continuamente hasta que su valoración por el médico.

Los servicios de urgencias tratan de controlar el riesgo de los pacientes a través de sus necesidades individuales (riesgo para su vida, su salud física y su salud fisiológica) interviniendo de forma eficiente con apoyo de los recursos humanos, sanitarios y tecnológicos necesarios para resolver su complejidad y dar una respuesta adecuada a la expectativa de los pacientes en el tiempo más corto posible, a través de la implementación del triaje estableciendo criterios y procesos específicos de atención que puedan reducir la morbi-mortalidad del usuario independientemente de la institución que lo reciba, para favorecer la efectividad, seguridad y calidad de atención, es necesario homologar los criterios de atención en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud manejando la misma escala de gravedad, que permita establecer prioridades, asegurando que se reciba una atención eficaz, oportuna y adecuada procurando disminuir así secuelas, limitar el daño y acortar el tiempo de convalecencia.

Los objetivos del Triage son:

- a) Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando aquellos que requieren atención inmediata.
- b) Seleccionar y clasificar a los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución.
- c) Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidades de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias.
- d) Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y su familia a entender en que consiste la clasificación del Triage.

Logrando estos objetivos los servicios de urgencias podrán otorgar:

- a) Atención oportuna de acuerdo a la severidad de cada caso disminuyendo la posibilidad de complicación para los pacientes que se encuentren en la sala de espera.
- b) Reducción de los tiempos de espera disminuyendo la congestión del servicio.
- c) Definición médica de la atención y orientación al paciente para el uso adecuado del servicio de urgencias.

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) menciona que el personal de enfermería es el indicado para ejecutar un triaje seguro y eficiente, ya que asegura una asistencia de atención con nivel y calidad adecuada de acuerdo, a necesidades clínicas optimizando recursos en los servicios de urgencias.

El perfil ideal de un profesional de enfermería con función de Triage será: empatía, tacto y paciencia, organización, experiencia y juicio clínico, capacidad de tomar decisiones y buena comunicación. Además, deberá tener una formación específica en urgencias y áreas críticas, formación teórico-práctica del modelo de triaje a utilizar, y en algunas instituciones experiencia mínima profesional de un año en un servicio de urgencia

hospitalaria y 6 meses de experiencia en urgencias en el hospital donde realizará el triaje.

Es importante que enfermería adquiera la habilidad de trabajar en equipo, puesto que la atención de un paciente que llega a los servicios de urgencias requiere la intervención de varios profesionales, con el fin de brindar una atención integral, confiable y de calidad. El triaje se realiza de manera multidisciplinaria, enfermería es el primer contacto y determina la necesidad de los pacientes y posterior se realiza una segunda clasificación con el apoyo de un médico que definirá el diagnóstico, tratamiento inmediato, pruebas complementarias, ubicándolos así de manera acertada de acuerdo a prioridad de atención.

Es imprescindible que enfermería siendo el primer contacto de atención conozca los protocolos de triaje estructurado por niveles de atención que se proporcionan en las áreas de urgencias, en específico en la atención de la población del Hospital General de Cuernavaca, identificando las áreas de oportunidad que permitan mejorar la asistencia, calidad y seguridad de atención y en consecuencia minimizar los posibles riesgos que contribuyan en la falla afectando la salud por una mala clasificación.

CAPITULO IV. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Diseñar una propuesta para mejorar la calidad asistencial a través de un sistema triaje estandarizado en los servicios de urgencias hospitalarios.

Objetivos específicos:

1. Identificar los protocolos estandarizados internacionales y nacionales del sistema triaje en los servicios de urgencias.
2. Analizar la importancia de actuación en el proceso de atención con el manejo del sistema triaje estandarizado en el área de urgencias hospitalarias.
3. Capacitar al personal de enfermería involucrado en el área de triaje, reforzando el conocimiento, las habilidades y la destreza en la ejecución del triaje.

CAPITULO V. PROPUESTA A IMPLEMENTAR.

Propuesta para la mejora en la calidad asistencial a través de la estandarización del triaje en los servicios de urgencias hospitalarios.

La investigación se desarrollará a través de un estudio cuantitativo, observacional, que se realizará en el Hospital General de Cuernavaca Dr. José "G" Parres, en el área del triaje del servicio de urgencias hospitalarios, en los diferentes turnos, matutino, vespertino, nocturno A y B, jornada acumulada diurna y nocturna, durante el periodo de junio del 2020 a enero del 2021, la cual se efectuará en tres etapas:

Etapas 1:

Se identificarán las habilidades cognitivas de la ejecución y estandarización del triaje del personal de enfermería a través de un cuestionario que consta de diez preguntas básicas de conocimiento del protocolo del triaje estructurado que se aplica en el HGC.

El cuestionario se aplicará con previa carta de consentimiento informado, al personal de enfermería asignado al área del triaje de manera personal después de su jornada laboral, instruyéndolos sobre el llenado del cuestionario con un tiempo estimado de 15 minutos para su resolución.

Concluida la aplicación de la carta de consentimiento informado y cuestionario estos serán resguardados con el fin de respetar la confidencialidad de los participantes.

Las preguntas se evaluarán de acuerdo a una escala prevista por el investigador asignado un punto para la respuesta correcta, no asignándose puntos si la respuesta es incorrecta, del puntaje total se obtendrá la medida de puntuación como referencia para comparar con la evaluación posterior a la intervención educativa.

Etapa 2:

Se implementará la intervención de capacitación diseñada para fortalecer las habilidades cognitivas del personal de enfermería en la estandarización de protocolos del sistema triaje, la cual se impartirá los días sábados para los turnos matutino, vespertino y nocturno A y B y los días miércoles y viernes para el turno de jornada acumulada, los cuales se distribuirán de la siguiente manera:

Sesión 1.

Constará de 3 horas integrada por exposición de temas como: importancia de la estandarización de protocolos del sistema triaje en los servicios de urgencias, (1 hora) impartida por el investigador, ejecución del sistema triaje por enfermería (1 hora) impartida por la enfermera especialista en cuidados de paciente crítico del turno matutino, calidad asistencial en los servicios de urgencias (1 hora) impartido por la enfermera coordinadora de calidad.

Sesión 2.

Constará de 3 horas integrada por exposición de temas como: diferencia entre urgencia y emergencia (1 hora) impartido por el medico urgenciólogo del servicio de urgencias del turno matutino, niveles de prioridad del triaje y clasificación de acuerdo a gravedad (1 hora) impartido por la enfermera especialista en urgencias del turno vespertino, clasificación del triaje por colores y tiempo de espera para la atención (1 hora) impartido por el médico residente del servicio de urgencias.

Sesión 3.

Constará de 3 horas integrada por exposición de temas como: GPC triaje hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias adultos para el segundo y tercer nivel de atención (1 hora) impartido por la enfermera coordinadora de enseñanza, manejo del formato triaje de enfermería (1 hora) impartido por la enfermera coordinadora del servicio de urgencias, triaje y enfermería (1 hora) impartido por el investigador.

Al término de cada sesión se aplicara un cuestionario de evaluación y posterior se entregaran las constancias de participación que otorgará la jefatura de enfermería a traves de la coordinación de enseñanza del Hospital General de Cuernavaca.

Intervención educativa.

Objetivos.

Objetivo General:

Fortalecer el nivel de habilidades cognitivas del personal de enfermería mediante la realización de una intervención educativa en la estandarización del triaje del servicio de urgencias para la mejora de la calidad asistencial del HGC.

Objetivos Específicos:

1. Implementar una intervención educativa en la estandarización del triaje al personal de enfermería del HGC.
2. Evaluar el cambio en las habilidades cognitivas, comparando los resultados de inicio y los resultados posteriores a la intervención.

Estrategias.

Las estrategias a proponer son las siguientes:

- Presentación del proyecto de investigación a las autoridades del Hospital General de Cuernavaca Dr. José “G” Parres para dar a conocer la problemática actual y generar un compromiso para fortalecer las habilidades cognitivas en la estandarización del triaje en los servicios de urgencias hospitalarios por parte del personal de enfermería.
- Planeación con la coordinación de enseñanza y coordinación de calidad de enfermería para programación de actividades generando el compromiso de cumplir en tiempo y forma.
- Identificar los recursos humanos y materiales para el desarrollo del curso taller programado tomando en cuenta a facilitadores, material didáctico, equipo en condiciones óptimas, lugar apropiado y permisos autorizados del personal que participará.

Límites de espacio y tiempo.

La intervención educativa se realizará durante el periodo de junio del 2020 a enero del 2021, se impartirá a personal de enfermería que labore en Hospital General de Cuernavaca.

Apoyo a políticas, planes y programas.

De acuerdo al Plan de Desarrollo Nacional 2013-2018, la segunda meta internacional es lograr un México incluyente con la estrategia de asegurar el acceso de salud a través de la primera línea de acción donde refiere que debe garantizarse el acceso y la calidad

de los servicios de salud a los mexicanos con la independencia de su condición social y laboral.

Derivado de esto, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 menciona seis objetivos prioritarios que son:

- 1) Considerar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- 2) Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
- 3) Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
- 4) Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
- 5) Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
- 6) Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Las líneas de acción para alcanzar dichos objetivos son:

- a) Consolidar las acciones en materia de calidad.
- b) Guías de práctica clínica, manuales.
- c) Lineamientos para estandarizar la atención en salud.
- d) Fomentar embarazos saludables, un parto y un puerperio sin riesgo.

Componentes y actividades generales del proyecto.

La intervención educativa comprende la fase 2 del trabajo de investigación, diseñada para fortalecer las actividades cognitivas del personal de enfermería en la estandarización del sistema triaje en los servicios de urgencias hospitalarios, haciendo hincapié en los temas con mayor deficiencia detectados en la evaluación diagnóstica.

Tabla 4. Carta descriptiva de la intervención educativa.

Sesión 1	Actividad académica	Tema	Objetivo	Recursos materiales	Tiempo	Ponente
	Exposición del tema.	Importancia de la estandarización de protocolos del sistema triaje en los servicios de urgencias	Fortalecer habilidades cognitivas del personal de enfermería de la estandarización del triaje.	Proyector laptop	1 hora	
	Exposición del tema.	Ejecución del sistema triaje por enfermería	Fortalecer habilidades cognitivas del personal de enfermería de la estandarización del triaje.	Proyector laptop	1 hora	Enfermera especialista en cuidados de paciente crítico del turno matutino,
	Exposición del tema.	Calidad asistencial en los servicios de urgencias	Fortalecer habilidades cognitivas del personal de enfermería de la estandarización del triaje.	Proyector laptop	1 hora	Enfermera coordinadora de calidad.

Sesión 2	Exposición del tema.	Diferencia entre urgencia y emergencia	Fortalecer habilidades cognitivas del personal de enfermería de la estandarización del triaje.	Proyector laptop	1 hora	Medico urgenciólogo del servicio de urgencias del turno matutino
	Exposición del tema.	Niveles de prioridad del triaje y clasificación de acuerdo a gravedad.	Fortalecer habilidades cognitivas del personal de enfermería de la estandarización del triaje.	Proyector laptop	1 hora	Enfermera especialista en urgencias del turno vespertino
	Exposición del tema.	Clasificación del triaje por colores y tiempo de espera para la atención.	Fortalecer habilidades cognitivas del personal de enfermería de la estandarización del triaje.	Proyector laptop	1 hora	Médico residente del servicio de urgencias.
Sesión 3	Exposición del tema.	GPC triaje hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias adultos para el segundo y tercer nivel de	Fortalecer habilidades cognitivas del personal de enfermería de la estandarización del triaje.	Proyector laptop	1 hora	Enfermera coordinadora de enseñanza,

atención.

Exposición del tema.	Manejo del formato triaje de enfermería	Fortalecer habilidades cognitivas del personal de enfermería de la estandarización del triaje.	Proyector laptop	1 hora	Enfermera coordinadora del servicio de urgencias
Exposición del tema.	Triaje y enfermería		Proyector laptop	1 hora	

Estudio de factibilidad.

Factibilidad técnica:

Para el desarrollo de la intervención educativa se solicitará la autorización del Hospital General de Cuernavaca, así como de la coordinación de enseñanza e investigación, la jefatura de enfermería. Deberá ser aprobada y conocida por las autoridades del hospital para que proporcionen el apoyo necesario de acuerdo a sus posibilidades.

Factibilidad financiera.

Para esta intervención educativa existe un presupuesto asignado por la responsable para solventar el material didáctico, gastos de alimentación, transporte y reproducción de material, y la institución cuenta con aulas y material audiovisual.

Tabla 2. Presupuesto para la implementación educativa.

Insumos	Descripción	Costo real	Costo estimado
Aula	Por día \$ 1.000	0.00	\$ 5.000
Ponentes	Internos	0.00	\$ 6.000
Viáticos		0.00.	\$ 1.000
Alimentación		0.00	\$ 3.000
Equipo	Computadora	0.00	\$ 9.000
	Laptop		\$ 8.000
	Cañón		
Papelería	Tinta para impresora	\$ 600	\$ 600
	Hojas blancas	\$ 100	\$ 100
	Bolígrafos	\$ 100	\$ 100
	Folders	\$ 150	\$ 150
	Libretas	\$ 150	\$ 150
Total		\$ 1.100	\$ 33.100

Factibilidad administrativa.

Previo a la realización de esta propuesta de intervención educativa se dará a conocer a las autoridades de la institución la aplicación de los cuestionarios con la posterior realización de la intervención educativa para la capacitación del personal de enfermería a fin de beneficiar tanto al personal y por ende a la institución.

Factibilidad política.

El desarrollar servicios de salud eficiente, de calidad y segura para el paciente son prioridades estipuladas desde el año 2017 en el Plan de Desarrollo. En el mismo se ha mencionado la importancia de generar mayor inversión de infraestructura en desarrollo de recursos humanos con mayor capacitación en la atención , así como incrementar la inversión en capacitación, se plantea una mayor profesionalización en donde se establezca valores como la honradez, legalidad, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de su labor.

Políticamente existen las condiciones para realizar encaminadas a disminuir costos por los días de estancia prolongados por las complicaciones en los diversos padecimientos, pero principalmente en generar calidad en la atención.

Factibilidad legal.

En términos legales la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el artículo 4º donde se establece el derecho de toda persona a la protección de salud, mientras que la Ley General de Salud en el capítulo III establece la importancia de formar, capacitar y actualizar al personal de salud.

Factibilidad social.

La realización de esta investigación y los resultados que arroje contribuirán a que el personal de enfermería genere una mayor conciencia acerca de su práctica profesional, recordando que en esta recae la calidad de atención otorgada al paciente en estado crítico.

Conclusiones sobre el estudio de factibilidad.

Queda a disposición de las autoridades y del personal de enfermería la conclusión de la presente investigación, valorando los efectos en la mejora de la calidad asistencial.

Sistema de control de la ejecución.

Con la finalidad de verificar que las acciones se vayan realizando de acuerdo al programa se deberá supervisar el desempeño del personal que tendrá a su cargo la ejecución de las acciones, y en caso de existir una variación, corregirla o realizar una mayor instrucción. Se establece una serie de formatos como sistema de control de la ejecución de la intervención educativa, que permitirá darle seguimiento a estas actividades.

Los formatos establecidos son los siguientes:

Lista de asistencia.

Se hará el pase de asistencia al personal de enfermería inscrito a la intervención educativa en cada una de las sesiones, tiene como propósito verificar la asistencia de las personas regulares a las actividades, esta lista de asistencia se elaborará cuando se haya formado el grupo de interesados.

Control de temáticas realizadas.

Permitirá conocer el número de personas que están recibiendo la capacitación sobre los protocolos de estandarización del sistema triaje, a fin de incrementar sus habilidades cognitivas a través de los temas durante la intervención educativa.

Reporte de actividades de la intervención educativa.

Este formato se llenará en la supervisión de las actividades de la intervención educativas y lo realizará la responsable del programa.

El sistema de evaluación de la ejecución, propone evaluar la intervención educativa al término del mismo.

Etapa 3.

Se realizará la evaluación posterior a la intervención educativa obteniendo tres mediciones posteriores, la primera a corto plazo que se realizara al término de las sesiones de capacitación, la segunda a mediano plazo tres meses posteriores y la tercera a largo plazo seis meses posteriores a la intervención educativa, obteniendo las medias de cada instrumento de evaluación para posteriormente realizar una comparación de la media obtenida en la evaluación inicial, lo que permitirá conocer la diferencia entre las medias.

Universo de trabajo.

Se incluirá a todo el personal de enfermería del Hospital General de Cuernavaca de todos los turnos, de todas las categorías, asignados al área del triaje de los servicios de urgencias y personal de enfermería interesado en participar en el proyecto.

Población y muestra.

Para la presente investigación, la población de estudio estará constituida por el personal de enfermería de los diferentes turnos que laboré en el Hospital General de Cuernavaca.

Criterios.

Criterios de inclusión.

- Personal de enfermería de ambos sexos de todas las categorías y turnos que laboren en el Hospital General de Cuernavaca.
- Personal que acepte participar en el estudio de investigación.

Criterios de eliminación.

- Personal que no concluya el cuestionario.
- Personal que no asista a la intervención educativa.
- Personal que no complete la intervención educativa.

Recolección de datos.

Se solicitará autorización por escrito a las autoridades del hospital y a la coordinación del área de enseñanza a través de la presentación del estudio, adjuntando el formato de consentimiento informado, así mismo al personal de enfermería que cumpla con los requisitos de inclusión al que se le proporcionará una cordial invitación a ser partícipes de dicho estudio de investigación, se hará hincapié en el mantenimiento de la confidencialidad y anonimato del mismo. Una vez que se obtenga el permiso se procederá a la aplicación del cuestionario para la recolección de datos, mismos que se recolectaran en el servicio de urgencias de dicha institución en los turnos antes mencionados.

Los datos obtenidos se registraran en una base de datos del programa Excel, se obtendrán medidas de frecuencia simple y relativas.

El nivel de habilidades cognitivas se clasificará de acuerdo a la teoría de Patricia Benner catalogando los resultados en cinco categorías de la siguiente manera:

- De 1 a 2 aciertos – principiante.
- De 3 a 4 aciertos – principiante avanzada.
- De 5 a 6 aciertos – competente.
- De 7 a 8 aciertos – eficiente.
- De 9 a 10 aciertos – experta.

Aspectos éticos de la investigación.

Siendo el investigador el responsable de la conducción del estudio en su sitio, asegurándose que dicha investigación se rijan con las directrices que nos señalan las Guías de Práctica Clínica.

Documento de las Américas en sus capítulos 4 y 5.

Así como también los principios éticos que tienen su declaración de Helsinki, descrito a continuación:

Autonomía

Se respetará la libertad de elegir si desean participar o no en el estudio de investigación por medio del consentimiento informado por escrito, respetando la dignidad humana así como sus creencias.

Beneficencia

Se informará al personal de enfermería que le motivo de la investigación es conocer el nivel de conocimientos acerca de la estandarización del sistema triaje en los servicios de urgencias, detectando fortalezas y debilidades, y en base a ello hacer una

intervención educativa de, manera que resulte beneficiado tanto el personal como la institución.

Confidencialidad

Se garantizará que la información que sea recabada no se incluya el nombre u otro dato de evidencie a la persona participante, siendo esta manejada por el investigador de forma discreta y segura.

Justicia

Se actuará con equidad sin distinción de persona procurando actuar en función de la satisfacción de los objetivos planteados tomando en cuenta las necesidades de los participantes.

No maleficencia

En este estudio se prevé que no exista riesgo alguno para el participante manejando los datos obtenidos de manera ética e imparcial y sin el fin de dañar a algún paciente.

Consentimiento informado.

Tanto las Guías de Práctica Clínica, el Documento de las Américas en su capítulo 4, LA NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico definen las directrices para el consentimiento informado, siendo este un documento mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular, después de haber sido informado sobre los aspectos de este que sean relevantes para tome la decisión de participar.

Se elaborará una carta de consentimiento informado, la cual será leída, analizada y autorizada por cada sujeto de estudio para formar parte de la investigación especificando los principios éticos descritos anteriormente. (Anexo 1)

Instrumento de medición.

Descripción:

Se utilizará un cuestionario de evaluación conformado de 10 reactivos de opción múltiple con el fin de determinar las habilidades cognitivas del personal de enfermería en la estandarización del sistema triaje en los servicios de urgencias del Hospital General de Cuernavaca.

Asegurando la privacidad del personal de enfermería durante la aplicación del cuestionario.

Procedimiento:

Se realizará la evaluación diagnóstica con el siguiente procedimiento:

El tiempo requerido para la solución del cuestionario será de 15 minutos.

Se entregará el formato de cuestionario a cada participante.

Se instruirá sobre el llenado del cuestionario.

Se informará que en caso de no conocer la respuesta de la pregunta en cuestión, se recomendará que la deje sin responder.

Una vez concluida la aplicación, los cuestionarios y las cartas de consentimiento informado serán guardados por el investigador para respetar la confidencialidad de los participantes.

Anexo 1. Propuesta de consentimiento informado.

Consentimiento Informado.

Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
Facultad de enfermería.

Cuernavaca Morelos día...mes...año.

Yo..... Autorizo a la Sandra Guadalupe Talabera Garduño estudiante del posgrado en enfermería de la facultad de enfermería del estado de Morelos a realizarme la aplicación del instrumento de recolección de información el cual será de forma confidencial para fines científicos y académicos dentro del marco de la ética.

Firma del participante.

Anexo 2. Propuesta de cuestionario de evaluación.

<p>1. ¿Qué es el triaje?</p> <p>a) El triaje es un método de clasificación y atención de pacientes empleados en los servicios de urgencias que permite evaluar las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.</p> <p>b) Es la clasificación de pacientes de acuerdo a hora de llegada al servicio de urgencias.</p> <p>c) Es la atención que se proporciona a todo usuario de consulta externa.</p>
<p>2. ¿Qué sistema triaje se aplica en su institución?</p> <p>a) El Sistema Español de Triaje (SET)</p> <p>b) El Sistema Manchester (MTS)</p> <p>c) El Sistema de escala de triaje australiano (ATS).</p>
<p>3. ¿Cuántos son los niveles de prioridad en la clasificación de atención del sistema triaje?</p> <p>a) 7</p> <p>b) 3</p> <p>c) 5</p>
<p>4. ¿Cuáles son los niveles de prioridad en la clasificación de atención del sistema triaje?</p> <p>a) Urgencia real, urgencia sentida, emergencia, tiempo de espera, clasificación, resucitación, triaje.</p> <p>b) Resucitación, emergencia, urgente, semi urgente, no urgente.</p> <p>c) Triaje, urgencia, resucitación,</p>
<p>5. ¿Cuáles son los colores del código denominado semáforo de vida?</p>

<p>a) Verde, blanco, rojo.</p> <p>b) Negro, azul, verde.</p> <p>c) Rojo, amarillo, verde.</p>
<p>6. ¿Cuál es el tiempo aproximado de espera para recibir atención en una clasificación con nivel de prioridad I y color rojo?</p> <p>a) De 0 a 10 minutos.</p> <p>b) Atención inmediata.</p> <p>c) De 30 a 120 minutos.</p>
<p>7. ¿Cuál es el tiempo aproximado de espera para recibir atención en una clasificación con nivel de prioridad II y III y color verde?</p> <p>a) Atención inmediata.</p> <p>b) De 30 a 120 minutos.</p> <p>c) 1 hora.</p>
<p>8. ¿Cuál es el tiempo aproximado de espera para recibir atención en una clasificación con nivel de prioridad IV y V y color amarillo?</p> <p>a) De 3 horas</p> <p>b) De 10 a 30 minutos.</p> <p>c) De 30 a 60 minutos.</p>
<p>9. ¿Describa brevemente el concepto de emergencia?</p>
<p>10. ¿Describa brevemente el concepto de urgencia?</p>

Realización propia.

Conclusiones:

El triaje es una intervención que ha ido evolucionando conforme a investigaciones científicas en cuanto a la clasificación y atención de los pacientes, siendo enfermería un profesional competente para su ejecución, ya que cuenta con un juicio clínico para valorar, clasificar y dirigir al paciente hacia el área específica de atención de acuerdo al estado clínico y a los protocolos de atención establecidos en las instituciones de salud. La literatura describe y evidencia que enfermería influye de manera importante en la percepción de atención del usuario en los servicios de urgencias expresando sentirse con mayor satisfacción al ser evaluados por este profesional debido a su amabilidad y buen trato, cumpliendo con los principales objetivos como, mejorar la atención, reducir los tiempos de espera, la saturación de los servicios, y ser un gestor activo en la salud de la población.

Se propone la mejora en la calidad asistencial en los servicios de urgencias adultos a través de la estandarización de protocolos del sistema triaje establecidos en el Hospital General de Cuernavaca, con la intervención educativa que se otorgara al personal involucrado en los servicios mencionados de esta institución con la finalidad de beneficiar al paciente que solicita atención, a la propia institución pero sobre todo al personal aumentando sus habilidades, capacidades y destrezas en la ejecución del triaje.

Referencias

1. Pereda Rodríguez , Díaz Sánchez I, Pereda Rodríguez. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 Agosto; 17(4).
2. García Sanz , Ibero Esparza , Mir Montero M, Pacheco Puig. Manual de urgencias. 3rd ed. Saned G, editor. Madrid; 2018.
3. Soler , Gómez Muñoz , Bragulat , Álvaro. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra. 2010; 33(1): p. 56-65.
4. CONAMED. Análisis de la Queja Médica en el servicio de Urgencias 2002 - 2017. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2017.
5. Alonso Cristóbal M, Alonso González S, Cabral Saiz G. Evaluación de la calidad del sistema de Triage del Hubu. Universidad de Burgos - Riubu; 2016.
6. Martín García M. Estudio del Triage en un servicio de urgencias Hospitalario. Revista Enfermería Castilla y León. 2013; 5(1): p. 42-49.
7. Vázquez Carranza I, Fuentes Cuevas MDC. Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Archivos de Investigación materno - Infantil. 2011 Enero - abril; 3(1): p. 19-23.
8. López Resendis J, Montiel Estrada MD, Licona Quezada R. Triage en el servicio de urgencias. México: Medigraphic ; 2006.
9. IMSS. Iniciativa para Mejorar la Atención en los Servicios de Urgencias /Triage: Guía Técnica para personal directivo y delegacional. México: Insituto Mexicano del Seguro Social; 2018.
10. ISSSTE. Estrategia Nacional de Fortalecimiento en los Servicios de Urgencias con foco en el procedimiento de Triage para la entrada al servicio. México: ISSSTE; 2015.
11. Secretaria de Salud. Guía de Referencia Rápida: Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Ugencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel. Secretaria de Salud, CENETEC; 2008.
12. Manosalva Murillo J. Rol del enfermero en el área de triage. Avances en enfermería.

2005; 23(1).

13. Álvarez JP, Guevara M, Orellana. Florence Nightingale, la Enfermería y la Estadística, otra mujer fantástica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018 Mayo - Junio; 29(3).
14. UNAM. Capítulo primero: El derecho a la salud como derecho fundamental. México: Instituto de Investigaciones jurídicas; 2013.
15. Secretaria de Salud. *Ley General de Salud*. México: Secretaria de Salud; 1943.
16. DOF. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2013.
17. SSA. Código de ética en enfermería. 1st ed. México; 2001.
18. Vázquez Alva R, Amado Tineo J, Ramírez Calderón F, Velásquez Velásquez R, Huari Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2016 Diciembre; 77(4).
19. SEMES. El Grupo de Trabajo de Triage de SEMES ha elaborado unas recomendaciones generales definiendo unos estándares de calidad exigibles y reproducibles a. Madrid: Sociedad Española de medicina de Urgencias y Emergencias; 2016.
20. Molina Álvarez RA, Zavala Suárez E. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería. *Rev CONAMED*. 2014; 19(1): p. 11-16.
21. Gómez Angelats E, Miro Ó, Bragulat Baur E, Antolín Santaliestra A, Sánchez Sánchez M. Relación entre la asignación del nivel de triaje y las. *Rev. Emergencias*. 2018; 30: p. 163-168.
22. Burgos Navarro EM, García Zurita CE, Mayorga Arroyo DF. Demanda inapropiada a los servicios de urgencia y factores asociados. Valdivia: Universidad Austral de Chile - Facultad de Medicina - Escuela de Enfermería; 2014.
23. Secretaría de Salud. La calidad de atención a la salud en México a través de sus instituciones. Segunda edición ed. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento; 2015.

24. Martín Sánchez FJ, González del Castillo J, Zamorano J, Et al;. El facultativo, un elemento necesario en el triaje de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2007 Julio; 20(1).
25. Tessio A, Juárez D. Cursos en Salud Social y Comunitaria: Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Argentina: Ministerio de Salud: Presidencia de la Nación; 2017.
26. COOMEVA. Triage: Clasificación de Urgencias de acuerdo con la gravedad del paciente. Coomeva EPS; 2015.