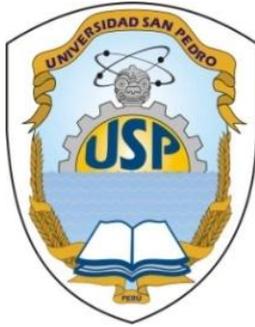


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Conocimiento en triaje de víctimas en masa. Hospital
María Auxiliadora, Lima 2017

Tesis para obtener Título de Segunda Especialidad en Enfermería
en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres.

Autor:

Claudia Viviana, Mendoza Villarreal

Asesor:

Dr. Hualpa Guevara, Federico Sabino

Lima – Perú

2018

ACTA DE SUSTENTACION



SAN UNIVERSIDAD
PEDRO
USP

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Lima, siendo las 9: 00 a.m. del día 27 de octubre del año dos mil dieciocho y estando dispuesto al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro/RCU 3036-2016 en su artículo 21°, se reunió el Jurado Evaluador integrado por:

Dra. Norma Ysabel Pérez de Napa	Presidente
Dr. Manuel Guzmán Palomino Márquez	Secretario
Mg. Valentín Leonidas Velásquez Sierra	Vocal

Con el objetivo de evaluar la sustentación del informe de tesis titulado “**Conocimiento del triaje y atención de víctimas en masa, Hospital Marfa Auxiliadora, Lima 2017.**”, presentado por la Licenciada:

Mendoza Villarreal Claudia Viviana

Efectuada la sustentación y defensa del mencionado informe de investigación, el Jurado Evaluador emite el siguiente resultado... **Aprobado por Unanimidad**....., quedando expedito para obtener el Título Profesional de Segunda Especialidad en Enfermería en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres.

Acto seguido fue llamado a la Licenciada, a quien el Secretario del Jurado Evaluador dio a conocer en acto público el resultado obtenido en la sustentación.

Siendo las **10:00**..... se dio por terminado dicho acto.

Los miembros del Jurado Evaluador firman a continuación, dando fe de lo actuado.


.....
Dra. Norma Ysabel Pérez de Napa
Presidente (a)


.....
Dr. Manuel Guzmán Palomino Márquez
Secretario(a)


.....
Mg. Valentín Leonidas Velásquez Sierra
Vocal

c.c.: Interesados
Expediente
Archivo.

DEDICATORIA

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Vilma.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Julio.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

A mis amigos:

Por alentarme a perseverar para la culminación de los estudios.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad San Pedro por brindarme a la oportunidad de impulsar mi formación profesional.

Al Dr. Manuel Guzmán Palomino Márquez por su gran apoyo, motivación y tiempo para la elaboración de esta tesis.

A la Srta. Jacqueline Quiñones Vásquez por su apoyo brindado al solventar tramites que, sin duda, han posibilitado iniciar y concluir esta tesis.

DERECHOS DE AUTORIA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO N°822 de la Republica del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes la autorización del autor.

La Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de las Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

La autora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CARATULA	i
ACTA DE SUSTENTACION	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
DERECHOS DE AUTORIA y DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
INDICE DE TABLAS	viii
PALABRAS CLAVE	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y fundamentación científica	2
1.1 Antecedentes	2
1.2 Fundamentación científica	10
1.2.1 Triage	10
1.2.2 Atención de victimas en masa	17
2. Justificación de la investigación	22
3. Problema de investigación	24
3.1 Problema general	24
4. Conceptualización y Operacionalización de variables	24
5. Hipótesis	25
6. Objetivos	25
6.1 Objetivo general	26
METODOLOGIA	26
1. Tipo y Diseño de investigación	26

2. Población y muestra	27
3. Técnica e instrumento de recolección de datos	27
4. Procesamiento y análisis de la información	28
RESULTADOS	30
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
1. Conclusiones	36
2. Recomendaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
APÉNDICES Y ANEXOS	40
1. Anexo N° 1 Matriz de Consistencia	40
2. Anexo N° 2 Cuestionario	42
3. Anexo N° 3 Base Datos	46
4. Anexo N° 4 Plan de Intervención Científica	50

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Enfermería según Especialidad	30
Tabla 2. Conocimiento en Triage	30
Tabla 3. Conocimiento sobre los Niveles de atención en triaje	31
Tabla 5. Conocimiento sobre el modelo de triaje SHORT	31
Tabla 6. Conocimiento sobre el modelo de triaje START	32
Tabla 7. Conocimiento sobre el modelo de triaje META	32
Tabla 8. Conocimiento sobre el Sistema de Atención de victimas en masa	33

Palabras Clave

Tema	Triaje, Atención en víctimas en masa.
Especialidad	Emergencias y Desastres

Keyword

Topic	Triage, Care of mass victims.
Speciality	Emergency and disaster

Línea de Investigación: **Salud Pública**

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como propósito orientar y proporcionar información valiosa actualizada a las autoridades y al equipo de salud de la unidad de emergencias del Hospital María Auxiliadora, sobre el Conocimiento en triaje de víctimas en masa a fin de que se pueda diseñar estrategias dirigidos a este grupo específico, permitiendo brindar una adecuada clasificación y priorización de la atención, asimismo permite la optimización de recursos de las instituciones prestadoras de salud. El objetivo es determinar el nivel de conocimiento en triaje de víctimas en masa del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2018. Estudio descriptivo transversal. Se trabajó con 62 profesionales de enfermería del servicio de emergencia. Se empleó como instrumento un cuestionario de estructurado según objetivos. Resultados: En el estudio evidenciamos que el personal de enfermería del servicio de Emergencia tiene nivel de medio de conocimiento en Triaje con un 56%, conocimiento medio en atención en víctimas en masa con un 73%, y el personal de enfermería demostró tener un nivel de conocimiento alto del modelo SHORT. Conclusión, se establece que el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora tiene un nivel medio de conocimiento sobre Triaje en víctimas en masa.

ABSTRACT

The purpose of this research study was to guide and provide updated information to the authorities and the health team of the emergency unit of the María Auxiliadora Hospital, on knowledge in triage of mass victims in order to design targeted strategies to this specific group, allowing to provide an adequate classification and prioritization of care, also allows the optimization of resources of health care institutions. The objective is to determine the level of knowledge in triage of mass victims of the emergency service of the María Auxiliadora Hospital, Lima 2018. Cross-sectional descriptive study. We worked with 62 nursing professionals from the emergency service. A structured questionnaire according to objectives was used as an instrument. Results: In the study, we show that the nursing staff of the Emergency service has a knowledge level in Triage with 56%, average knowledge in mass care with 73%, and the nursing staff demonstrated a level of knowledge of high knowledge of the SHORT model. Conclusion, it is established that the nursing staff of the emergency service of the Maria Auxiliadora Hospital has a medium level of knowledge about Triage in mass victims.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencia constituyen parte fundamental en todos los hospitales, clínicas y otros establecimientos de salud, pues son el primer contacto para los pacientes en situaciones de riesgo. Con el paso de los años éstos servicios vienen experimentando aumento en la demanda de atención, conduciendo a una saturación de las guardias, lo que se traduce en tiempos de espera prolongados e inaceptables desde el punto de vista de la calidad del servicio; esto es un problema no solo en Perú sino en muchos países a nivel mundial. La creciente demanda ha puesto en marcha la necesidad de implementar métodos para clasificar y ordenar a los pacientes que llegan a solicitar una atención, con mayor rapidez y precisión, es así que hoy en día muchos hospitales en nuestro país usan sistemas de triaje estructurado en sus servicios de emergencia, el objetivo básico de ésta implementación es realizar una adecuada clasificación según prioridad de atención y así lograr una mayor tasa de supervivencia, evitar la sobrecarga de los servicios, y brindar una atención efectiva.

En el Perú se han producido diferentes fenómenos naturales; tales como sismos, oleajes, inundaciones, desbordes y/o terremotos, entre otros; así como aquellos provocados por el hombre, como incendios, accidentes de tránsito, entre otros donde la capacidad de respuesta, intervención y transformación de la naturaleza en la cual se ha afectado la vivienda y edificaciones, es necesario la reubicación y/o remodelación de los sectores implicados, debido a las características y gravedad de mismo. Tal es así que a nivel nacional y local, las comunidades que han sufrido desastres, en la cual se ha afectado gravemente las condiciones de vida de una población; es necesaria la intervención del estado para responder en forma rápida y eficiente a las situaciones de emergencia, permitiendo que las víctimas sean rescatadas del área del siniestro y reciban asistencia médica por personal calificado, para asegurar su sobrevivencia, (Sánchez 2015).

1. Antecedentes y fundamentación científica

1.1 Antecedentes

Se ha realizado una búsqueda virtual y presencial de estudios relacionados con el tema de investigación, teniendo en cuenta sus componentes y la fecha de su publicación, para luego de analizarlos y priorizarlos por su importancia, hacemos la mención de los siguientes:

Pasíes (2016). Realizó un estudio titulado: *Comparativa entre los sistemas de triaje MTS y SET – MAT*. Objetivo: Analizar las diferencias y similitudes existentes entre el Sistema de Triaje Manchester (MTS) y el Sistema Español de Triaje (SET). Metodología: Se realiza una revisión integradora de la bibliografía. Se realizaron búsquedas en las bases de datos Lilacs, Cochrane Plus, PubMed, Dialnet, Cinahl y Cuiden. Seleccionamos todos aquellos estudios que nos aportaran información sobre MTS o SET. Se incluyeron en la búsqueda artículos publicados desde 2006 tanto en inglés como en español. Resultados: Se ha observado que un 68.42% de las variables son diferentes en los sistemas de triaje estudiados. Las diferencias entre ambos sistemas se confirman tras el análisis de las variables a estudio. Conclusiones: Existen muchas diferencias entre ambos sistemas de triaje. Aunque también se observan similitudes que resultan muy importantes. Se consideran los profesionales de enfermería el personal más idóneo para la realización del triaje. El triaje en urgencias es un punto clave y fundamental en el funcionamiento correcto del servicio, por eso debería ser cada hospital el que estudiase según sus condiciones que sistema de triaje le resulta más beneficioso.

Sánchez (2015). Realizo una investigación titulada: *Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios*. Objetivos: Describir la opinión de los profesionales de enfermería españoles sobre aspectos relacionados con el sistema de triaje hospitalario y comparar el grado de satisfacción profesional en relación con

dicho sistema. Metodología: Estudio descriptivo de una serie de profesionales de enfermería procedentes de servicios de urgencias hospitalarios españoles mediante una encuesta de auto cumplimentación a través de una página web que incluía aspectos demográficos, grado de experiencia y formación, grado de satisfacción y otros aspectos relacionados con el triaje en general y con el sistema de triaje implantado en su centro de trabajo. Resultados: De 857 encuestas enviadas, fueron válidas 833 (97,2%) que provenían de 161 hospitales. Como sistemas de triaje, 80 (49,7%) tenían el SET-MAT y 49 (30,4%) el MTS. La edad de los encuestados fue de 38,5 (DE 7,8) años, y 652 (78,3%) eran mujeres. El triaje es realizado en 140 (87%) hospitales por enfermería. Cuatrocientos (48,0%) encuestados consideran que el triaje es una función conjunta y 367 (44,0%) específica de enfermería, 643 (77,2%) han realizado algún tipo de formación en triaje, 709 (85,1%) creen que el triaje garantiza siempre o casi siempre una mejor asistencia a los pacientes más urgentes, 681 (81,7%) opinan que el criterio del enfermero de triaje es tenido en cuenta, 663 (79,6%) piensan que los pacientes son atendidos por el médico según el nivel de urgencia asignado 230 (26,7%) cambiaría el sistema de triaje, pero sólo 100 (43,5%) conocen el sistema al que desean el cambio. Los profesionales de enfermería se sienten apoyados y respetados mayormente por el colectivo de enfermería. Conclusiones: El triaje es realizado por enfermería en la mayoría de los centros, aunque casi la mitad de los encuestados creen que debería ser un rol compartido con los médicos. La opinión y el grado de satisfacción de los profesionales de enfermería con el triaje hospitalario son buenas, aunque varía en función del sistema de triaje implantado.

De Santos (2015), realizó una investigación titulada: *Perfil de la enfermera de triaje en urgencias hospitalarias*. Objetivo: Revisar la bibliografía disponible referida a las características que debe tener una enfermera de urgencias para realizar un triaje de calidad. Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura científica consultando en las bases de datos: Pubmed, Cinahl, Cochrane y Cuiden. Se seleccionaron estudios que cumplieran los

criterios de inclusión: que respondieran a la pregunta de investigación planteada, estuvieran publicados en los últimos 10 años, escritos en inglés o español, originales primarios o secundarios cuantitativos, cualitativos o de metodología mixta y cuyo *abstract* o resumen estuviese disponible. Resultados: Se incluyeron 17 artículos en la revisión narrativa. Los resultados se ordenaron conforme a 9 líneas temáticas, que corresponden a las características o atributos de la enfermera de triaje: empatía, capacidad de valoración, pensamiento crítico, conocimientos clínicos, manejo de las herramientas de triaje, autocontrol emocional, experiencia, intuición y confianza. Conclusiones: Analizando los resultados, parece constatarse que todas estas características tienen relación entre sí. La mayoría de la bibliografía revisada se basa en características que las propias enfermeras de urgencias identifican, siendo escasos los estudios en los que se constata cómo afectan a la calidad del triaje realizado. Sería recomendable que el triaje fuera realizado por las enfermeras que reúnan ciertas características que, a priori, garanticen su calidad.

Vásquez (2015). Realizó un estudio titulado: *Triage en urgencias hospitalarias*. Objetivos: Investigar cuántos sistemas de triaje hay y cuáles y por qué se eligen para poder conocer las diferentes escalas que tienen y cómo funcionan y valorar cuál es o cuáles son los mejores sistemas de triaje y por qué. Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, CINHALL, Dialnet, Cochrane Library y JBI Connect. Resultados: La bibliografía analizada ha demostrado que los mejores sistemas de cinco niveles estudiados y más ampliamente distribuidos son: la Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI) y el Sistema Español de Triage (SET), los cuales poseen de satisfactoria a muy buena validez y fiabilidad. Conclusiones: Los sistemas de triaje de cinco niveles han demostrado ser eficaces, válidos y fiables por lo que hace que sean la elección en los servicios de urgencias. El MTS ha demostrado ser el sistema más utilizado en Europa y el más fácil de aplicar.

Bayona (2015). Realizó una investigación titulada: *Concordancia en la realización del triaje entre enfermería y neurología en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico*. Objetivo: Evaluar la prioridad que se da en el triaje a esta condición, la concordancia de los datos aportados por neurología y enfermería, así como su relación con la evaluación y tratamiento en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Metodología: Se trató de un estudio clínico de corte transversal. El tiempo de inicio de los síntomas se describió según datos de enfermería en el triaje no estandarizado en el periodo 2007-2008 y con los datos reportados en la primera evaluación neurológica. Se incluyeron 86 pacientes. Resultados: La correcta clasificación en el triaje estuvo presente en 74,4% de los pacientes de acuerdo con los datos de enfermería y en el 64% según neurología, lo que muestra una concordancia moderada dado el coeficiente de correlación (coeficiente kappa = 0,48). Los datos recolectados en el triaje no fueron homogéneos entre las enfermeras de triaje y los médicos de guardia de neurología (residente de segundo año de neurología). La descripción del inicio de síntomas incluidos la fecha y hora es esencial para una correcta clasificación. Conclusión: El uso de un código de accidente cerebrovascular podría optimizar el tratamiento hospitalario, además de utilizar escalas de reconocimiento como Cincinnati.

Cubero (2014). Realizó una investigación titulada: *Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de urgencias*. Objetivo: Analizar la efectividad de los sistemas de atención de urgencias hospitalarias a nivel mundial. Método: Se revisó toda aquella evidencia publicada durante los últimos 15 años, y que incluya observación del personal que los aplica, los tipos de sistema de triaje, así como los tiempos de espera antes de la atención y la calidad de la atención brindada al paciente. La estrategia de búsqueda se utilizó para identificar estudios clínicos en diferentes bases de datos como Pubmed, Cochrane library, EBSCO y google académico. Resultado: Entre los resultados más relevantes se identificó la saturación en las salas de urgencias

como un problema real originado del aumento en la demanda de tales servicios a nivel mundial, lo cual redundaría en una menor calidad en el servicio que se presta y también en un aumento en la mortalidad por los tiempos de espera. Se identificó que no se compara la atención aleatoria por llegada y los sistemas estructurados, además de que históricamente son las enfermeras las que mejor cumplen dicha tarea. Conclusión: Es urgente revisar los sistemas de clasificación de pacientes en el momento en el que llegan al área de urgencias del sistema hospitalario, con el objetivo de adaptar los sistemas de triaje a las necesidades reales del país.

Molina (2014). Realizó una investigación titulada: *Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería I*, cuyo objetivo fue identificar el conocimiento de la Guía de Práctica Clínica (GPC) “Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención”. Metodología: Estudio descriptivo y transversal que se llevó a cabo en un Hospital General Regional, empleando un cuestionario basado en la GPC. Se aplicó a todo el personal de enfermería en el servicio de urgencias (N=19). Resultados: La edad promedio del personal fue de 36 años. El personal se distribuyó como sigue: el 79% correspondió al sexo femenino; 53% al turno matutino. El 26% del personal de enfermería no conoce la GPC. El personal que cuenta con formación de nivel superior resultó ser quien conoce en mayor proporción la GPC (64%). Conclusiones: Estrategias de capacitación y evaluación al personal para mejorar su desempeño; proyectos de mejora continua que incluyan la adopción de un modelo de 5 niveles; la introducción de programas informáticos que sirvan como guía y faciliten la derivación del paciente.

Ayuso (2013). Realizó un estudio titulado: *Valoración de un proyecto de “traje” de urgencias por enfermería en atención primaria*. Objetivo: Conocer la valoración, por parte de enfermeras y estudiantes de enfermería, sobre cambios organizativos para la instauración de un sistema de “traje” de

urgencias en atención primaria. Metodología: Estudio cualitativo, tipo grupo focal. Emplazamiento: Atención primaria. Participantes: Enfermeras de atención primaria y estudiantes de tercer curso de enfermería. Se constituyeron dos grupos, uno formado por siete enfermeras, pertenecientes a centros de salud urbana, rurales y SUAP; y un segundo grupo formado por cinco estudiantes de tercer curso de enfermería. Se realizó una videograbación de las reuniones y posteriormente se llevó a cabo un proceso de análisis y síntesis de la información. Resultados: Se constató un acuerdo en ambos grupos sobre la factibilidad de esta tarea y, en general, se consideraban con suficiente cualificación para su desempeño. Se subrayó asimismo la importancia de que no recaiga sobre el área administrativa la responsabilidad de decidir quién y cuándo debe atender a un paciente que requiere atención inmediata. En el grupo de enfermeras se hizo especial hincapié en que este proyecto no sería viable con las cargas de trabajo actuales, por lo que planteaban la necesidad de aumentar las plantillas o introducir cambios organizativos. Los estudiantes se mostraban interesados por asumir este tipo de tareas, aunque desearían una mayor formación específica en su currículo académico. Consideraban fundamental delimitar tareas y protocolizar actividades. Conclusiones: Enfermeras cualificadas en el trabajo en atención primaria y estudiantes de enfermería en la fase final de su formación coinciden en la factibilidad de implantar un sistema de “triaje” para pacientes que requieren atención inmediata en un centro de salud.

Martin (2013). Realizó una investigación titulada: *Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalarias*. Objetivo: Determinar el número de pacientes que hace un uso inadecuado del SUH, así como valorar si se cumplen criterios de calidad en cuanto al tiempo de espera desde que los pacientes quedan registrados en Admisión, pasan al Servicio de Triage y son atendidos por personal facultativo. Metodología: Es de tipo observacional descriptivo transversal y se ha obtenido una muestra de n=406 casos. Además, también se recogieron otra serie de datos como sexo, edad, acceso por petición propia u

orden facultativa, nivel de triaje y horas registradas en Admisión, Triage y el informe médico. Resultados: Una vez atendidos en el servicio de Triage, los pacientes esperan hasta ser vistos por el facultativo. En un 79 % de los casos (332 pacientes) sí se encuentran dentro del tiempo de espera según el nivel de prioridad del triaje, mientras que un 18% (74 pacientes) son atendidos por el facultativo pasado ese tiempo de espera establecido. Destaca que 11 pacientes (3% del total) abandonaron el servicio de Urgencias sin ser atendidos por personal médico, decidiendo ir a su domicilio y/o a Atención Primaria.

Marín, García, Bonet (2012). Realizaron una investigación titulada: *Concordancia entre las prioridades dadas por enfermería y la determinada por el médico en el área de urgencias*. Objetivo: Evaluar y conocer el avance positivo que ha supuesto la implantación y realización del triaje o RAC en urgencias. Describir y analizar la concordancia entre la prioridad dada con la RAC con los protocolos utilizados y diagnóstico final emitido al alta por el médico. Metodología: Estudio descriptivo Transversal. Una muestra aleatoria de población atendida entre 8-15 noviembre 2010. Se excluyeron menores de 14 años y gestantes a término. Métodos: Hoja de recogida de datos, con registro de nivel de prioridad asignado por enfermería, según protocolo y el considerado por el médico. Resultados: La unidad temática central es la respuesta explícita con datos analizados según el índice Kappa, que afirman la significativa, concordancia entre las prioridades asignadas por enfermería en base al protocolo de la RAC del hospital punta Europa con índice Kappa de 0,732 con (95% IC 0,565 – 0,899), la discrepancia fue del 16,6 %. En cuanto también es significativa según los valores de kappa de las coincidencias entre las prioridades dadas por enfermería con la que determino el médico con índice Kappa de 0,776 (95%IC 0,605 – 0,947). La discrepancia en la gravedad asignada por enfermería en la RAC y el médico fue 13,1%. Conclusión: Encontramos Buena concordancia con la RAC de enfermería y la determinada por el médico. Se confirma la utilidad del triaje como índice de calidad fundamental en urgencias, así como la formación de los profesionales de

enfermería en el triaje o RAC. Evidenciamos la gran capacidad de los profesionales de enfermería de llevar a cabo la RAC.

Martínez, Fernández, Gonzales del Castillo, Gonzales, Villarroel, Martín-Sánchez (2012) Realizo una investigación titulada: *Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de Urgencias*. Objetivo: Desarrollar un modelo de predicción de ingreso hospitalario a la llegada del paciente al servicio de Urgencias, con el fin de conocer la necesidad de camas hospitalarias casi a tiempo real, y así prever los recursos asistenciales necesarios de forma precoz. Metodología: Estudio observacional de cohorte prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos filiados para el triaje entre las 8-22 horas del servicio de Urgencias de un hospital terciario durante un mes. Se analizaron 7 variables a la llegada del paciente, que pudieran influir en el ingreso: edad, sexo, nivel de gravedad según el triaje, ubicación inicial, diagnóstico de entrada, solicitud de prueba complementaria y prescripción de medicación. Se realizó un estudio multivariable según regresión logística. Resultados: Se incluyeron 2.476 episodios de los que 114 (4,6%) ingresaron. Se asociaron de forma significativa: edad >65 años (Odds ratio [OR]=2,1, intervalo de confianza [IC] 95%,1,3-3,2; p=0,001); sexo masculino (OR=1,6, IC 95%,1,1-2,4; p=0,020). Diagnóstico de entrada disnea: (OR=5,2, IC 95%, 2,8-9,7; p p<0,001)]. Conclusiones: El modelo de predicción de ingreso es una herramienta que puede ser de utilidad a la hora de prever la necesidad del recurso cama hospitalaria a la llegada del paciente al servicio de Urgencias.

Torres (2015). Realizó una investigación titulada: *Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General Hospital de Apoyo San Francisco Ayacucho*. Objetivo: Determinar los conocimientos del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General Hospital de Apoyo San Francisco Ayacucho. 2015. Metodología: El estudio fue de nivel

aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (20), 40% (8) conoce y 60% (12) no conoce. En cuanto a la dimensión clasificación de la prioridad, 50% (10) conoce y 50% (10) no conoce, en la dimensión codificación de la prioridad, 40% (8) conoce y 60% (12) no conoce; y en la dimensión ética 5% (1) conoce y 95% (19) no conoce. Conclusiones: El mayor porcentaje de profesionales no conocen que los pacientes que necesitan traslado y pueden esperar corresponde a la prioridad II, que la condición de insalvable corresponden a la prioridad I, deben ser etiquetados con color negro, y que los ancianos deben recibir atención preferente antes que los jóvenes; seguido de un porcentaje considerable que conocen que los pacientes en condición insalvable corresponden a la prioridad I, se necesitan 30 segundos para clasificar a una persona como muerta y las personas con discapacidad deben recibir atención preferente antes que las personas sin discapacidad.

1.2 Fundamentación científica

1.2.1 Conocimiento en Triage

El término triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa “trier” que se define como escoger, separar o clasificar. El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y utilización de recursos (Martin, 2016).

Los objetivos del triaje frente al proceso de categorización son principalmente:

- Actuación lo más rápida posible en el lugar de los hechos.

- Clasificación y atención a los heridos más graves con maniobras salvatorias, rápidas y sencillas (vía aérea, dificultad respiratoria y hemorragias).
- Control del flujo y distribución de las víctimas según la prioridad.
- Discernir rápidamente entre pacientes críticos y pacientes que no lo son (amenazas para la vida son hemorragia, asfixia y shock).
- Aplicación de medidas diagnósticas y terapéuticas si procede.
- A la hora de priorizar considerar que salvar una vida tiene preferencia sobre salvar un miembro, y la función sobre el defecto anatómico.
- Documentar a las víctimas (filiación, lesiones, prioridad, atención recibida).

Es importante seguir los principios básicos para realizar cualquier triaje:

- Ha de ser personalizado, ha de realizarse de individuo a individuo.
- Evitar evacuaciones indiscriminadas.
- Nunca retener a una víctima para realizar un tratamiento más completo.
- Nunca evacuar en sentido retrógrado.
- Se realizará triaje en cada punto de la cadena asistencial (traje 1º, 2º y 3º).
- El triaje se realizará en función del número de pacientes, de la distancia a los centros asistenciales, del número de medios de transporte y de la capacidad asistencial de la zona.
- Ha de ser rápido, para no retrasar la atención de las víctimas que esperan su turno. Nunca se retomará una víctima ya clasificada y estabilizada demorando su evacuación. Los tiempos estimados para clasificar a una víctima en función de la gravedad y sus posibilidades, son: 30 segundos para clasificar una víctima como

muerta, 1 minuto para clasificar una víctima como leve y 3 minutos para clasificar una víctima como grave o muy grave.

- Ninguna víctima debe evacuarse antes de ser clasificada, con las excepciones de oscuridad, condiciones meteorológicas adversas, o existencia de riesgo potencial importante (Martin, 2016).

1.2.2 Niveles del triaje

Los distintos niveles en los que debe ser realizado el triaje vienen determinados en función de la disponibilidad de los recursos en el lugar del incidente y de la red de instituciones prestadoras de servicios en la zona y proximidades. Generalmente existen tres niveles en los que se debe hacer triaje:

- **Nivel I (Primer Triage o Triage Primario)**

Se realiza en la Zona de Impacto. Es una clasificación en función de la necesidad de tratamiento médico inmediato, rápido y sencillo, en el que la primera actividad que se realiza es la de obtener una visión general de la magnitud de la emergencia y la necesidad de recursos extras. (Rábago, 2016).

Durante el triaje primario se persiguen los siguientes objetivos:

- Hacer una evaluación diagnóstica inicial de los lesionados.
- Prestar auxilio inmediato a los que presenten compromiso vital para la vida del lesionado.
- Clasificar los lesionados de acuerdo con la evaluación inicial de sus lesiones y asignarles una prioridad.
- Trasladar los lesionados al centro de atención y clasificación de heridos más cercanos y/o idóneo.

- **Nivel II (Segundo Triage o Triage Secundario)**

Se realiza en el Puesto Médico Avanzado (PMA) o Centro de Atención y Clasificación de Heridos (CACH). Es una clasificación basada en la urgencia de evacuación para el tratamiento definitivo.

Durante el triaje secundario se persiguen los siguientes objetivos:

- Revisar la prioridad de los lesionados provenientes de la zona de impacto y evaluar su estado clínico.
- Estabilizar los lesionados de acuerdo con la valoración clínica.
- Brindar tratamiento pre hospitalario a los lesionados que no requieren atención institucional.
- Trasladar los lesionados hacia las unidades hospitalarias de acuerdo con la prioridad asignada y la complejidad de cada institución.
- Llevar un registro colectivo adecuado de todos los casos atendidos

El triaje secundario priorizará en función de la necesidad de evacuación del paciente para realizar tratamiento definitivo (Rábago, 2016).

● **Nivel III de Triage (Triage Terciario o Hospitalario)**

Se realiza a nivel hospitalario, en aquellas unidades de salud a las que son remitidos los lesionados (generalmente hospitales con especialidades en cirugía y traumatología).

Los objetivos del triaje terciario serían:

- Revisar la prioridad de los lesionados provenientes de la zona de impacto y del PMA y evaluar su estado clínico.
- Estabilizar los lesionados de acuerdo con la valoración clínica.
- Brindar tratamiento hospitalario a los lesionados.
- Planear la utilización racional de quirófanos, servicios de rayos X, banco de sangre y laboratorio, así como del recurso humano.
- Trasladar los lesionados hacia otras unidades hospitalarias teniendo en cuenta la racionalización de recursos según la complejidad de cada institución.
- Hacer un registro colectivo adecuado de todos los casos atendidos.

Por último, y dependiendo de la complejidad de la lesión que el paciente presente, se puede realizar un traslado inter hospitalario, con el fin de ubicar al paciente en el hospital más idóneo para dar tratamiento definitivo a sus lesiones (Rábago, 2016).

1.2.3 Modelos de Triage

Método SHORT: El objetivo del método SHORT como triaje inicial extra hospitalario ha sido simplificar y protocolizar la labor inicial de rescate, principalmente utilizado por personal de rescate, salvamento, seguridad y personal no sanitario como primeros intervinientes en el incidente.

Las letras del acrónimo SHORT representan las iniciales de los pasos a seguir:

- **S:** Sale caminando – Color Verde
- **H:** Habla sin dificultad – Color Amarilla
- **O:** Obedece órdenes sencillas – Color Amarilla
- **R:** Respira ¿Signos de circulación? – Color Rojo (Si) – Color Negro (No)
- **T:** Taponar Hemorragia: Se aplicara simultáneamente durante los cuatro pasos (Rábago 2016).

Método START: El modo más simple de realizar el Triage es mediante el método START, una sigla que viene del inglés y significa “Simple Triage and Rapid Treatment” (Triage Simple y Tratamiento Rápido).

Básicamente, se trata de dividir a las víctimas en cuatro grupos, denominados por colores:

- **Negro**

Tipo: Paciente muerto o agonizando.

Criterio START: Se lo considera como “Muerto” cuando la apertura de la vía aérea no resulta seguida de esfuerzo respiratorio espontáneo.

Acciones: Se suspenden esfuerzos sanitarios. Eventualmente se los cubre.

- **Rojo**

Tipo: Paciente que necesita evacuación inmediata (y tratamiento quirúrgico antes de una hora).

Criterio START: Se lo considera como de “evacuación inmediata”

cuando probablemente sobreviva de aplicársele el tratamiento disponible.

Acciones: Se estabiliza y acondiciona para evacuación.

- **Amarillo**

Tipo: Paciente que necesita tratamiento no urgente.

Criterio START: Se lo considera como de “tratamiento no urgente” cuando su condición es estable y su tratamiento pueda esperar a que se finalice de atender los casos “Rojos”.

Acciones: Se los mantiene en observación constante, toda vez que su cuadro clínico puede empeorar y transformarse en un caso “Rojo”.

- **Verde**

Tipo: Paciente que necesita tratamiento menor y no urgente.

Criterio START: Se lo considera como de “tratamiento menor y no urgente” cuando su condición es estable y su tratamiento pueda esperar a que se finalice de atender los casos “Rojos” y “Amarillos”. Usualmente no tienen problemas de movilidad y podrían autoevacuarse de ser necesario.

Acciones: Se los mantiene en observación constante, toda vez que su cuadro clínico puede empeorar y transformarse en un caso “Rojo” o “Amarillo” (Rábago, 2016).

Método META: Se le considera el Modelo Extra hospitalario de Triage Avanzado, fue desarrollado por la universidad de Oviedo para ser aplicados por profesionales sanitarios: médicos y enfermeras. El META consta de cuatro fases:

- Triage de Estabilización: Basándose en la valoración primaria ABC (abrir vías aéreas, buscar respiración y controlar la circulación), y realizándose maniobras salvadoras, los pacientes que respondan positivamente a estas serán clasificados con el color rojo atendiendo también al orden de gravedad se establecerán tres niveles: 1er Rojo problemas en la vía aérea, 2do Rojo problemas en la ventilación y 3er

Rojo problemas en la circulación. En amarillo serán clasificados aquellos con una alteración neurológica, siendo primeros en orden de prioridad, y aquellos que precisen valoración hospitalaria. En verde el resto de heridos.

- Clasificación e identificación del paciente con criterios de valoración quirúrgica urgente: aquellos heridos que serán evacuados con inmediatez serán a quienes el soporte vital avanzado no les beneficia. Los criterios son: Trauma penetrante (cabeza, cuello, tronco y zonas proximales a rodillas codos con hemorragia), Trauma de pelvis con fractura abierta, Trauma de pelvis con fractura cerrada y que persiste inestabilidad mecánica y/o hemodinámica y posible trauma cerrado de tronco con signos de Shock.
- Estabilización y valoración de las lesiones.
- Triage de evacuación: a aquellos pacientes que han recibido atención sanitaria y han sido valorados. La evacuación vendrá determinada por los colores asignados, es decir por la gravedad y por los plazos terapéuticos. Primero serán evacuados los pacientes con color rojo y prioridad quirúrgica no evacuados en la segunda fase. En segundo lugar, los pacientes rojos que cumplan alguna de las siguientes características: PAS menor 110 mmHg, Glasgow menor a 6, necesidad de que la vía aérea sea aislada y lesión por explosión en espacio cerrado. Además de aquellos que puedan presentar inestabilidad hemodinámica o respiratoria o presenten lesiones graves. En tercer lugar, pacientes clasificados con 1er rojo, 2do rojo o 3er rojo que no se han resuelto en el ABC, aquellos que sin han podido resolver en el ABC serán evacuados después. Y los últimos serán por el siguiente orden: Paciente con color amarillo y problemas neurológicos; paciente con color amarillo y que precisen valoración médica hospitalaria; paciente con color verde y que precisan valoración hospitalaria; paciente con color verde que precisan valoración, pero no en centros hospitalarios y pacientes que precisan

cuidados paliativos ya que son lesiones incompatibles con la vida (Rábago, 2016).

1.2.4 Atención en Víctimas en Masa

Un incidente con víctimas masivas es aquella situación de emergencia que genera más pacientes que los que los servicios disponibles localmente pueden manejar usando los procedimientos rutinarios, por lo que se requiere la aplicación de medidas y de asistencia extra ordinarias, causando a la vez la alteración del curso normal de los servicios de salud y emergencias posibles que puedan, en conjunto, brindar la infraestructura para una respuesta eficaz (OPS 1996-2012).

Principios:

- La coherencia del proceso de alerta.
- La movilización activa y el manejo de los recursos disponibles.
- El manejo adecuado en el lugar del siniestro.
- Los enlaces de la organización pre hospitalario y hospitalario.
- El manejo de los enfermos hospitalizados y el flujo de víctimas.
- El manejo de las evacuaciones primarias y secundarias.
- La información actualizada a las autoridades y familiares de las víctimas.

• Proceso de alerta

Es la secuencia de actividades ejecutadas para lograr la movilización eficaz de los recursos adecuados e incluye la advertencia inicial, la evaluación de la situación y la difusión del mensaje de alerta. En esta fase, las organizaciones involucradas en la mitigación del desastre y la población potencialmente afectada, son notificadas. La persona que presencie un evento de este tipo deberá comunicar:

- Ubicación precisa del evento.
- Hora en que se produjo.
- Tipo de incidente.
- Número estimado de víctimas.
- Riesgo potencial y población expuesta.

- **Organización de las actividades en el lugar del siniestro**

La organización de las actividades en el lugar del siniestro incluye una serie de pasos, los principales son:

- Actividades en el lugar del siniestro.
- Evaluación de la situación.
- Seguridad.
- Definición de las zonas de acceso.
- Definición de áreas de trabajo.
- Búsqueda y rescate.
- Asistencia médica en el escenario.
- Comunicaciones.
- Manejo de la información.

- **Evacuación Controlada.**

Es la evaluación de la situación una vez conocido el evento y sus elementos iniciales mediante el proceso de alerta, el movimiento a la escena se hace manteniendo la evaluación de la situación, observando las características del entorno para la protección y seguridad, analizando las diferentes variantes de acceso al lugar para ganar en rapidez sin arriesgar la vida y tiene que ser flexible para que se pueda modificar cuando sea necesario. Son aspectos a tener en cuenta:

- La escena: ¿Cuáles fueron las fuerzas y mecanismos desencadenantes?, ¿Puedo llegar?, ¿Es posible el control de las vías de acceso?
- La situación: ¿Por qué ocurrió?, ¿Hay otros riesgos?
- Las víctimas: ¿Número? ¿Cuántas están graves?

Pensar en cómo llegar a los pacientes con el equipo y transporte necesarios; en cómo trasladar todas las víctimas a los hospitales adecuados sin exceder los recursos del sistema de urgencias médicas o de los hospitales. Hacer el triaje inicial para determinar el número de víctimas y sus clasificaciones. Planear cómo llegar a la escena y cómo

organizarla, cómo establecer sectores, cómo organizar la llegada y salida de otros refuerzos (OPS 1996-2012).

- **Seguridad**

El primero y uno de los elementos más importantes a tener en cuenta por los socorristas en el momento de la atención a enfermos múltiples es la seguridad; se deben tomar todas las medidas destinadas a proteger las víctimas, a los encargados de salvamento y a la población expuesta, contra riesgos inmediatos o potenciales.

Es importante tener en cuenta:

- Cuando están involucrados trenes o camiones de mercancías, pueden romperse contenedores con sustancias volátiles, combustibles, corrosivas o tóxicas.
- La dirección del viento puede arrastrar sustancias desde grandes distancias, no ubique puntos en dirección a favor del viento.
- La posibilidad de incendios.
- La posibilidad de derrumbes o inundaciones.
- La inestabilidad de vehículos fundamentalmente con personas adentro.
- Señalizar las vías de acceso para prevenir nuevos accidentes.
- Retirar llaves de contacto o interruptores eléctricos para evitar posibilidad de electrocución, chispas e incendios.

Para garantizar la seguridad y permitir el trabajo de los socorristas y el sistema de salud, es necesario definir varias áreas de acceso, las cuales deben estar controladas por el personal de la Policía u otros órganos de seguridad.

- **Definición De Las Zonas De Acceso:**

Identificación de las áreas de acceso:

- Zona de Impacto: Área donde se originó el siniestro, la cual tendrá un radio no menor de 30 metros y un máximo en dependencia del

tipo e intensidad del fenómeno. Esta es de acceso solo para personal de rescate.

- Zona de Trabajo: En esta área se establecerán el Puesto de Mando, el Puesto Médico de Avanzada, el Centro de Evacuación y el Estacionamiento para los diversos vehículos de emergencia y de servicios técnicos.
- Zona Para Personalidades, Familiares y Prensa: Ubicada fuera de la zona de trabajo.
- Vías De Acceso y Control del Tránsito: Estas deben estar debidamente señalizadas para prevenir el embotellamiento del tránsito y facilitar el recojo de los pacientes (OPS 1996-2012).

- **Definición De Áreas De Trabajo:**

La segunda función del grupo de socorrismo inicial, es la identificación de las diferentes áreas de trabajo, ello permitirá una distribución más rápida y eficaz de los recursos.

- Área de búsqueda y rescate: Ubicada dentro o cerca de la zona de impacto, tiene como objetivos: La localización de víctimas, su retiro de sitios peligrosos y traslado a los lugares de acopio, evaluación preliminar del estado clínico, prestar los primeros auxilios y traslado al puesto médico de avanzada de ser necesario.
- Área del puesto de mando (PM): Es una unidad multisectorial de dirección y control encargada de la coordinación. Para el sector salud, es el núcleo de comunicación y coordinación de la organización prehospitalaria. Todos los recursos que llegan personal o material, deben presentarse al PM.
- Área del puesto médico de avanzada (PMA): Consiste en un área para el tratamiento médico, ubicado a corta distancia de la zona de impacto con el objetivo de estabilizar en el foco a las víctimas del siniestro y organizar la evacuación hacia los hospitales u otros centros de salud preparados para recibirlos. Sus funciones pueden

representarse por medio del principio de las tres “T”: tipificar, tratar y trasladar.

- Área de clasificación (TRIAJE): Es un área en la entrada del puesto médico de avanzada, encargada de la clasificación o selección de los pacientes según las funciones vitales afectadas.
- Áreas De Tratamiento: El PMA tendrá al menos 3 áreas para el tratamiento de enfermos, el área roja (muy graves), la amarilla (menos graves) y verde (no graves); las víctimas llegarán a estas áreas portando una manilla, tarjeta, esparadrapo u otra forma de señalización, con el código y número asignado en el área de triaje; luego serán estabilizadas hasta su traslado hacia la zona de evacuación.
- Área De Evacuación: La organización de la evacuación comprende los procedimientos implementados para el traslado seguro, rápido y eficiente de las víctimas en los vehículos apropiados, a los hospitales adecuados y preparados para recibirlas, en ello es muy importante la coordinación y comunicación entre las instituciones de salud y la zona del siniestro.
- Vías De Acceso: Las vías de acceso deben estar debidamente señalizadas para prevenir el embotellamiento del tránsito; que la recogida sea en menor tiempo y evitar nuevos accidentes (OPS 1996-2012).

- **Asistencia Médica**

La asistencia médica en el escenario incluye un grupo de actividades entre las que se encuentran: El Triage, el manejo de testigos, el apoyo vital básico en las áreas de rescate y salvamento, el manejo de cadáveres, los registros médicos y la atención médica calificada en el PMA (OPS 1996-2012).

- **Manejo De Los Cadáveres**

La presencia de un gran número de fallecidos causa incertidumbre y miedo en la población, en quienes existe la idea del desencadenamiento de epidemias por los cadáveres putrefactos. En relación con el manejo de los cadáveres, en el escenario no se debe ni manipular ni movilizar los cadáveres, esto es función del grupo de Medicina Forense y la policía. Si fallecen luego del rescate, se ubican en la zona designada para ello, bajo la custodia preferentemente de la policía (OPS 1996-2012).

- **Búsqueda y Rescate**

Esta tarea pertenece a los grupos de rescate, bomberos y grupos especiales de la Defensa Civil. Las técnicas de rescate también se rigen por un grupo de principios dentro de los cuales están: Evaluación de la situación y realización de círculos de exploración, establecimiento de áreas para personas y equipos, estabilización de la escena ante situaciones que puedan provocar víctimas secundarias, establecimiento de vías para el acceso mantenido a pacientes, extracción en especial si están atrapados y apoyo vital básico si es necesario (OPS 1996-2012).

- **Información y Comunicaciones**

Tan pronto se confirme la presencia de un desastre, los centros coordinadores de la emergencia o urgencia municipales o provinciales brindarán toda la información posible a los puestos de mando provinciales, Policía, Defensa Civil y otros organismos relacionados, para la movilización oportuna de los recursos necesarios (OPS 1996 - 2012).

2. Justificación de la investigación

El propósito del presente estudio estuvo orientado a proporcionar información valiosa actualizada a las autoridades y al equipo de salud del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, sobre el Conocimiento en triaje de víctimas en masa en el profesional de enfermería, siendo de suma importancia ya

que se han perdido muchas vidas en situaciones de víctimas en masa porque no se movilizaron eficientemente los recursos. El reto que enfrentamos es: cuanto más escasos los recursos, más eficiente debe ser la organización a efectos de lograr la tasa más alta posible de supervivencia por ser un evento no programado.

A nivel teórico, En los últimos años, nuestro país ha puesto especial interés en la organización de planes y capacitación para las distintas variantes de situaciones de desastres. El enfoque incluye un proceso de alerta y plan de aviso coherentes, actividades en el lugar del siniestro y la recepción de las víctimas en los centros de salud, basados en procedimientos preestablecidos para la movilización de recursos, y el adiestramiento específico del personal de respuesta en sus diversos niveles e incluye además enlaces entre todos los componentes para una respuesta multisectorial.

A nivel práctico esta investigación permite al profesional de la salud obtener datos reales sobre el nivel de conocimiento sobre triaje de víctimas en masa. Hospital María Auxiliadora. Es de vital importancia, que el equipo de salud en el caso de presentar un desastre natural tenga pleno conocimiento del papel que desempeña en la sala de emergencias en la clasificación de la atención al paciente, por cuanto debe tener una alta capacidad resolutoria, a nivel personal y profesional, que le permita realizar su trabajo de manera eficiente y eficaz, que sus acciones puedan estar enfocadas a brindar soluciones dentro del equipo multidisciplinario del servicio de emergencia.

Relevancia social y científica, el presente estudio mediante los resultados desea lograr la práctica necesaria y correcta de lo que el personal de enfermería debe conocer y aplicar durante un evento de víctimas en masa para garantizar la adecuada priorización de la atención, cuyo objetivo es lograr una adecuada tasa de supervivencia.

Además, a nivel metodológico se espera que el estudio se utilice como referente para otras investigaciones y como herramienta para elaborar protocolos de atención de víctimas en masa, y así optimizar la calidad de atención que desarrolla el profesional de enfermería, en el servicio de emergencia, y por ende estar preparados y capacitados para esta clase de eventos.

3. Problema de investigación

Se plantearon varios problemas de investigación, los cuales serán definidos como interrogantes relacionando las variables de estudio; se tratara de encontrar respuesta para cada uno de ellos a través de la formulación de hipótesis respectivas.

3.1 Problema general

¿En qué medida el nivel de conocimiento en triaje influye en la atención de víctimas de masa por los profesionales en enfermería del servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, Lima agosto 2017?

4. Conceptualización y Operacionalización de las variables

La pregunta planteada requiere de información y fundamento teórico especializado, entonces se desarrolla las definiciones e indicadores y luego se establece una serie de relaciones entre ellos.

La enfermería es una profesión que comprende ciencia y arte, se caracteriza por estar preparada para cualquier situación inesperada y compleja. Su desarrollo a lo largo del tiempo viene a consecuencia de la investigación en su campo, estudiando qué factores son influyentes y determinantes en su rol, logrando cada vez ser más independiente, eficiente y eficaz.

Por ello la profesión está orientada a la excelencia, a través de la capacitación continua, la humanización, la calidad de atención, el autocuidado, y brindar el cuidado holístico por el que se caracteriza. La pregunta planteada requiere de información y fundamento teórico especializado. Empezaremos desarrollando las definiciones e indicadores y luego se establecerá una serie de relaciones entre ellos, se ha realizado una búsqueda bibliográfica, considerado los trabajos relacionados al tema de estudio propuesto.

Conocimiento en Triaje: Se entiende por triaje “Proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia”, diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico

inmediato o a largo plazo. El triaje ha de ponerse en marcha generalmente ante situaciones que desbordan la capacidad habitual de asistencia en la zona, por lo que el objetivo primordial de esta clasificación será la de proporcionar a los equipos y medios de rescate una visión global del número de víctimas, alcance de las lesiones y las prioridades en cuanto a tratamiento inicial y evacuación (Carrillo, et al, 2007).

Operacionalización de Triage		
Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Concepto	-Triage	El instrumento considera un puntaje máximo de 11 puntos que fue operacionalizado mediante la siguiente escala forma: Nivel de conocimiento Alto : 8-11 Nivel de conocimiento Medio : 5-7 Nivel de conocimiento Bajo : 0-4
Niveles de triaje	- Nivel I - Nivel II - Nivel III	
Modelos de triaje	- Modelo SHORT - Modelos START - Modelo META	

Atención en víctimas en masa: Es aquel que resulta de un número de víctimas suficientemente elevado como para alterar el curso normal de los servicios de emergencia. Sistema de atención de víctimas en masa es el grupo de unidades, organizaciones y sectores que funcionan conjuntamente y aplican los procedimientos institucionalizados, para reducir al mínimo las discapacidades y las pérdidas de vidas; consta de una cadena formada por brigadas multisectoriales de socorro, procedimientos de coordinación entre sectores participantes, una red de comunicaciones y transporte y un departamento hospitalario de urgencias eficiente. El sistema incluye tres partes el campo pre hospitalario, el intrahospitalario y el manejo de cadáveres.

Operacionalización de Atención de víctimas en masa		
Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Secuencia	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de alerta. - Organización de las actividades en el lugar del siniestro. - Evacuación Controlada. - Seguridad. - Definición De Las Zonas De Acceso. - Definición De Áreas De Trabajo. - Asistencia Médica - Búsqueda y Rescate - Manejo de cadáveres. - Información y Comunicaciones 	<p>El instrumento considera un puntaje máximo de 11 puntos que fue operacionalizado mediante la siguiente escala forma:</p> <p>Nivel de conocimiento Alto : 8-11</p> <p>Nivel de conocimiento Medio : 5-7</p> <p>Nivel de conocimiento Bajo : 0-4</p>

5. Hipótesis

5.1 Hipótesis general

El nivel de conocimiento en triaje del profesional de enfermería influye directamente en la atención de víctimas en masa del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, Lima agosto 2017.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

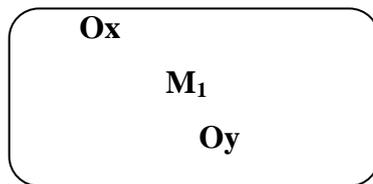
Determinar el nivel de conocimiento en triaje en víctimas en masa en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.

METODOLOGÍA

1. Tipo y Diseño de Investigación

La investigación propuesta es de tipo descriptiva caracterizada porque el uso de los conocimientos que se adquieren, de corte transversal con el propósito de describirlas y caracterizarlas.

Diseño de investigación: Representación gráfica del método descriptivo



M_1 : O_x

Donde:

M_1 : Muestra de sujeto.

O_{x1} : Observación de la variables independientes.
- Conocimiento en triaje.

O_y : Observación de la variable dependiente.
- Atención en triaje de victimas en masa.

2. Población y muestra

Se consideró a todo el universo, que estuvo conformada por los 62 trabajadores que integran el personal de enfermería que se encuentren laborando bajo cualquier modalidad en el servicio de emergencia, del Hospital María Auxiliadora.

Por ser una población pequeña no se ha considerado muestra. Se usó el tipo de muestreo no probabilístico intencionado. No probabilístico porque respondió al interés e intencionalidad del investigador.

Intencionado referido al procedimiento mediante el cual el investigador elegirá premeditadamente los puntos de muestreo que respondieron al interés de su investigación.

Criterios de inclusión

- Profesional de enfermería que labore en emergencia, realice labor asistencial y que no se encuentre de vacaciones ni de licencia.

3. Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la ejecución de la investigación la técnica propuesta fue una encuesta, y el instrumento un cuestionario estructurado, que constó de dos partes:

La primera parte: Datos generales, conformado cinco preguntas libres.

La segunda parte: La variable independiente Conocimiento en triaje y atención de víctimas en masa, tienen 11 preguntas, con un total de 46 ítems.

Procedimientos:

Se solicitó el permiso y autorización en forma escrita al Director del Hospital María Auxiliadora, así como al jefe del servicio de emergencia.

La obtención de los datos se realizó durante la programación de los turnos, previa orientación antes de su aplicación.

Antes de aplicar el instrumento de recolección de datos: el cuestionario fue validado mediante Juicio de expertos (Prueba binomial), conformado por 8 enfermeros especialistas en Emergencia, Docencia e Investigación y Gestión en Salud, quienes examinaron los ítems en coherencia a la definición conceptual de las variables y se hicieron las modificaciones que fueran necesarias.

Luego de haber concluido con las sugerencias de los jueces de expertos, se llevó a cabo una prueba piloto a 10 enfermeras para la validez de los instrumentos.

4. Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de los resultados y análisis de la investigación fueron a través de las tablas estadísticas, realizando el análisis cuali/cuantitativo y promedios porcentuales de las variables, haciendo uso gratuito de Microsoft Excel 16.0, para la elaboración de la tabla de códigos y tabla de matriz de datos y SPSS 22 para el análisis de las estadísticas descriptiva mediante el cruce de variables y el uso de escalas, las cuales se emplearon en el estudio del instrumento.

El instrumento considera un puntaje máximo de 11 puntos que fue operacionalizado mediante la siguiente escala forma:

Nivel de conocimiento Alto	: 8-11
Nivel de conocimiento Medio	: 5-7
Nivel de conocimiento Bajo	: 0-4

La investigación se realizó teniendo en cuenta las normas éticas para la investigación en seres humanos según Decreto Supremo 011-2011-JUS del 27 de julio del 2011, garantizando la privacidad y no divulgación de los resultados con

nombre propio, debido a que se analizaron en forma general, teniendo en cuenta los principios éticos de privacidad, autonomía y beneficencia.

RESULTADOS

Tabla N° 01 Distribución numérica y porcentual del personal de enfermería según Especialidad.

Especialidad en Emergencia	Licenciados de Enfermería	
	N°	%
Si	30	48%
No	32	52%
Total	62	100%

Fuente: Profesional de enfermería, Hospital María Auxiliadora, Diciembre 2017

Comentario: Se observa en la presente tabla que 48%(30) del personal de enfermería cuenta con la especialidad en Emergencia y Desastres, y el 52% (32) cuenta con otra especialidad.

Tabla N° 02 Distribución numérica y porcentual del personal de enfermería según Nivel de Conocimiento en Triaje.

Nivel	Licenciados de Enfermería	
	N°	Porcentaje
Alto	15	25%
Medio	35	56%
Bajo	12	19%
Total	62	100%

Fuente: Profesional de enfermería, Hospital María Auxiliadora, Diciembre 2017

Comentario: En la presente tabla se puede observar que el 25% (15) del personal de enfermería tienen un nivel de conocimiento alto, 56% (35) un nivel medio y 19% (12) del personal tiene un nivel bajo.

Tabla N° 03 Distribución numérica y porcentual del personal de enfermería según Nivel de Conocimiento sobre los Niveles de atención en triaje.

Nivel	Licenciados de Enfermería	
	N°	Porcentaje
Alto	42	68%
Medio	12	19%
Bajo	8	13%
Total	62	100%

Fuente: Profesional de enfermería, Hospital María Auxiliadora, Diciembre 2017

Comentario: En la presente tabla se puede observar que el 68% (42) del personal de enfermería tienen un nivel alto de conocimiento sobre los niveles de atención en triaje, un nivel medio con 19% (12) y un nivel bajo con un 13% (8).

Tabla N° 04 Distribución numérica y porcentual del personal de enfermería según Nivel de Conocimiento sobre el modelo de triaje SHORT.

Nivel	Licenciados de Enfermería	
	N°	Porcentaje
Alto	40	65%
Medio	15	24%
Bajo	7	11%
Total	62	100%

Fuente: Profesional de enfermería, Hospital María Auxiliadora, Diciembre 2017

Comentario: En la presente tabla se puede observar que el 65% (40) del personal de enfermería tiene un nivel de conocimiento alto sobre el Modelo de triaje SHORT y un 11% (7) presenta un nivel bajo de conocimiento

Tabla N° 05 Distribución numérica y porcentual del personal de enfermería según Nivel de Conocimiento sobre el modelo de triaje START.

Nivel	Licenciados de Enfermería	
	N°	Porcentaje
Alto	30	49%
Medio	20	32%
Bajo	12	19%
Total	62	100%

Fuente: Profesional de enfermería, Hospital María Auxiliadora, Diciembre 2017

Comentario: En la presente tabla se puede observar que el 49% (30) del personal de enfermería tiene un nivel de conocimiento alto sobre el Modelo de triaje START y un 19% (12) presenta un nivel bajo de conocimiento.

Tabla N° 06 Distribución numérica y porcentual del personal de enfermería según Nivel de Conocimiento sobre el modelo de triaje META.

Nivel	Licenciados de Enfermería	
	N°	Porcentaje
Alto	10	16%
Medio	46	74%
Bajo	6	10%
Total	62	100%

Fuente: Profesional de enfermería, Hospital María Auxiliadora, Diciembre 2017

Comentario: En la presente tabla se puede observar que el 74% (46) del personal de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio sobre el Modelo de triaje META y un 10% (6) presenta un nivel bajo de conocimiento.

Tabla N° 07 Distribución numérica y porcentual del personal de enfermería según Nivel de Conocimiento sobre el Sistema de Atención de víctimas en masa.

Nivel	Licenciados de Enfermería	
	N°	Porcentaje
Alto	13	21%
Medio	45	73%
Bajo	4	6%
Total	62	100%

Fuente: Profesional de enfermería, Hospital María Auxiliadora, Diciembre 2017

Comentario: En la presente tabla se puede observar que el 73% (45) del personal de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio sobre el sistema atención de víctimas en masa y un 6% (4) presenta un nivel bajo de conocimiento.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la tabla N° 2 referente al nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre Triage, se encuentran los siguientes hallazgos el 25% del personal de enfermería tienen un nivel de conocimiento alto, 56% un nivel medio y 19% tiene un nivel bajo, coincidiendo con De Santos (2015) quien encontró en sus resultados 17 artículos de revisión narrativa, que corresponden a las características o atributos de la enfermera de triaje: empatía, capacidad de valoración, pensamiento crítico, conocimientos clínicos, manejo de las herramientas de triaje, autocontrol emocional, experiencia, intuición y confianza. La mayoría de la bibliografía revisada se basa en características que las propias enfermeras de urgencias identifican, siendo escasos los estudios en los que se constata cómo afectan a la calidad del triaje realizado. Sería recomendable que el triaje fuera realizado por las enfermeras que reúnan ciertas características que, a priori, garanticen su calidad”.

En la tabla N° 3 referente al nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre los niveles de atención en triaje, se encuentran los siguientes hallazgos el 68% tiene un nivel alto, el 19% un nivel medio y un 13% tiene un nivel bajo de conocimiento, coincidiendo con Sánchez (2015) quien llega a los siguientes Resultados: “De 857 encuestas enviadas, fueron válidas 833 (97,2%) que provenían de 161 hospitales. Como sistemas de triaje, 80 (49,7%) tenían el SET-MAT y 49 (30,4%) el MTS. La edad de los encuestados fue de 38,5 (DE 7,8) años, y 652 (78,3%) eran mujeres. El triaje es realizado en 140 (87%) hospitales por enfermería. Cuatrocientos (48,0%) encuestados consideran que el triaje es una función conjunta y 367 (44,0%) específica de enfermería, 643 (77,2%) han realizado algún tipo de formación en triaje, 709 (85,1%) creen que el triaje garantiza siempre o casi siempre una mejor asistencia a los pacientes más urgentes, 681 (81,7%) opinan que el criterio del enfermero de triaje es tenido en cuenta, 663 (79,6%) piensan que los pacientes son atendidos por el médico según el nivel de urgencia asignado 230 (26,7%) cambiaría el sistema de triaje, pero sólo 100 (43,5%) conocen el sistema al que desean el cambio. Los profesionales de enfermería se sienten apoyados y respetados

mayormente por el colectivo de enfermería. Conclusiones: El triaje es realizado por enfermería en la mayoría de los centros, aunque casi la mitad de los encuestados creen que debería ser un rol compartido con los médicos. La opinión y el grado de satisfacción de los profesionales de enfermería con el triaje hospitalario es buena, aunque varía en función del sistema de triaje implantado”.

Con respecto a los modelos de triaje nuestros resultados nos muestran que el personal de enfermería tiene mayor conocimiento del modelo de triaje SHORT con un 65% en nivel alto de conocimiento, coincidiendo con Vásquez (2015), quien señala en sus resultados ha demostrado que los mejores sistemas de cinco niveles estudiados y más ampliamente distribuidos son: la Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI) y el Sistema Español de Triage (SET), los cuales poseen de satisfactoria a muy buena validez y fiabilidad del cual el MTS ha demostrado ser el sistema más utilizado en Europa y el más fácil de aplicar”.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

- Se establece que el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora tiene un nivel medio de conocimiento sobre Triaje en víctimas en masa.

2. Recomendaciones:

- Realizar acciones de incidencia y sensibilización para mejorar los conocimientos en triaje de víctimas en masa en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.
- Promover en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora en coordinación con el equipo multidisciplinario de salud y de aliados estratégicos, desarrollen intervenciones educativas, programas o talleres orientados a fortalecer y/o actualizar, incrementar y especializar al personal de enfermería en los conocimientos respecto a la Atención en triaje y víctimas en masa.
- Elaborar un Plan de Contingencia Institucional en el Hospital María Auxiliadora, de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud y se socialice con todo el personal del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ampudia, O. (2012). Metodología identificativa en los desastres de masas. Revista IIPSI. Facultad de Psicología. UNMSM.
- Castro (2011) El Modelo Extra hospitalario De Triage Avanzado. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre. Universidad de Oviedo. Oviedo. España. Prehospital Emergency Care (ed. esp.), VOL 4, NÚM. 1, 2011.
- Cuartas (2013) Aplicabilidad de los sistemas de triaje prehospitalario en los incidentes con múltiples víctimas: de la teoría a la práctica. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre, Universidad de Oviedo, España.
- Cubero, Medina (2013) Los procesos de clasificación de usuarios y su impacto en la atención en las salas de urgencias a nivel hospitalario. Revista Electrónica Enfermería Actual En Costa Rica N° 24 Abril.
- Gómez, Ramón-Pardo, Rúa, (2010). Manual para implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Marín, García, Bonet (2012), Concordancia entre las prioridades dadas por enfermería y la determinada por el médico en el área de urgencias. Hospital Punta de Europa. Andalucía.
- Martin (2016). Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. Revista de Enfermería CyL Vol. 5 N° 1.
- Martínez, Fernández, Gonzales del Castillo, Gonzales, Villarroel, Martín-Sánchez (2012) Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de Urgencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2012, Vol. 35, N° 2, Mayo-Agosto.
- Molina, Zavala (2014) .Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería. México. Revista CONAMED, vol. 19, núm. 1, enero-marzo 2014, págs. 11-16.
- Organización Panamericana de Salud (1996-2012). Establecimiento de un sistema de

Atención de víctimas en Masa.

- Osorio (2016) Relación entre los niveles de prioridad del triaje y tiempo de espera en la atención de pacientes de emergencia – ESSALUD, Lima, Perú 2016.UPCH.
- Peláez, Giménez (2005) Método SHORT. Primer triaje extra hospitalario ante múltiples víctima. *Emergencias* 2005; 17: 169-175.
- Rábago (2016) Triaje en Emergencias y catástrofes extra hospitalarias. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria. España.
- Rodríguez (2011). Los sistemas de triaje ante incidentes con múltiples víctimas. *Revista Prehospital Emergency Care (Ed. Esp.)*, Vol. 4, Núm. 1.
- Sánchez (2015) Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Servicio de Urgencias, Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España. En representación de Grupo Nacional de Triaje de SEMES.
- Torres (2013). Conocimiento del profesional de enfermería sobre triaje en víctimas por desastres en la Unidad de Emergencia General Hospital de Apoyo San Francisco Ayacucho 2013.
- Vázquez (2013). Triaje en urgencias hospitalarias. Revisión bibliográfica. Universidad De Coruña. España.

APÉNDICES Y ANEXOS

1. Anexo N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Conocimiento En Triaje De Victimas En Masa. Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

	Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
General	¿En qué medida el nivel de conocimiento en triaje influye en la atención de víctimas de masa por los profesionales en enfermería del servicio de Emergencia del Hospital María Auxiliadora, Lima agosto 2017?	Determinar el nivel de conocimiento en triaje en víctimas en masa en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora.	El nivel de conocimiento en triaje del profesional de enfermería influye directamente en la atención de víctimas en masa del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, Lima agosto 2017.	Conocimiento en triaje: Niveles de triaje - Nivel I - Nivel II - Nivel III Modelos de triaje - Modelo SHORT - Modelos START. - Modelo META Atención en víctimas en masa: - Proceso de alerta. - Organización de las actividades en el lugar del siniestro. - Evacuación Controlada. - Seguridad. - Definición de las zonas de Acceso. - Definición de áreas	Tipo Investigación descriptiva Representación Gráfica M1 : Ox1 <i>Donde:</i> M1: Muestra de sujeto. Ox1: Observación de la variable independiente. - Conocimiento en triaje. Oy: Observación de la variable dependiente. - Atención de

				<p>de Trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia Médica - Búsqueda y Rescate - Manejo de cadáveres. - Información y Comunicaciones 	<p>victimas en masa.</p> <p>Población y Muestra: 62 enfermeros</p> <p>Muestreo No probabilístico intencionado.</p> <p>Técnicas e instrumentos de investigación Técnica propuesta será una encuesta, y el instrumento será un cuestionario</p>
--	--	--	--	--	--

2. Anexo N° 2 CUESTIONARIO

Estimado(a) colega, reciba un saludo cordial, la presente encuesta es anónima, tiene por finalidad llevar a cabo un trabajo de investigación que lleva por título **Conocimiento En Triage De Victimas En Masa. Hospital María Auxiliadora, Lima 2017** para obtener el título de especialista en emergencias y desastres.

A continuación tiene una serie de preguntas con diferentes alternativas, sírvase contestar cada una de ellas y marque la respuesta que usted crea conveniente, agradeciendo su gentil colaboración.

I. DATOS GENERALES

1. **Género:** M ___ F ___
2. **Edad:** _____
3. **Estado Civil:** _____
4. **Años de servicio:** _____
5. **Especialidad :** _____

II. PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el triaje es cierta?

- a. Deber ser realizada por los últimos en llegar.
- b. Es un proceso continuo.
- c. Debe realizarse lo más detenida y exactamente posible..
- d. Debe acompañarse de un tratamiento inmediato y simultaneo que incluya soporte vital avanzado en todas las víctimas.

2. Las zonas de intervención en una catástrofe se denomina.

- a. Área de salvamento, socorro y base.
- b. Área de descanso, reanimación y triaje.
- c. Área de reanimación, base sanitaria y evacuación.
- d. Área de salvamento, evacuación y triaje.

3. Donde se realiza el triaje.

- a. En la zona de impacto y tras el traslado a cada nueva área.
- b. Solo en la zona de impacto.

- c. Solo en la zona de Socorro.
- d. Solo en hospitales y centros sanitario.

4. La realización del triaje en las catástrofes tiene como el fin principal.

- a. Realizar las primeras atenciones de urgencias.
- b. Clasificar a los afectados.
- c. Hacer reanimación cardiopulmonar si es preciso.
- d. Todas son ciertas.

5. El triaje en accidentes con múltiples víctimas proporciona etiqueta roja a una persona, ¿Qué indica?

- a. Que no debe transportarse con urgencia, porque está muerta o con lesiones irreversible.
- b. Que su evacuación es prioritaria.
- c. Que se debe trasportar con urgencia, pero admite cierta espera.
- d. Que se debe evacuar en último término o por medios propios de la víctima.

6. ¿A cuál de estos pacientes debemos atender primero?

- a. Paciente en shock.
- b. Paciente con obstrucción de la vía aérea.
- c. Trauma severo de cráneo.
- d. Niño pequeño con herida de ambos pies.

7. Clasifique cada paciente con el código de colores según prioridad vital.

- a- Rojo. b- Amarillo. c- Verde. d- Negro.

___ Paciente con obstrucción de la vía aérea.

___ Paciente sudoroso, llene capilar 4 seg, ansioso, frecuencia cardiaca 120 x min

___ Paciente con fractura de ambos brazos.

___ Paciente con herida lineal de la cabeza.

___ Paciente con apnea y destrucción casi total del cerebro.

___ Neumotórax a tensión.

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

- a. Rojo, Amarillo, Verde y Negro.
- b. Prioridad I, II, III y IV.
- c. Rojo, Amarillo, Verde y Azul.
- d. Rojo y Negro.

9. Responda verdadero (V) o falso (F) sobre la actuación en atención en víctimas en masa.

Es necesario atender primero las víctimas más graves aunque tengan pocas posibilidades de vida.

Los cadáveres deben retirarse para permitir el trabajo y evitar brotes de enfermedades.

Dado el volumen de trabajo, no es necesario la evaluación de los pacientes con código verde.

No deben reanimarse los pacientes en parada cardiaca.

No todos los pacientes deben ser evacuados hacia los hospitales.

10. ¿Marque con un aspa (X)Cuál de estos elementos es muy importante, a la hora de activar el sistema de emergencia ante evento con víctimas en masa?

Ubicación precisa del evento.

Tipo de incidente.

Número estimado de víctimas.

Todos los anteriores.

11. Sobre las diferentes áreas de trabajo en atención en víctimas en masa, marque con un aspa (X) la respuesta correcta.

El área de impacto, tiene como objetivo de las operaciones de búsqueda, rescate y atención médica.

Al área de impacto tiene acceso solo el personal de salvamento el cual debe estar debidamente protegido.

El área del puesto médico de avanzada debe ubicarse entre 50-100 m del área de impacto.

El puesto médico de avanzada para ser efectivo, deberá estar preparado para

asumir la totalidad de los lesionados a la vez.

___ En el área de evacuación los pacientes estabilizados esperarán su traslado al hospital, en esta zona también es necesario reevaluar periódicamente las víctimas.

3. Anexo N° 3 BASE DE DATOS

n°	codigo	sexo	edad	e c	a s	es p	conocimiento en triaje						nivel	subtotal 1	atención en víctimas en masa					subtotal 2	total	nivel	resultado	
							1	3	5	6	7	8			4	2	9	1 0	1 1					nivel
1	nta	f	29	c	5	si	1	0	1	0	0	0	bajo	2	0	1	0	1	1	medio	3	5	medio	desaprobado
2	zag	f	46	c	2	si	0	1	1	1	0	0	medio	3	0	0	0	1	0	bajo	1	4	bajo	desaprobado
3	jaj	m	25	s	0	no	1	1	1	1	1	1	alto	6	0	1	0	1	0	bajo	2	8	alto	aprobado
4	dao	f	29	c	4	no	0	1	1	1	0	0	medio	3	0	1	0	1	0	bajo	2	5	medio	desaprobado
5	aaa	m	31	c	5	no	0	1	1	0	1	1	medio	4	0	1	0	1	0	bajo	2	6	medio	desaprobado
6	lbz	f	54	c	1	no	1	0	1	1	0	0	medio	3	0	1	0	1	0	bajo	2	5	medio	desaprobado
7	mba	f	53	c	1 9	si	0	0	1	1	0	0	bajo	2	0	1	0	1	0	bajo	2	4	bajo	desaprobado
8	cbh	f	45	c	5	no	0	1	1	1	0	0	medio	3	0	0	1	1	0	bajo	2	5	medio	desaprobado
9	mct	f	56	d	3 1	si	1	1	1	0	0	1	medio	4	0	1	0	1	0	bajo	2	6	medio	desaprobado
10	yco	f	35	s	3	si	0	0	1	0	0	1	bajo	2	1	1	0	1	0	medio	3	5	medio	desaprobado
11	mct2	f	53	s	2 5	si	1	0	0	1	0	0	bajo	2	0	0	0	1	0	bajo	1	3	bajo	desaprobado
12	dcg	f	44	c	2 0	si	0	0	1	1	1	0	medio	3	1	1	0	1	1	alto	4	7	medio	aprobado
13	vcg	f	34	c	3	si	0	0	1	1	0	0	bajo	2	0	1	0	1	1	medio	3	5	medio	desaprobado
14	jce	f	38	s	1 0	si	0	0	1	1	0	0	bajo	2	0	0	0	1	1	bajo	2	4	bajo	desaprobado
15	mcc	m	42	s	6	si	1	1	1	0	1	1	alto	5	0	0	0	1	1	bajo	2	7	medio	aprobado

16	rdm	f	31	c	3	si	1	1	1	1	1	1	alto	6	0	0	0	1	1	bajo	2	8	alto	aprobado
17	mes	f	37	s	9	si	1	1	1	1	1	1	alto	6	0	1	1	1	0	medio	3	9	alto	aprobado
18	vfg	f	27	s	2	no	0	1	1	1	1	0	medio	4	0	0	0	1	0	bajo	1	5	medio	desaprobado
19	yfb	m	44	c	1 2	no	0	0	0	1	0	0	bajo	1	1	1	1	1	1	alto	5	6	medio	desaprobado
20	ngs	m	50	c	2 0	si	1	0	1	1	1	1	alto	5	1	0	0	1	1	medio	3	8	alto	aprobado
21	wgb	m	30	s	0	si	1	0	1	1	1	0	medio	4	1	0	0	1	1	medio	3	7	medio	aprobado
22	mhc	f	37	s	8	si	0	0	1	1	0	0	bajo	2	1	1	0	0	1	medio	3	5	medio	desaprobado
23	shg	f	40	d	1 4	no	0	1	1	1	1	1	alto	5	1	1	1	1	0	alto	4	9	alto	aprobado
24	fhv	f	49	s	1 8	si	0	0	1	1	1	1	medio	4	1	1	1	1	0	alto	4	8	alto	aprobado
25	eht	m	36	s	5	no	0	0	1	0	0	1	bajo	2	0	0	1	1	0	bajo	2	4	bajo	desaprobado
26	lhr	f	35	c	6	si	0	1	1	1	1	0	medio	4	1	1	0	1	0	medio	3	7	medio	aprobado
27	mha	f	41	s	6	si	0	1	1	0	1	1	medio	4	0	1	0	1	1	medio	3	7	medio	aprobado
28	alu	f	65	c	3 0	no	0	1	1	0	1	1	medio	4	1	0	0	1	1	medio	3	7	medio	aprobado
29	ellll	m	53	s	1 7	no	1	0	1	0	0	0	bajo	2	0	1	0	1	1	medio	3	5	bajo	desaprobado
30	rlh	m	32	d	7	si	0	1	1	1	0	0	medio	3	0	0	0	1	0	bajo	1	4	bajo	desaprobado

31	mmb	f	40	s	6	no	1	1	1	1	1	1	alto	6	0	1	0	1	0	bajo	2	8	alto	aprobado
32	cmv	f	31	c	6	no	0	1	1	1	0	0	medio	3	0	1	0	1	0	bajo	2	5	medio	desaprobado
33	lmq	f	48	c	8	no	0	1	1	0	1	1	medio	4	0	1	0	1	0	bajo	2	6	medio	desaprobado
34	lnl	f	30	s	5	no	1	0	1	1	0	0	medio	3	0	1	0	1	0	bajo	2	5	medio	desaprobado
35	mpp	f	33	s	5	no	0	0	1	1	0	0	bajo	2	0	1	0	1	0	bajo	2	4	bajo	desaprobado
36	cpc	f	30	s	5	no	0	1	1	1	0	0	medio	3	0	0	1	1	0	bajo	2	5	medio	desaprobado
37	mpf	m	34	c	5	si	1	1	1	0	0	1	medio	4	0	1	0	1	0	bajo	2	6	medio	desaprobado
38	lqc	f	53	c	20	no	0	0	1	0	0	1	bajo	2	1	1	0	1	0	medio	3	5	medio	desaprobado
39	jpb	m	28	s	5	no	1	0	0	1	0	0	bajo	2	0	0	0	1	0	bajo	1	3	bajo	desaprobado
40	lqa	f	32	c	5	no	0	0	1	1	1	0	medio	3	1	1	0	1	1	alto	4	7	medio	aprobado
41	arm	m	39	d	4	no	0	0	1	1	0	0	bajo	2	0	1	0	1	1	medio	3	5	medio	desaprobado
42	ara	f	42	c	7	no	0	0	1	1	0	0	bajo	2	0	0	0	1	1	bajo	2	4	bajo	desaprobado
43	rrg	f	56	c	1	no	1	1	1	0	1	1	alto	5	0	0	0	1	1	bajo	2	7	medio	aprobado
44	rrv	f	55	s	0	si	1	1	1	1	1	1	alto	6	0	0	0	1	1	bajo	2	8	alto	aprobado
45	crv	f	36	s	13	si	1	1	1	1	1	1	alto	6	0	1	1	1	0	medio	3	9	alto	aprobado
46	kra	f	40	s	10	si	0	1	1	1	1	0	medio	4	0	0	0	1	0	bajo	1	5	medio	desaprobado
47	grp	f	37	s	5	no	0	0	0	1	0	0	bajo	1	1	1	1	1	1	alto	5	6	medio	desaprobado
48	jrv	f	39	c	0	no	1	0	1	1	1	1	alto	5	1	0	0	1	1	medio	3	8	alto	aprobado
49	mrf	f	40	s	4	no	1	0	1	1	1	0	medio	4	1	0	0	1	1	medio	3	7	medio	aprobado
50	lsc	f	40	s	8	si	0	0	1	1	0	0	bajo	2	1	1	0	0	1	medio	3	5	medio	desaprobado
51	rsh	f	34	s	4	si	0	1	1	1	1	1	alto	5	1	1	1	1	0	alto	4	9	alto	aprobado
52	ata	f	40	s	5	si	0	0	1	1	1	1	medio	4	1	1	1	1	0	alto	4	8	alto	aprobado

53	bup	f	58	c	15	no	0	0	1	0	0	1	bajo	2	0	0	1	1	0	bajo	2	4	bajo	desaprobado
54	mvo	f	45	c	18	si	0	1	1	1	1	0	medio	4	1	1	0	1	0	medio	3	7	medio	aprobado
55	lvr	f	53	s	20	si	0	1	1	0	1	1	medio	4	0	1	0	1	1	medio	3	7	medio	aprobado
56	cvm	m	31	s	6	si	0	1	1	0	1	1	medio	4	1	0	0	1	1	medio	3	7	medio	aprobado
57	myb	m	45	s	5	no	0	1	1	1	1	1	alto	5	1	1	1	1	0	alto	4	9	alto	aprobado
58	wyj	m	34	s	7	si	0	0	1	1	1	1	medio	4	1	1	1	1	0	alto	4	8	alto	aprobado
59	lzp	f	52	c	15	no	0	0	1	0	0	1	bajo	2	0	0	1	1	0	bajo	2	4	bajo	desaprobado
60	jmh	f	32	s	1	no	0	1	1	1	1	0	medio	4	1	1	0	1	0	medio	3	7	medio	aprobado
61	desp	f	27	s	1	no	0	1	1	0	1	1	medio	4	0	1	0	1	1	medio	3	7	medio	aprobado
62	mesp	f	42	s	1	no	0	1	1	0	1	1	medio	4	1	0	0	1	1	medio	3	7	medio	aprobado

Nivel de conocimiento	Triaje	Atención en Víctimas en masa	Nota Final
Alto	>5	>4	>7
Medio	3-4	3	5-6
Bajo	<2	<2	<5

4. Anexo N°4 PLAN DE INTERVENCIÓN CIENTÍFICA

Título: Plan de intervención científica en Sistema Triage de Víctimas en Masa.

Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

I. INTRODUCCIÓN

Se presenta la revisión de los conceptos Atención en triaje y víctimas en masa que desde el punto de vista de las normas establecidas en el marco legal, en este contexto, la atención de las emergencias médicas, como la capacidad resolutive dirigida a la protección inmediata de la vida que se encuentra en peligro y promover en el conjunto de la población y de las entidades prestatarias de salud la prevención de enfermedades y muertes evitables, mediante programas como la Atención Pre-hospitalaria, y la coordinación integral con las unidades de urgencias de las entidades hospitalarias, orienta su accionar al cumplimiento de los objetivos y principios fundamentales de las políticas, planes y programas adoptados a nivel nacional y distrital, mediante la integración de componentes de la salud pública y privada, y con los diferentes niveles de atención y complejidad en que se encuentra organizado el sistema de salud con el fin último de garantizar el derecho a la vida, por ello es importante que el profesional de enfermería esté capacitado y tenga capacidad de resolución ante este tipo de eventos ya que es un eslabón clave para brindar un atención eficaz y oportuna tanto en el ámbito prehospitalario como intrahospitalario.

II. MARCO LEGAL

- Ley General de Salud LEY N° 26842. Reglamento de la Ley General de Salud NQ 2684
- Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos LEY N° 27604. Reglamento de LEY N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y

partos. Decreto Supremo N° 016-2002-SA.

- Norma Técnica para los servicios de Emergencia Resolución Ministerial N° 386-2006-MINSA.
- Ley del Trabajo de la Enfermera(o) LEY N° 27669. 357 4.3.2 Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o) DECRETO SUPREMO N° 004-2002-SA.
- R.M N° 386-2006/MINSA Aprueba la NT N° 042-MINSA/DGSP/V.01: “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”.
- RM N° 953-2006/MINSA que aprueba la NT N° 051-MINSA- 2006/OGDN - V.01 para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre.
- RM N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V0.1 ”Norma Técnica del Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.
- R.M. N° 769-2004-MINSA, que aprobó la NT N° 021-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica sobre Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- R.M. N° 866- 2007/MINSA, Conformación de la Unidad Funcional de la Central Nacional de Regulación de Referencias de Emergencia.

III. **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente plan se aplica en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora

IV. **JUSTIFICACION**

El Sistema de atención en víctimas en masa, dentro de las instituciones de salud, constituye una de las herramientas más importantes. Este se refiere al grupo de unidades, organizaciones y sectores que funcionan conjuntamente, aplicando procedimientos institucionalizados, para reducir al mínimo las discapacidades y la

pérdida de vidas ocasionadas en siniestros que generan demanda masiva mediante la utilización eficaz de todos los recursos existentes. El sistema se basa en procedimientos preestablecidos, que deben emplearse en las situaciones diarias de emergencia y adaptarse para responder a incidentes de grandes proporciones. Este sistema se establece para agilizar y ampliar los procedimientos cotidianos para aprovechar al máximo los recursos existentes, establecer una cadena de socorros multisectorial bien coordinada, restablecer con prontitud y eficiencia las operaciones normales de los servicios de emergencia y atención de salud tras el disturbio originado por el siniestro.

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Mejorar la atención del usuario a través del afianzamiento del conocimiento del profesional de enfermería en la atención de triaje en víctimas en masa.

Objetivos Específicos

- Capacitar al personal sobre los tipos de triaje en víctimas en masa tanto en el prehospitalario e intrahospitalario.
- Realizar simulacros en coordinación con las autoridades correspondientes a fin de garantizar el nivel de resolución que tienen el servicio ante este tipo de eventos.

VI. METODOLOGIA

Un plan de intervención científica es un conjunto de medidas de cambio que se toman en una organización para mejorar su rendimiento, el rendimiento profesional en nuestro caso. Pueden ser de muchos tipos: organizativas, curriculares, etc. El plan de intervención científica integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que se debe realizar en los diferentes procesos de la organización, para que

sean traducidos en un mejor servicio percibido. Este plan, además de servir de base para la detección de mejoras, nos debe permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar y la incorporación de acciones correctoras ante posibles problemas no previstos. Los temas que se fomentarán en el presente plan de intervención científica serán los siguientes:

Sistema De Atención De Víctimas En Masa

Es el grupo de unidades, organizaciones y sectores que funcionan conjuntamente y aplican los procedimientos institucionalizados, para reducir al mínimo las discapacidades y las pérdidas de vidas; consta de una cadena formada por brigadas multisectoriales de socorro, procedimientos de coordinación entre sectores participantes, una red de comunicaciones y transporte y un departamento hospitalario de urgencias eficiente. El sistema concluye cuando las víctimas han recibido toda la atención requerida.

Técnicas

Se utilizará medios audiovisuales, como presentaciones en Power Point, afiches, publicaciones en redes sociales, etc.; sobre artículos científicos, nuevos lineamientos y normativas que realice el MINSA o la OMS, estudios de investigación, los cuales se expondrán en reuniones técnicas del servicio de emergencia, así como la elaboración y distribución de trípticos informativos.

Se realizará demostraciones en las unidades del servicio por integrantes de los comités designados, pero también se contará con invitados especialistas del Hospital.

Coordinar con el área de Brigadistas del departamento de enfermería para realizar campañas de concientización del tema entre el personal y lograr una supervisión continua en el servicio de emergencia.

VII. RESULTADOS ESPERADOS

Se espera mejorar el nivel de conocimiento del personal de enfermería, así como perfeccionar la aplicación del sistema de atención en víctimas en masa.

VIII. EVALUACION

Se programará fechas de supervisión y evaluación sobre los temas impartidos y se aplicará test de conocimiento.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Presentación del programa de intervención	X											
Diseñar estrategias de intervención educativa sobre triaje y atención en víctimas en masa.		X										
Educación para la salud: Conocimiento de Triaje			X	X								
Conocer los niveles de atención de Triaje					X	X						
Conocer los modelos de Triaje							X	X				
Conocer la secuencia de Atención en víctimas en masa									X	X		
Evaluación y cierre del programa de intervención											X	X

