UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

ROL DE LA ENFERMERA DE TRIAJE EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SITUACIONES DE RIESGO VITAL, HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. DICIEMBRE 2025 - MARZO 2026

AUTORES:

PATIN LLUMIGUANO LEYDI KAROLINA

VÁSCONEZ ANDRADE SANDRA VANESSA

TUTOR:

MSC. PATRICIA GUERRA NARANJO

PUYO- ECUADOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada etapa de mi vida, por darme salud y sabiduría durante el transcurso de mi formación académica y personal. A mi madre, por ser mi mayor inspiración, por sus sacrificios silenciosos y sus valiosas enseñanzas. Gracias por su amor infinito, por inculcar en mí la perseverancia y enseñarme que la constancia y la fe hace posible lo imposible. Todo lo que soy y lo que he logrado es reflejo de su entrega, dedicación y ejemplo de vida.

A mis hermanas, Esthefania y Dayana por ser mis cómplices y consejeras, por su constante motivación a lo largo de este camino. A mi compañero de vida, por su amor incondicional y apoyo constante, gracias por estar presente incluso en los momentos más difíciles, a pesar de la distancia y por impulsarme a seguir adelante, este logro también es tuyo.

Leydi Karolina Patin Llumiguano

Dedico el presente trabajo a Dios, por hacer posible este sueño, que hoy se convierte en una realidad, y por cada experiencia vivida, que me ha permitido aprender.

A mi angelito en el cielo, mi madre, cuya memoria vive siempre en mi corazón y ha sido fuente de fortaleza, esperanza e inspiración para no rendirme en los momentos más difíciles. A mi padre y hermano quienes han sido un pilar fundamental a lo largo de mi formación académica. A pesar de los momentos difíciles y los desafíos enfrentados, su apoyo incondicional, sus consejos y su constante motivación han sido un pilar fundamental para seguir adelante y no rendirme. Asimismo, me lo dedico a mí, por la perseverancia, el esfuerzo y por no rendirme ante las adversidades.

Este camino no ha sido fácil, pero cada esfuerzo, cada sacrificio y cada aprendizaje han valido la pena para llegar hasta aquí, a las puertas de culminar mi formación profesional. Por ello, este logro no es solo mío, sino de todas las personas que, de una u otra manera, han sido parte de este camino y han dejado huella en mi vida.

Sandra Vanessa Vásconez Andrade

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi tutora, Mgtr. Patricia Guerra, por su guía, paciencia y valiosos conocimientos aportados durante el desarrollo de este trabajo. Asimismo, agradezco a la Universidad Estatal de Bolivar por brindarme la oportunidad de formarme como profesional, ya que no solo me permitió adquirir conocimientos, sino también crear recuerdos imborrables y valiosas amistades.

Agradezco a aquellas amigas que, con sus ocurrencias y risas, fueron mi refugio y de manera especial a esos dos amigos Joselin y Esteban, que siempre estuvieron presentes, tanto en las buenas como en las adversidades, por su compañía y las experiencias compartidas a lo largo de este camino.

Finalmente, agradezco a toda mi familia, por su apoyo, paciencia y motivación constante, quienes han sido mi pilar fundamental.

Leydi Karolina Patin Llumiguano

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este momento y por brindarme la fortaleza necesaria para superar cada desafío a lo largo de este proceso. Expreso mi sincero agradecimiento a mi tutora de tesis, MSc. Patricia Guerra Naranjo, por su valiosa orientación, dedicación y cocimientos, los cuales han sido fundamentales para la realización de este trabajo. Asimismo, a la Universidad Estatal de Bolívar, por haberme brindado la oportunidad de formarme académica y profesionalmente

De manera especial, agradezco a mi prima Mishelle, por su constante motivación, sus palabras de aliento y sus consejos, que han sido un impulso importante para alcanzar esta meta. Asimismo, a mi tía Geovanna, quien ha sido para mí como una segunda madre, gracias a su apoyo incondicional, cariño y motivación permanente. Finalmente, agradezco a mis amigas y compañeras, quienes se han convertido en mi segundo hogar; con ellas he compartido risas, lágrimas y múltiples experiencias que han marcado profundamente este proceso de formación.

Sandra Vanessa Vásconez Andrade

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICADO EMITIDO POR LA TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

La suscrita Lcda. Patricia Guerra, del presente Proyecto de investigación, como modalidad de titulación de grado de enfermería.

CERTIFICA

El proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado con el tema: **"ROL DE LA ENFERMERA DE TRIAJE EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DESITUACIONES DE RIESGO VITAL, HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. DICIEMBRE 2025 - MARZO 2026**, realizado por las estudiantes: **Leydi Karolina Patin Llumiguano** con **C.I. 0202513339 y Sandra Vanessa Vasconez Andrade** con **C.I. 0202312104**, han cumplido con los lineamientos teóricos y metodológicos contemplados en el reglamento de la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación publica respectiva. Es todo en cuanto puedo certificar en honor de la verdad facilitando a los interesados dar al presente, el uso legal que estimen conveniente.


Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
CLARA PATRICIA
GUERRA NARANJO

Lcda. Patricia Clara Guerra Naranjo
TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DERECHOS DE AUTOR

Nosotros Leydi Karolina Patin Llumiguano y Sandra Vanessa Vasconez Andrade portador/res de la Cédula de Identidad No 0202513339 y 0202312104 en calidad de autor/res y titular/es de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de investigación: **ROL DE LA ENFERMERA DE TRIAJE EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SITUACIONES DE RIESGO VITAL, HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. DICIEMBRE 2025 - MARZO 2026,** modalidad Proyecto de titulación, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
LEYDI KAROLINA PATIN LLUMIGUANO

Nombres y Apellidos

Leydi Karolina Patin Llumiguano

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
SANDRA VANESSA VASCONEZ ANDRADE

Nombres y Apellido

Sandra Vanessa Vasconez Andrade

TÍTULO

Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Diciembre 2025– Marzo 2026.

ÍNDICE

DEDICATORIA i

AGRADECIMIENTO ii

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO DE INVESTIGACIÓN, EMITIDO POR EL TUTOR iii

DERECHO DE AUTOR iv

TÍTULO v

ÍNDICE vi

RESUMEN EJECUTIVO xii

ABSTRACT xiii

INTRODUCCIÓN 1

1. EL PROBLEMA 4

1.1. Planteamiento del problema 4

1.2. Formulación del problema 6

1.3. Justificación de la investigación 7

1.4. Objetivos 9

1.4.1. Objetivo general 9

1.4.2. Objetivos específicos 9

CAPÍTULO II 10

2. MARCO TEÓRICO 10

2.1. Antecedentes de la investigación 10

3.1. Bases teóricas 14

2.2.1. Caracterización sociodemográfica del hospital Alfredo Noboa Montengro 14

2.2.2. Cartera de Servicio y Especialidades 14

2.2.3. Emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro 16

2.2.4. Evolución histórica del triaje.....17
2.2.5. Definición del Triaje 18
2.2.6. Objetivos del Triaje.....18
2.2.7. Principios del Sistema de Triaje 19
2.2.8. Sistema del Triaje de Manchester.....19
2.2.9. Concepto de emergencia y urgencia 21
2.2.10. Objetivos del sistema de emergencia 22
2.2.11. La Enfermera de Triaje.....22
2.2.12. Rol de la enfermera en el triaje.....22
2.2.13. Competencias de la enfermera de triaje 23
2.2.14. Funciones de la enfermera de triaje 23
2.2.15. Concepto de Riesgo vital.....24
2.2.16. Principales situaciones de riesgo vital en emergencia ...25
2.2.17. Concepto de detección temprana 25
2.2.18. Uso de escalas y herramientas 25
2.2.19. Razonamiento Clínico 29
2.2.20. Herramientas que utiliza la enfermera de triaje.....29
2.2.21. Capacitación continua y actualización normativas 30
2.2.22. Simulación clínica.....30
2.2.23. Entrenamiento en comunicación clínica.....30
2.2.24. Herramientas digitales de aprendizaje.....31
2.2.25. Evaluación periódica de competencias 31
2.2.26. Gestión del personal en base al sistema de triaje.....31
2.2.27. Protocolos institucionales y normativas nacionales de triaje 32
2.2.28. Amparo al paciente en situaciones de emergencia.....32
3.2. Definición de términos.....33

CAPÍTULO III 36
3. MARCO METODOLÓGICO 36
3.1. Nivel de la investigación 36
3.2. Diseño 36
3.3. Población y muestra 36
3.3.1. Criterios inclusión: 36
3.3.2. Criterios exclusión: 37
3.4. Sistema de variables 37
3.4.1. Variable independiente 37
3.4.2. Variable dependiente 37
3.4.3. Operacionalización de las variables 38
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 44
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 44
CAPITULO IV 45
4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS 45
4.1. Resultados del objetivo 1: Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería de triaje sobre los signos de riesgo vital en el área de emergencias. 45
4.2. Resultado del objetivo 2: Describir los criterios, protocolos y herramientas utilizados por la enfermera de triaje para la detección temprana de situaciones de riesgo vital. 58
4.3. Resultado del objetivo 3: Proponer una guía informativa actualizada sobre el uso del triaje en la detección de riesgos vitales en el área de emergencias. 64
CAPÍTULO V 86
5. MARCO ADMINISTRATIVO 113
5.1. Cronograma de actividades 113

5.2. Presupuesto.....117
CAPÍTULO VI.....118
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....118
6.1. Conclusiones.....118
6.2. Recomendaciones 119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 121
ANEXOS 131

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Escala de Glasgow*.....26
Tabla 2. *Interpretación del puntaje total*.....28
Tabla 3. *Edad del encuestado* 45
Tabla 4. *Denominación del puesto de trabajo* 46
Tabla 5. *Nivel de Instrucción* 46
Tabla 6. *Nivel de experiencia*.....47
Tabla 7. *Evaluación del estado de conciencia.* 48
Tabla 8. *Identificación de necesidades especiales.* 49
Tabla 9. *Toma y registro de signos vitales.* 49
Tabla 10. *Identificación de factores de riesgo y signos relevantes.*.....50
Tabla 11. *Orientación e información al paciente y familiares.* 51
Tabla 12. *Información sobre el proceso y tiempos de espera.*.....52
Tabla 13. *Capacitaciones sobre manejo del triaje.*.....53
Tabla 14. *Identificación de factores de riesgo y signos relevantes.*.....54
Tabla 15. *Revisión de la categorización según nivel de gravedad del paciente.* 55
Tabla 16. *Comunicación inmediata al personal médico.* 56
Tabla 17. *Descripción clara de la condición clínica.* 56
Tabla 18. *Responde preguntas del paciente y familiares.* 57
Tabla 19. *Funcionamiento del sistema de triaje.* 58
Tabla 20. *Disponibilidad de, guías, protocolos, de clasificación Manchester.* 59
Tabla 21. *Registro adecuado de información clínica.*.....60
Tabla 22. *Documentación de signos, síntomas y factores de riesgo.*...60
Tabla 23. *Actualización de conocimientos.* 61
Tabla 24. *Asignación de pulsera de colores según el nivel de urgencia.* 62
Tabla 25. *Transferencia adecuada del paciente.* 63
Tabla 26. *Monitoreo durante el tiempo de atención.* 64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Resolución de Consejo Universitario de tutor 131

Anexo 2: Validación del Instrumento de Investigación 135

Anexo 3: Evidencia del Consentimiento Informado 140

Anexo 4: Aplicación de la Encuesta.....144

Anexo 5: Informe de horas cumplidas.....152

Anexo 6. Oficio de entrega de la guía 155

Anexo 7: Evidencias Fotográficas.....156

Anexo 8. Certificado Anti - Plagio.....159

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se enfoca en analizar el rol que desempeña el personal de enfermería en el área de triaje para la detección temprana de situaciones de riesgo vital en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, durante el periodo Diciembre 2025 – Marzo 2026. El objetivo principal fue determinar el rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital en el área de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. La metodología empleada correspondió a un enfoque cuantitativo, de diseño transversal y bibliográfico, con un alcance descriptivo y observacional, ya que se realizó en un periodo determinado y permitió evidenciar de manera directa el desempeño del personal de enfermería e internos rotativos de enfermería en su práctica clínica. La población estuvo conformada por 16 enfermeros/as y 19 internos rotativos de enfermería provenientes de distintas universidades. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta estructurada de 24 preguntas, organizada en nueve secciones: características sociodemográficas, preparación del área, valoración inicial, registro de datos, comunicación con el paciente, actualización profesional, asignación del nivel de prioridad, comunicación y derivación, y seguimiento. En los resultados se evidencio que el personal de enfermería en triaje cumple un rol fundamental en la detección temprana del riesgo vital; sin embargo, se identifican ciertas limitaciones que hacen necesaria la capacitación continua. Asimismo, aunque el uso de protocolos y herramientas es esencial, pero su aplicación no siempre es frecuente. En respuesta a estas necesidades, se elaboró una guía informativa orientada a fortalecer los conocimientos, habilidades y actualización del personal, con el fin de optimizar los procedimientos y garantizar una atención de calidad.

Palabras claves: rol de enfermería, Internos rotativos de enfermería, triaje, emergencia, urgencia, riesgo vital, signos de alarma, sistema de triaje Manchester, atención.

ABSTRACT

This study focuses on analyzing the role of nursing staff in the triage area for the early detection of life-threatening situations at the Alfredo Noboa Montenegro Hospital, during the period December 2025 – March 2026. The main objective was to determine the role of the triage nurse in the early detection of life-threatening situations in the emergency department of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital. The methodology employed was a quantitative, cross-sectional, and bibliographic study with a descriptive and observational scope, as it was conducted over a specific period and allowed for direct observation of the performance of nursing staff and rotating nursing interns in their clinical practice. The population consisted of 16 nurses and 19 rotating nursing interns from various universities. A structured survey of 24 questions, organized into nine sections, was used to collect data: sociodemographic characteristics, area preparation, initial assessment, data recording, communication with the patient, professional development, priority level assignment, communication and referral, and follow-up. The results showed that nursing staff in triage play a fundamental role in the early detection of life-threatening risks; however, certain limitations were identified that necessitate ongoing training. Furthermore, although the use of protocols and tools is essential, their application is not always frequent. In response to these needs, an informational guide was developed to strengthen the knowledge, skills, and professional development of staff, with the aim of optimizing procedures and ensuring quality care.

Keywords: nursing role, rotating nursing interns, triage, emergency, urgency, life-threatening risks, warning signs, Manchester triage system, care.

INTRODUCCIÓN

El término triaje, proveniente del francés *"trier"*, hace referencia a los procesos de clasificación y organización y se aplica en el ámbito sanitario para ordenar a los pacientes según la gravedad de sus lesiones y la urgencia de atención requerida. Este proceso puede desarrollarse en tres fases: prehospitalaria, en el lugar del incidente y al ingreso al servicio de urgencias. Existen diversos sistemas de triaje implementados a nivel mundial, cuyo objetivo principal es garantizar una atención priorizada y eficiente, optimizando los recursos disponibles y el tiempo de respuesta (Charles & Rourke, 2023).

En el servicio de emergencia hospitalaria, el triaje constituye el primer contacto del paciente con el sistema de salud, representando una herramienta esencial para asegurar una atención oportuna y segura. Su eficacia depende directamente de la capacitación y actualización continua del personal de enfermería, ya que de ello se deriva la correcta clasificación de los pacientes y la calidad de la atención brindada (NIH, 2025).

El área de emergencias es vital dentro de un establecimiento de salud, cuya misión principal es preservar la vida del paciente o prevenir complicaciones graves. Funciona de manera continua, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y en hospitales de segundo y tercer nivel cuenta con unidades especializadas de alta capacidad resolutiva (Waldo, 2020).

El proceso de atención en emergencias se inicia en el área de triaje, donde el paciente es evaluado de manera rápida y sistemática siendo el personal de enfermería, el punto inicial de contacto entre el paciente y el sistema de salud. Puesto que, determina la prioridad de atención según la gravedad de sus signos y síntomas. Mediante la valoración inicial de signos vitales y manifestaciones clínicas, el personal de salud puede tomar decisiones oportunas y efectivas, derivando al paciente al área correspondiente para continuar con la atención médica, exámenes complementarios, diagnóstico y tratamiento adecuados (IESS, 2025).

La función del personal va más allá de la recepción y clasificación; es fundamental en la identificación temprana de riesgos vitales, garantizando la

priorización adecuada y la atención médica inmediata. Además, esta labor se combina con otras responsabilidades complementarias, como la coordinación del flujo asistencial, el registro oportuno de información y la educación al paciente y su familia (Alcázar, 2022).

La capacitación en soporte vital básico y avanzado permite que la enfermera de triaje desarrolle competencias clave para reconocer signos de alarma e intervenir rápidamente, orientando al paciente hacia la atención correspondiente. Esto contribuye a reducir los tiempos de espera, aumentar la seguridad del paciente y mejorar su satisfacción (Moya & Rivas, 2021).

La coordinación del servicio de emergencia debe estar a cargo de un profesional con amplia experiencia, capaz de liderar al equipo de manera eficiente, optimizando aspectos como transporte, asignación de personal y comunicación. Asimismo, el personal de salud debe estar preparado para atender situaciones desde las más comunes hasta eventos poco frecuentes o desastres.

De esta manera, con la combinación de personal capacitado, recursos tecnológicos e infraestructura adecuada, es posible brindar una atención de calidad y calidez a los pacientes, tanto en hospitales básicos como en centros de mayor complejidad, donde se dispone de servicios de emergencia y urgencias.

La presente investigación se encuentra estructurado en seis capítulos, además de incluir secciones preliminares y complementarias.

- **Capítulo I: El Problema.** Aborda el planteamiento del problema desde los niveles macro, meso y micro, destacando el contexto internacional, nacional y local relacionado con el rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital. Asimismo, se presenta la formulación del problema, la justificación que sustenta su relevancia social, institucional y académica, el objetivo general y los objetivos específicos.
- **Capítulo II: Marco Teórico.** Integra antecedentes investigativos desarrollados en distintos contextos, lo que permite contrastar la realidad local con estudios previos. De igual manera, se desarrollan las bases teóricas relacionadas con el rol de enfermería y situaciones de

riesgo vital, triaje Manchester, sus principios, objetivo, escalas de valoración, funciones del enfermero/a. Finalmente, se incluye un glosario de términos claves.

- **Capítulo III: Marco Metodológico.** Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño transversal y alcance descriptivo, observacional, permitiendo analizar el desempeño del personal de enfermería e internos rotativos de enfermería en un periodo determinado. La población estuvo conformada por 16 enfermeros/as y 19 internos rotativos de enfermería de distintas universidades. Se incluye también la operacionalización de variables, las técnicas de recolección de datos y el procesamiento estadístico que fundamenta la validez de los resultados.
- **Capítulo IV: Resultados.** Presenta los hallazgos obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta mediante tablas y gráficos que facilitan el análisis de la información, actitudes, habilidades y conocimientos del personal en el área de emergencia. Este capítulo constituye el eje central del estudio.
- **Capítulo V: Marco Administrativo.** Contempla los recursos humanos, materiales e institucionales necesarios, además del presupuesto y el cronograma de actividades, lo que garantiza la viabilidad de la investigación.
- **Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones.** Sintetiza los principales resultados, destacando las fortalezas y debilidades en la formación de los profesionales e internos rotativos de enfermería. Asimismo, propone recomendaciones orientadas a mejorar la formación académica, la práctica clínica y la identificación temprana de signos de alarma en la atención hospitalaria.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1.Planteamiento del problema

A lo largo del tiempo y en diferentes partes del mundo, incluyendo Latinoamérica y Ecuador, los servicios de emergencia han experimentado importante avances y transformaciones, consolidándose en el modelo que se conoce actualmente; no obstante, este proceso de evolución ha estado influenciado por factores como el incremento de la demanda asistencial, la limitación de recursos humanos y materiales, la sobrecarga laboral del personal de salud y la insuficiente capacitación continua. Estas condiciones en algunos casos, ha generado dificultades para garantizar una atención oportuna, segura y centrada en las necesidades de cada usuario (Guerrero & Cañarte, 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) cada año se atribuyen entre 5,7 y 8,4 millones de muertes anuales a la atención de calidad deficiente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que representa hasta el 15 % de las muertes en esos países; es decir, que a nivel general existe un alto nivel de deficiencia sobre todo en los países tercermundistas. Por otro lado, en los países de ingresos altos, se estima que el 10 % de pacientes sufre algún tipo de daño relacionado con la atención hospitalaria inadecuada y cabe prever que 7 de cada 100 hospitalizados presentan eventos adversos prevenibles.

Por su parte la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), analiza las causas de insatisfacción de los ciudadanos de 31 países respecto a su atención médica. La investigación revela que el 17 % de los usuarios ha sentido insatisfechas sus necesidades por culpa a los tiempos de espera. Solo un 35,7 % de pacientes son vistos por el especialista antes del mes (Narváez et al., 2023).

El panorama general respecto al triaje es amplio y presenta variaciones importantes relacionas con las características de los pacientes que llegan a los servicios de emergencia. Según Hernández (2022), existen diferentes grupos etarios que requieren de atención en el servicio de emergencia, que con mayor

frecuencia se encuentran entre los 15 y 59 años, siendo los traumatismos la principal causa de consulta en este rango. A partir de los 60 años, las enfermedades cardiovasculares representan el primer lugar, observándose además en este grupo la mayor prevalencia de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial.

La edad parece influir en la priorización de la atención, ya que se ha observado un menor porcentaje de pacientes clasificados como prioridad alta ente los adultos mayores de 85 años, en comparación con aquellos de 65 a 85 años.

En el contexto latinoamericano, Becker (2020), reporta que las mujeres representan el 60 % de las consultas de triaje en un hospital de Sao Paulo; sin embargo, en otro hospital de la misma ciudad, el 58% de las consultas correspondieron a hombres. Por su parte, el autor Molano (2024), en Colombia señala que las mujeres son quienes acuden con mayor frecuencia al servicio de emergencias y entre los principales motivos de consulta se incluyen problemas maternos, dolor abdominal, traumatismos y alteraciones del sistema osteomuscular.

Según Herrera (2022), indica que la clasificación del triaje puede verse influenciado por factores relacionados con el personal de salud, como la edad, experiencias, el turno laboral y la cantidad de pacientes asignados. En un 38% de los casos los proveedores de atención prehospitalaria asignan una clasificación de triage diferente a la del equipo de enfermería de los centros de urgencias, incluso cuando se aplica el mismo protocolo.

En este contexto, independientemente del horario de consulta, la mayoría de los pacientes se clasifican como triage de prioridad baja (amarillo, verde o azul), representando el 89%, mientras que solo un 4,2% fueron categorizados como triage rojo, es decir, como urgencias, según un estudio realizado en Brasil. Este patrón se observa de manera similar en otros contextos: en Haití, el 41% de los pacientes correspondieron a triage amarillo y solo el 3,7% a triage rojo; en Australia, el 44% de las consultas fueron consideradas no urgentes; y en Botswana, el 46% de los pacientes se ubicaron en la categoría de prioridad baja.

Estudios desarrollados en Ecuador sobre la gestión de calidad y

satisfacción del usuario del servicio de emergencia demuestran que alrededor del 60% que, si bien está dentro de los parámetros y dimensiones de calidad, pero requiere mejoras especialmente en la gestión de procesos, pues cerca del 30% de usuarios no se encuentran recibiendo una adecuada atención. Esta inconformidad está vinculada a la falta de claridad y comunicación efectiva por parte del personal de enfermería acerca de los procedimientos médicos, incluyendo la forma en que se aplica el Triaje lo que limita la comprensión de los pacientes y afecta la confianza en el servicio (Santos et., al 2021).

Esta evidencia científica revela que la toma de decisiones clínicas equivocada de los profesionales de la salud representa el 34% de las complicaciones médicas hospitalarias. De estas complicaciones, el 6% resulta en incapacidad permanente, mientras que el 8% culmina en la muerte del paciente (Ghodsi Astan et al., 2022).

La actuación por parte del personal de enfermería no solo impacta en la calidad del cuidado, sino también en la recuperación y la satisfacción general de los pacientes que son parte del sistema de salud, ya que, se identifican varios factores que afectan negativamente la toma de decisiones durante la atención médica, como la falta de información completa sobre el estado inicial del paciente, la carencia de privacidad y la insuficiente dotación de personal (Abu Arra et al., 2023).

Por otro lado, se evidencia que la deficiencia de políticas hospitalarias específicas, la actualización de protocolos, la carencia de formación continua y los conflictos interpersonales, constituyen factores que dificultan el proceso en la toma de decisiones apropiadas por parte de los profesionales de enfermería a la hora de brindar atención.

1.2.Formulación del problema

En virtud a lo expuesto, surge la inquietud de formular el siguiente planteamiento del problema:

¿Como influye el rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Diciembre 2025 – Marzo 2026?

1.3.Justificación de la investigación

El triaje es un proceso de clasificación que prioriza la atención según la gravedad clínica, garantizando intervenciones oportunas en urgencias y emergencias. El profesional de enfermería desempeña un rol decisivo, pues a través de la valoración clínica inicial identifica signos de alarma y prioriza la atención de manera oportuna y segura.

Analizar sus roles resulta ***importante*** para detectar falencias en la práctica, fortalecer competencias y optimizar los protocolos de atención, contribuyendo así a una mejora continua en la calidad del servicio. De esta manera, se asegura no solo la eficacia en la detección temprana de riesgos, sino también la satisfacción y seguridad del paciente durante su atención en el área de emergencias.

El presente estudio se considera ***viable,*** puesto que se contó con la participación voluntaria de los profesionales de enfermería e internos rotativos, que laboran en el servicio de emergencia, lo que facilito la recolección de información confiable y pertinente. Además, se dispuso de la apertura institucional del Hospital Alfredo Noboa Montenegro para la ejecución de las actividades planteadas, lo cual asegura el respaldo necesario para el desarrollo adecuado del trabajo investigativo.

Su ***pertinencia*** radica en que, al identificar con claridad las funciones, responsabilidades y competencias de los profesionales en triaje, se favorece una atención eficiente, humanizada y accesible para los usuarios. Esto repercute directamente en la mejora de la experiencia del paciente dentro del sistema hospitalario, fortaleciendo la confianza en los servicios de salud y asegurando una práctica de enfermería más segura y efectiva.

En el caso específico del Hospital Alfredo Noboa Montenegro que atiende a una población heterogénea proveniente tanto de zonas urbanas como rurales, se vuelve **i*mprescindible*** que el personal de salud actúe bajo protocolos estandarizados y posea competencias que le permitan brindar información clara, precisa y oportuna. En este contexto, se destaca la necesidad

de reforzar los conocimientos mediante capacitación con el fin de garantizar el derecho de los pacientes a una atención inclusiva, equitativa y respetuosa.

Los ***beneficiarios*** directos de este estudio serán, en primera instancia, los profesionales de enfermería que se desempeñan en el establecimiento de salud, quienes, al reconocer sobre sus roles, competencias clínicas y capacidades de toma de decisiones, podrán ejecutar intervenciones más efectivas, seguras y basadas en la priorización adecuada de los pacientes según su condición. Este proceso contribuye al perfeccionamiento de sus destrezas profesionales y a la consolidación de un ejercicio asistencial de mayor calidad.

De igual forma, el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro se verá beneficiado, ya que al disponer de un equipo de enfermería mejor capacitado logrará sostener sus estándares de calidad asistencial, optimizar los tiempos de respuesta en el área de emergencia y reducir la incidencia de eventos adversos que puedan comprometer la seguridad del paciente. Esto se traduce en una mayor eficiencia institucional y en un mejor posicionamiento en términos de gestión hospitalaria.

Por último, los usuarios que acuden al hospital constituyen el grupo beneficiario más significativo, dado que recibirán una atención oportuna, precisa y resolutiva, enfocada en la identificación temprana de signos y síntomas de riesgo vital. Esto permitirá prevenir complicaciones mayores, garantizar la continuidad de cuidados y promover una experiencia de atención segura, humanizada y acorde con las necesidades clínicas y culturales de la población atendida.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital en el área de emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería de triaje sobre los signos de riesgo vital en el área de emergencias.
- Describir los criterios, protocolos y herramientas utilizados por la enfermera de triaje para la detección temprana ante situaciones de riesgo vital.
- Proponer una guía informativa actualizada sobre el uso del triaje en la detección de riesgos vitales en el área de emergencia.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales

En una investigación realizada por Palacios (2021) en Perú, titulada ***"Intervención de enfermería al paciente en el área de triaje del servicio de emergencia",*** se analizó el rol de la enfermería en la atención de pacientes dentro del área de triaje. El estudio reveló que esta área es fundamental en toda institución sanitaria y que el profesional de enfermería es el más adecuado para desempeñar dicha función. Asimismo, destacó que las intervenciones de enfermería en triaje deben considerar tanto el nivel de conocimiento como las habilidades del personal.

Los principales indicadores de conocimiento se relacionan con la clasificación de los pacientes según signos y síntomas, y la priorización de los casos graves; mientras que los indicadores de habilidad corresponden a la precisión y eficacia en la atención brindada.

En otra investigación realizada en México por Benito (2020), titulada **"*Competencias y técnicas de enfermería en los servicios de urgencias"***, se tuvo como objetivo investigar las competencias del personal de enfermería que labora en dichos servicios. La metodología empleada fue una revisión bibliográfica de documentos y artículos científicos, complementada con datos estadísticos oficiales. Los resultados evidenciaron que la saturación de los servicios de urgencias genera un deterioro en la calidad asistencial, manifestado en un aumento de pacientes no atendidos, altas voluntarias, revisitas, fallecimientos y reclamaciones.

El estudio concluye en que es indispensable contar con personal de enfermería debidamente calificado, capaz de aplicar las competencias y técnicas específicas requeridas para la atención en urgencias. Además, se resalta la necesidad de implementar un servicio de triaje eficiente, que permita mejorar la organización y la priorización de los pacientes en los servicios de

emergencia

Una investigación realizada en Indonesia (Trisyani et al., 2023), titulada **"*Competencia de las enfermeras de urgencias en el contexto de los servicios de urgencias: un estudio cualitativo"*,** se tuvo como objetivo explorar las competencias de las enfermeras de urgencias en el contexto del departamento de emergencias clínicas, de acuerdo con las necesidades de la sociedad.

El estudio identificó ocho competencias fundamentales en el personal de enfermería de urgencias: transformación de la práctica de enfermería, atención a pacientes críticos agudos, comunicación y coordinación, abordaje en situaciones de desastre, reflexión sobre estándares éticos y legales, competencia investigadora, competencias docentes y liderazgo. La interrelación de estas competencias dio lugar a dos conceptos centrales: la ampliación del rol de la enfermería en urgencias y la necesidad de un rol avanzado dentro de este ámbito. Los hallazgos reflejan la importancia de fortalecer las competencias del personal de enfermería que labora en contextos de urgencia, en respuesta a las demandas actuales de la sociedad.

En una investigación realizada en Chile (Flores et al., 2020), titulada "***Eficiencia del sistema de triaje en un servicio de emergencia hospitalario****"*, se tuvo como objetivo determinar la eficiencia del sistema de triaje en una unidad de emergencia de un hospital público del sur del país. Los resultados mostraron que existía retraso en la atención de usuarios con riesgo vital y una categorización inadecuada del nivel de gravedad, lo que generaba demoras en la atención y saturación de las unidades de emergencia. Esta situación provocó un déficit en la eficiencia del sistema de triaje y una disminución en la calidad de la atención brindada.

Nacionales

En un estudio realizado por (Oldrich et al., 2024), en Ibarra, titulado **"*El rol de la enfermería en el manejo de emergencias: desde el triage hasta la atención integral"*,** se abordó la función crucial del personal de enfermería en emergencias y desastres, enfatizando la importancia de la preparación, la capacitación continua y la comunicación efectiva. Los hallazgos destacaron que una formación integral, que incluya tanto habilidades técnicas como competencias no técnicas, es indispensable para fortalecer la capacidad de

respuesta en situaciones críticas. Además, la comunicación efectiva se identifica como un pilar esencial para garantizar la coordinación entre enfermeras y otros servicios de emergencia, promoviendo una atención más ágil y organizada. En consecuencia, se enfatiza la necesidad de que las instituciones sanitarias prioricen programas de capacitación en gestión de desastres, incorporando el desarrollo de habilidades clínicas junto con el trabajo en equipo interdisciplinario.

En Manabí en una investigación realizada por Alcázar (2023), titulada "***Rol de Enfermería en los Servicios de Emergencias"*,** se destacó la importancia fundamental del personal de enfermería en la atención de urgencias y emergencias. Se evidenció que su rol supera el cuidado directo al paciente, involucrando también la gestión y formación de recursos humanos. Los hallazgos señalaron que la enfermería es crucial para garantizar la atención y recuperación exitosa mediante la evaluación y el triaje, la estabilización y los cuidados iniciales, la coordinación del equipo, la administración de medicamentos y terapias, el apoyo emocional y psicológico. La capacidad del personal de enfermería para tomar decisiones rápidas, trabajar en equipo y proporcionar cuidados de calidad marca la diferencia entre la vida y la muerte de los pacientes, siendo su práctica basada en conocimientos, habilidades técnicas y dedicación. Por lo tanto, se concluye que es fundamental reconocer, valorar y apoyar el rol de enfermería en situaciones críticas, asegurando los recursos necesarios para el cumplimiento exitoso de sus responsabilidades.

En otra investigación realizada por Barrera & Zavala (2024), en Guayaquil titulado **"*Cumplimiento de las actividades de enfermería en la atención de pacientes que asisten al área de triaje en el hospital del norte de Guayaquil, año 2023"*,** la cual tuvo como objetivo investigar el cumplimiento de las actividades de enfermería en la atención de pacientes en el área de triaje. En los hallazgos se revelo que la mayoría del personal se encuentra en el rango de 35 a 44 años, son mujeres con grado académico de tercer nivel y cuentan con 3 a 4 años de experiencia en la institución, lo que podría asociarse con una mayor adaptabilidad a nuevas tecnologías y métodos de trabajo. La combinación de profesionales con distintos niveles de experiencia contribuye a la diversidad y riqueza en la atención de triaje. Además, se evidenció que la

recepción y acogida de pacientes adultos se realiza de manera completa y especializada, destacando la dedicación del personal y la asignación específica de responsabilidades, lo que garantiza una atención centrada en el paciente que sea eficiente e integral.

Locales

En Guaranda, una investigación realizada por Mirian (2024), titulada ***"El tiempo de espera en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, implementación de un plan de mejora"***. El estudio tuvo como objetivo disminuir los tiempos de espera en el área de triaje del servicio de emergencias mediante la implementación de un plan de mejora, el cual se basó en la socialización del uso correcto del Triaje de Manchester al personal de enfermería. Esta estrategia permitió optimizar la priorización de las emergencias, mejorar la organización del servicio y responder de manera más eficiente a la alta demanda de pacientes y a las inquietudes de los usuarios y sus familiares.

Entre los principales hallazgos, se evidenció que el 90% del personal de enfermería fue capacitado sobre la correcta aplicación del Triaje de Manchester, fortaleciendo y actualizando sus conocimientos para una adecuada gestión de la demanda en el servicio de emergencia. Como resultado, se logró reducir los tiempos de espera prolongados para la atención médica, disminuir los niveles de insatisfacción de los usuarios y brindar una atención más oportuna, eficaz, segura y centrada en las necesidades del paciente.

Asimismo, mediante la realización de charlas educativas y la entrega de material informativo (trípticos), se consiguió concientizar al 70% de los usuarios, quienes lograron comprender el orden y proceso de atención, la identificación de las emergencias, el funcionamiento del Triaje de Manchester y los tiempos de espera según su condición médica. Además, se resaltó la importancia de la colaboración con el personal de enfermería a través de una comunicación efectiva, fortaleciendo así las relaciones interpersonales dentro del servicio de emergencia.

2.2.Bases teóricas

2.2.1. Caracterización sociodemográfica del hospital Alfredo Noboa Montengro

Figura 1. ***Ubicación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro***



Nota: *Tomado de Google maps*

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro, ubicado en las calles J.M. Cisneros y Selva Alegre, en la ciudad de Guaranda, provincia de Bolívar, Ecuador, Este hospital funciona las 24 horas y es una entidad del Ministerio de Salud Pública (MSP), clasificado como un hospital de segundo nivel perteneciente a la Zona 5 de Salud. Su infraestructura cuenta con un diseño horizontal de hormigón de dos pisos con un subsuelo para administración, con aproximadamente 19,000 metros cuadrados de construcción.

2.2.2 Cartera de Servicio y Especialidades

El Hospital presta atención integral en varios ámbitos de la salud. Entre las especialidades y servicios que atienden están:

Consulta externa: Compuesto por 12 consultorios

- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia
- Cirugía General
- Medicina Interna

- Gastroenterología
- Dermatología
- Traumatología
- Urología
- Cardiología
- Audiología
- Odontología
- Psiquiatría (modalidad itinerante)

Hospitalización: Con un total de 112 camas disponibles:

Medicina Interna	22 camas
Cirugía General	23 camas
Ginecología	35 camas
Pediatría	20 camas
UCI	2 camas
Neonatología	10 puestos
Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico	
Laboratorio clínico:	LAC 2
Rayos X	2
Ecografía	1
Tomografía computarizada	1
Mamografía (según turnos programados)	1
Farmacia	1
Emergencia y unidad crítica	
Puestos de triage	1 con 2 puestos
Unidades de choques	1
Sala de procedimientos	1
Consultorio de atención	4 tópicos
Puestos de observación	8
Centro Obstétrico y Quirúrgico	
Sala de partos	2
Quirófanos	2

Puestos de recuperación	4

2.2.3. Emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

El servicio de emergencia es una unidad hospitalaria especializada que brinda atención inmediata, continua y oportuna a pacientes en situaciones críticas o de urgencias, en las que muchas veces se delimita la frontera entre la vida y la muerte. Este servicio está conformado por un sistema integral de profesionales capacitados, recursos técnicos y una infraestructura adecuada que garantizan la atención rápida y eficaz. El servicio de emergencia se organiza en diferentes áreas con el fin de:

- Clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición.
- Priorizar la atención en casos críticos.
- Garantizar un flujo ordenado y seguro de usuarios.
- Optimizar recursos humanos y materiales.
- Favorecer la atención integral del paciente como ser biopsicosocial.
- La infraestructura suele estar organizada en bloques o espacios específica lo que facilita la atención.

En primer lugar, se encuentra el bloque de admisión, donde se recibe al paciente, se realiza un registro e identificación y se apertura la historia clínica correspondiente. Este espacio constituye la puerta de entrada al servicio y permite orientar y dirigir de manera inmediata al usuario hacia la siguiente etapa. A continuación, el paciente es evaluado en el área de triaje, donde se determina y clasifica su condición clínica según el nivel de gravedad. En este proceso se realiza la toma de signos vitales y una breve entrevista orientada a obtener la información más relevante sobre el motivo de consulta. Debido a la alta demanda de pacientes, esta valoración tiene una duración aproximada de cinco minutos. La adecuada aplicación de este procedimiento garantiza que los casos más urgentes reciban atención prioritaria y contribuye a evitar la saturación del sistema de salud.

Una vez realizada la clasificación, los pacientes pueden ser derivados a los consultorios de emergencia, destinado principalmente a la valoración clínica y tratamiento de situaciones no críticas, o en casos más graves, a la sala de shock trauma, que está equipada con los recursos necesarios para estabilizar

de forma inmediata a quienes se encuentra en estado crítico. Del mismo modo, el servicio dispone de un cubículo para Ginecología diseñado para la atención específica de mujeres gestantes que presentan emergencias durante el embarazo, parto y puerperio y el bloque de Pediatría.

Para los pacientes con enfermedades infectocontagiosas se han implementado las salas de aislamiento, cuyo objetivo es evitar la propagación de patologías dentro del hospital y proteger tanto al personal de salud como a los demás usuarios.

Asimismo, el área de emergencia cuenta con bloques de hospitalización diferenciados en hombres, mujeres y pediátricos, lo que favorece la organización, garantiza la privacidad y asegura un cuidado más seguro y adecuado según las características de cada grupo poblacional.

Finalmente, se encuentra la habitación de pacientes críticos, destinada al monitoreo constante y al tratamiento intensivo de quienes requieren vigilancia estrecha y cuidados especializados debido a la gravedad de su condición.

2.2.4. Evolución histórica del triaje

El termino triaje proviene del francés trier, que significa “seleccionar” o “clasificar”, su uso se remonta a las guerras napoleónicas, al ser acuñado el termino por el médico militar francés Dominique Jean Larrey en 1792, quien decidió priorizar la atención de los soldados heridos que tenían posibilidades de recuperación para que pudieran reincorporarse al combate, mediante su sistema clasificaba a los heridos en tres niveles: heridos peligrosos, heridos menos peligrosos y heridos leves. Con este sistema se comprobó la reducción de mortalidad en la guerra.

El triaje en los servicios de urgencias fue introdujo por Richard Weinernan en 1964, posteriormente, se implementó en los Estados Unidos un sistema de clasificación de pacientes basado en tres niveles según su gravedad: emergente, urgente y no urgente. En el año 1995, dicho sistema fue ampliado a cuatro niveles que comprendían las categorías de emergencia, alta potencia de urgencia, urgencia potencial y no urgencia. Sin embargo, este modelo no alcanzó una amplia aceptación ni aplicación práctica generalizada dentro de los servicios.

Con el tiempo, este proceso se perfeccionó y fue implementado como un sistema organizado de selección y priorización de pacientes heridos durante la Primera Guerra Mundial y en otros conflictos de los siglos XIX y XX (Herrera, 2022).

Hoy en día el triaje es un sistema de clasificación médica que permite priorizar la atención de los pacientes según la agudeza y gravedad de su condición clínica. A través de una breve evaluación, determina el tiempo y el orden en que cada paciente debe ser atendido, ya sea en el ámbito prehospitalario o en los servicios de urgencias, con el fin de optimizar los recursos disponibles y mejorar las posibilidades de supervivencia.

2.2.5. Definición del Triaje

El Triaje constituye la base fundamental en la atención del usuario para mejorar la asistencia médica, especialmente en situaciones donde la demanda supera la capacidad del servicio y las necesidades clínicas exceden a los recursos disponibles, con el fin de minimizar posibles daños y riesgos asociados a la congestión (Chávez & Guillermo, 2025).

Este método consiste en evaluar y clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición clínica y el riesgo que implica su estado para la salud. Es así que, el triaje se define como un proceso dinámico y continuo que facilita la asignación adecuada de los pacientes al área o servicio que garantice una atención más rápida y efectiva, priorizando aquellos casos que requieren intervención inmediata (Palau, 2024).

2.2.6. Objetivos del Triaje

- Identificar de manera oportuna a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida.
- Reducir la congestión de las áreas de tratamiento.
- Facilitar información fluida a los pacientes y familias sobre el tipo de servicio según las necesidades de exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas preliminares y el tiempo de espera probable.
- Establecer un lenguaje común entre todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros asistenciales.
- Mejorar la calidad de las organizaciones en la asistencia a las urgencias.

2.2.7. Principios del Sistema de Triaje

Los principios fundamentales del sistema de triaje estructurado son:

- Debe ser un sistema de triaje de enfermería no excluyente, integrado en la dinámica del servicio donde se prioriza la urgencia del paciente.
- Constituirse como un modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triaje, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.
- Disponer de un programa informativo de apoyo a la toma de decisiones clínicas que han sido evaluado y validado, permitiendo la documentación sistemática de la anamnesis y del proceso de clasificación.
- Deber ser un sistema integrado en un modelo de mejora continua de calidad, con monitorización de indicadores de calidad de triaje, que defina un estándar de motivos de consulta.
- Ha de ser un sistema de triaje estructurado holístico, aplicable tanto en el ámbito de urgencia hospitalaria como extrahospitalaria y utilizable en pacientes pediátricos y adultos, sin depender del tipo de hospital, dispositivo o centro asistencial.

2.2.8. Sistema del Triaje de Manchester

Es uno de los triajes más estandarizados, utilizado en Ecuador como eje central en la organización de los servicios de urgencias Hospitalarias. Este sistema estructurado clasifica a los pacientes en cinco niveles de prioridad ya que, mejora el pronóstico de los pacientes, determina el momento adecuado para su tratamiento, fortalece la eficiencia y efectividad clínica del sistema de emergencia y es aplicado tanto en adultos como en pacientes pediátricos, permitiendo una atención más organizada y eficiente (Cairdenas & Ferrera, 2022).

El triaje se organiza en cinco niveles, cada uno se caracteriza de su color y un tiempo de espera determinado con el fin de garantizar una atención oportuna y eficiente según la urgencia del caso:

Nivel I (Rojo): Corresponde a la prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. Incluye situaciones que comprometen la vida del paciente como:

- Paro Cardiaco Respiratorio.
- Traumas Severos.
- Heridas o Sangrados Graves
- Infarto de Miocardio
- Shock
- Quemadura de cara que comprometen la vía aérea
- Quemadura de II y III grado
- Aplastamientos

Nivel II (Naranja): Situaciones de emergencia de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso, demora de asistencia médica de 10 -15 minutos, entre los cuales se encuentra:

- Traumas moderados
- Alteración del estado de conciencia
- Asfixia
- Quemaduras Leves
- Sangrados moderados
- Intoxicaciones

Nivel III (Amarillo): Urgencia, pero estable hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas, espera máxima de 60 minutos.

- Traumas leves sin compromiso de la consciencia
- Infecciones
- Dolor agudo
- Deshidratación
- Fracturas
- Luxaciones
- Fiebre en niños menores de 2 años

Nivel IV (Verde): Urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente, con un máximo de espera de 2 horas.

- Diarrea
- Dolor al orinar
- Alergias

- Dolores de más de 24 horas
- Fiebre en mayores de 2 años

Nivel V (Azul): Sin urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, demora hasta 4 horas.

- Dolores o golpes de más de 3 días de evolución
- Dolor de garganta
- Enfermedades de la piel, pelo o uñas

2.2.9. Concepto de emergencia y urgencia

La diferencia entre emergencia y urgencia se centra en el nivel de amenaza y la rapidez con que se necesita atención.

Emergencia

La Organización Mundial de la Salud, menciona que una emergencia es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos o causar daño irreversible y en la que la aplicación de los primeros auxilios es importante.

Se destacan las siguientes características:

- Hacen peligrar la vida de la persona, algún órgano o parte esencial de su organismo.
- Dicha situación aparece casi siempre de forma súbita.
- Requiere de atención especializada inmediata.
- Suele requerir hospitalización de la persona, salvo raras excepciones.
- La solicitud de atención proviene de la familia o del entorno donde se ha producido el problema.
- Precisa de la concurrencia de instituciones no sanitarias para la plena instauración de la asistencia sanitaria.
- Este tipo de eventos exige intervención inmediata por parte del personal de emergencia, con el fin de preservar la vida y evitar secuelas permanentes (OMS, 2023).

Urgencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la aparición fortuita (imprevista o inesperada) de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o a sus allegados.

Por otro lado, una urgencia hace referencia a una situación que requiere atención médica inmediata, pero sin que exista un riesgo vital inminente. Se trata de condiciones que, si bien no amenazan directamente la vida, necesitan intervención para evitar un deterioro significativo o la aparición de complicaciones.

2.2.10. Objetivos del sistema de emergencia

- **Reducir la mortalidad y morbilidad:** Estandarizar procedimientos para mejorar resultados clínicos a largo plazo.
- **Atención rápida y eficiente:** Priorizar casos graves para que reciban atención inmediata.
- **Preservar la vida:** Se debe asegurar la respiración, circulación y control de hemorragias para evitar el deterioro fatal.
- **Prevenir el agravamiento:** Evitar lesiones adicionales y complicaciones.
- **Aliviar el sufrimiento:** Reducir el dolor y la ansiedad del paciente.
- **Preparar para el traslado:** Dejar en condiciones óptimas para la llegada de servicios médicos avanzados.

2.2.11. La Enfermera de Triaje

El equipo de salud está conformado por profesionales capacitados miembros de distintos ámbitos disciplinarios que velan por el bienestar integral del paciente, es así que, en este contexto, la enfermera de triaje desempeña un papel crucial, siendo la primera profesional en tener contacto directo con el paciente y en valorar la condición clínica y priorizar la asistencia según el nivel de urgencia. Además, contribuye a optimizar el flujo de pacientes, coordinar la asistencia con el equipo de salud y salvaguardar la vida mientras desempeñan otras actividades como coordinadores, documentadores o educadores.

Es por ello que el personal de enfermería asume diversas funciones dentro de la práctica clínica, lo que le permite desenvolverse de manera eficaz y responder de forma integral a las necesidades de los pacientes, en el entorno de emergencia.

2.2.12. Rol de la enfermera en el triaje

El rol de la enfermería en triaje constituye un componente esencial en la organización y eficiencia de los servicios de emergencias, al permitir la

valoración inicial de los pacientes, la identificación de la gravedad y la asignación de prioridades de atención. Su actuación es multifacética ya que, no solo se limita al cuidado clínico, sino también, abarca la educación, promoción de la salud y la defensa de los derechos de los pacientes (UNIR, 2024).

La capacidad de toma de decisiones rápidas, la priorización de casos y la coordinación con el equipo médico son aspectos fundamentales que fortalecen la eficiencia operativa del servicio de emergencias.

Además, del rol asistencial, la enfermera de triaje desempeña un rol docente al promover la actualización de protocolos clínicos y fomentar la educación del paciente y su familia, este rol contribuye al fortalecimiento del conocimiento profesional y a la calidad de la atención en el sistema de emergencias.

Finalmente, en su rol investigador la enfermera participa en la recolección, análisis e interpretación de datos relacionados con la eficiencia y efectividad del triaje, evaluando indicadores como tiempos de espera, resultados clínicos y adecuación de los recursos para mejorar las prácticas de enfermería.

2.2.13. Competencias de la enfermera de triaje

La enfermera de triaje requiere un conjunto de competencias que incluyen habilidades, destrezas, actitudes, conocimientos clínicos actualizados, juicio crítico para la toma de decisiones rápidas, comunicación efectiva, con el equipo multidisciplinario y la capacidad de liderazgo que le permite al profesional de la salud ejercer su rol de manera eficiente, segura y ética, (Preciado & Chamba, 2025).

Las competencias integrales permiten identificar riesgos vitales, coordinar cuidados y mejorar la satisfacción del paciente, contribuyendo de manera decisiva en la recuperación y seguridad de quienes acuden al servicio de emergencia, para de esta manera contribuir a reducir complicaciones, prevenir demoras inapropiadas y optimizar el uso de los recursos hospitalarios, asegurando que los pacientes reciben una atención eficiente, oportuna y humanizada.

2.2.14. Funciones de la enfermera de triaje

Según (Flaubert et al., 2021) en su estudio, ¨El futuro de la enfermería

2020 – 2030: trazando un camino hacia la equidad en salud¨ menciono que, las funciones generales de los enfermeros en situaciones de desastres incluyen proporcionar primeros auxilios, cuidado clínico avanzado y medicamentos que salvan vida, evaluar y clasificar a las víctimas, asignar recursos y monitorear las necesidades de salud física y mental continuas.

En contraste los enfermeros se especializan en la atención inmediata y critica en que incluye funciones como:

- **Valoración inicial y triaje:** Clasificar a los pacientes de acuerdo a su gravedad de su condición, priorizando aquellos en riesgo vital.
- **Monitoreo constante:** Registrar y vigilar signos vitales de forma continua para detectar cambios clínicos oportunamente.
- **Administración de medicamentos y fluidoterapia:** Aplicar tratamientos indicados por el médico de turno y vigilar posibles efectos.
- **Procedimientos de enfermería:** Consiste en un conjunto de procesos como curaciones, sondajes, venopunciones, oxigenoterapia, y otras intervenciones según la necesidad del paciente.
- **Educación al paciente y familiares:** Explicar los procedimientos, cuidados y medidas de prevención durante la estancia hospitalaria.
- **Coordinación y comunicación efectiva:** Mantener una comunicación, interacción con todo el equipo de salud ya sea, médicos, auxiliares que garantices la atención integral.
- **Registro y documentación:** Intervenciones realizadas y cambios en el estado del paciente.
- **Gestión de recursos:** Verificar disponibilidad de insumos, equipos y medicamentos para asegurar el funcionamiento del servicio.

2.2.15. Concepto de Riesgo vital

Los riesgos vitales son aquellas alteraciones del estado de salud que comprometen la vida del paciente, generando un peligro inminente de muerte o secuelas funcionales graves en las funciones esenciales del organismo, como la ventilación, la circulación y el estado de conciencia. Estas situaciones requieren una detección rápida y una intervención oportuna, con el fin de evitar complicaciones irreversibles o un desenlace fatal (Escalante et al., 2021).

En este contexto, la capacidad del personal de salud y particularmente

de la enfermera de triaje para reconocer de manera temprana estos signos es un factor determinante, ya que, de ello depende no solo la supervivencia del paciente, sino también la reducción del riesgo de secuelas graves a largo plazo.

2.2.16. Principales situaciones de riesgo vital en emergencia

Las situaciones que ponen en peligro la vida y la hemodinamia del paciente son consideradas de alto riesgo y demandan acción urgente (Vilela et al, 2022).

- Paro cardiorrespiratorio
- Shock
- Insuficiencia Respiratoria
- Trauma Grave
- Alteración del estado de conciencia

2.2.17. Concepto de detección temprana

La detección temprana es el proceso de identificar lo más pronto posible signos y síntomas de deterioro clínico, antes de que el paciente entre en falla orgánica.

La identificación temprana de los signos de alarma y su impacto en la disminución de la mortalidad representan una responsabilidad fundamental del equipo de salud multiprofesional. Aproximadamente el 80% de los pacientes hospitalizados presentan manifestaciones de deterioro clínico hasta las 24 horas antes de un evento crítico. Comúnmente, alteraciones de los parámetros vitales preceden estas situaciones.

No obstante, la ausencia de instrumentos de evaluación y documentación puede dificultar la capacidad del personal sanitario para reconocer oportunamente estos signos. Por lo tanto, la identificación tardía puede posibilitar la aparición de alteraciones irreversibles en los sistemas respiratorio, cardiovascular y neurológico, lo que incrementa significativamente los riesgos de morbilidad y mortalidad (Sousa et al., 2024).

2.2.18. Uso de escalas y herramientas

Escala ABCDE

La evaluación ABCDE es un método sistemático de valoración primaria del paciente que permite identificar problemas que amenazan la vida de manera rápida y continua. Su uso es fundamental en el triaje, puesto que,

ayuda a priorizar a los pacientes que requieren intervención inmediata (Bruinink et al., 2024).

A: Vía aérea: Identifica la presencia de obstrucción, permitiendo la permeabilidad.

B: Respiración: Valora la frecuencia respiratoria, saturación de O2, simetría torácica, uso de músculos accesorios, ruidos respiratorios. Con el fin de asegurar una oxigenación adecuada.

C: Circulación: Pulso y presión arterial, llenado capilar, color y temperatura de la piel, presencia de hemorragias. Mediante la intervención del control de sangrado para prevenir shock y paro cardiorrespiratorio.

D: Estado neurológico: Pupilas, glicemia capilar, déficit total, para detectar ACV, hipoglucemia, intoxicaciones.

E: Exposición: Busca lesiones ocultas, heridas, fractura y erupciones que permite el mantenimiento de la temperatura y protege la intimidad del paciente.

Escala de Glasgow

La escala de coma de Glasgow es una herramienta clínica objetiva y estandarizada que permite evaluar el estado neurológico de pacientes con daño cerebral tras un traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular y deterioro de la conciencia. Se evalúa 3 parámetros importantes entre ellos, respuesta ocular, respuesta verbal y motora, determinando la severidad ya sea leve, moderada y grave. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos (Jainista et al.,2025).

Tabla 1. *Escala de Glasgow*

Parámetro	Respuesta	Puntuación
Apertura ocular	Espontánea	4
	A órdenes verbales	3
	A estímulo doloroso	2
	No hay respuesta	1
Respuesta verbal	Orientada y conversando	5
	Desorientado y conversando	4
	Palabras inapropiadas	3

	Sonidos incomprensibles	2
	No hay respuesta	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada y flexión	4
	Flexión anormal	3
	Extensión	2
	No hay respuesta	1

Nota: Escala de Glasgow Cleveland (2023).

Interpretación del puntaje total

- **13 – 15 puntos: Leve.** Paciente con estado de conciencia conservado o con alteración mínima. Requiere observación y valoración periódica.
- **9 – 12 puntos: Moderado.** Existe compromiso neurológico significativo, requiere evaluación médica urgente y monitorización continua.
- **3– 8 puntos:** Grave. Estado crítico con alto riesgo vital, requiere manejo inmediato de vía aérea y atención en unidad de cuidados intensivos.

Escala de Cincinnati

Es una de las escalas más empleadas para la valoración de funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus o accidente cerebro vascular, evalúa tres signos claves en el entorno prehospitalario, lo que permite una identificación temprana del evento y una actuación inmediata durante la valoración del triaje, contribuyendo a la reducción de secuelas y a la mejora del pronóstico del paciente. Esta escala evalúa:

- **Asimetría facial:** Se pide al paciente que sonría o muestre los dientes, si se mueven de la misma manera ambos lados de la cara, no existe ningún problema, pero si un lado de la cara no se mueve, se cae o se observa desviación de la boca indica posible afectación del nervio facial.
- **Debilidad en brazos:** Se pide al paciente a que cierre sus ojos y levante sus brazos durante 10 segundos, estamos frente a una situación normal cuando ambas extremidades se mantienen en esa posición, pero si de lo

contrario al pedirle que haga esta acción un brazo cae o tiene movimientos inadecuados estamos frente a un déficit motor contralateral a la lesión cerebral.

- **Disartria:** Pedimos al paciente que repita una oración o frase sencilla, si el paciente pronuncia de forma correcta la oración todo está normal, pero si de lo contrario no puede pronunciar y arrastra las palabras es un signo de alarma (Grefa, 2022).

Escala de NIHSS

Es una herramienta clínica que permite evaluar la gravedad de un Accidente Cerebrovascular (ACV), mediante la medición de déficits neurológicos que permite detectar signos tempranos de ictus, cuantificando la severidad mediante una puntuación de (0-42) donde una puntuación más alta indica mayor severidad, ayudando a guiar al tratamiento y predecir el pronóstico del paciente (Luna, Hernández, 2025).

La NIHSS consiste en 10 ítems que evalúan diversas funciones neurológicas, incluyendo:

- La conciencia
- La mirada
- El campo visual
- La función motora de brazos y piernas
- La ataxia
- La sensibilidad
- Los reflejos
- El lenguaje
- La disartria
- La negligencia

Tabla 2. *Interpretación del puntaje total*

Puntaje NIHSS	**Severidad clínica**
0	Sin síntomas de ACV
1–4	ACV leve
5–15	ACV moderado
16–20	ACV moderado-grave

21–42	ACV severo

Nota: *Puntuación de escala de NIHSS.*

2.2.19. Razonamiento Clínico

El razonamiento clínico es un proceso cognitivo que permite al profesional de la salud analizar la información del paciente para interpretar su condición, establecer diagnóstico, tomar decisiones y definir planes de intervención. Este proceso incorpora diversas herramientas y metodologías que fortalecen la toma de decisiones, facilitan el análisis de situaciones clínicas reales, permite reconocer indicadores de riesgo inminente y favorece la aplicación de un juicio profesional adecuado (López & Gómez, 2020).

Un factor estrechamente vinculado con la eficacia del triaje en enfermería de urgencias es la competencia de razonamiento clínico, esta capacidad permite identificar información relevante para la toma de decisiones críticas, valorar alternativas de acción y seleccionar la intervención más adecuada según el contexto.

En el área de triaje, la enfermera debe determinar con rapidez si un paciente necesita atención inmediata basándose en la impresión inicial obtenida durante la valoración. En este proceso el razonamiento clínico resulta esencial para priorizar de manera segura y precisa (Hernández & López, 2024).

2.2.20. Herramientas que utiliza la enfermera de triaje

La implementación herramientas educativas fortalece las competencias del personal sanitario y constituye un elemento central dentro de un modelo de atención orientado a la calidad y la seguridad del paciente. En el entorno hospitalario, estas acciones formativas se dirigen especialmente al equipo de emergencia, donde resultan fundamentales para optimizar la valoración inicial y favorece la identificación temprana de situaciones de riesgo vital.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la capacitación del personal en valoración inicial y clasificación de pacientes es un componente esencial para fortalecer los servicios de emergencia. Una formación adecuada mejora la capacidad del profesional para reconocer signos críticos, priorizar de manera correcta y reducir errores en la atención (Hernández et.,al 2021).

Para que las estrategias educativas en salud sean efectivas, es

fundamental adaptarlas al nivel educativo, cultural y emocional del usuario. No todos los pacientes comprenden los términos médicos o los procedimientos clínicos de la misma manera, por lo que el personal de salud debe utilizar un lenguaje accesible, ejemplos prácticos y recursos visuales que refuercen el mensaje. Esta personalización aumenta la adherencia a las recomendaciones, mejora la relación entre el profesional y el paciente, y fortalece la autonomía del usuario en el autocuidado (Santillán, 2024).

2.2.21. Capacitación continua y actualización normativas

La educación continua se define como aquellas actividades planificadas para construir la base educativa y de experiencia para el enfermero, este proceso incorpora diversas modalidades académicas como: cursos, seminarios, talleres y licenciaturas en función de la naturaleza problemática de la sociedad y en el contexto, buscando un resultado de excelencia en el proceso de aprendizaje.

Es por ello, que la capacitación continua de las enfermeras de triaje es esencial para garantizar un cuidado seguro y oportuno, puesto que, les permite actualizar conocimientos y aplicar protocolos de manera eficaz. De este modo, la formación constante y la estandarización de procesos se convierten en factores determinantes para la seguridad del paciente, generando un impacto directo en la reducción de complicaciones, la optimización del flujo de atención y en la mejora de resultados en el servicio de emergencia.

2.2.22. Simulación clínica

Los simulacros son herramientas de alta eficiencia en el entrenamiento del personal de triaje, mediante escenarios controlados que recrean situaciones reales de emergencias que permite:

- Desarrollar habilidades de valoración rápida
- Afianzar el razonamiento clínico
- Practicar la toma de decisiones bajo presión
- Corregir errores sin riesgo para el paciente

2.2.23. Entrenamiento en comunicación clínica

La comunicación efectiva es indispensable en el triaje donde el tiempo es limitado y las decisiones deben transmitirse con claridad, Los programas de entrenamiento incorporan técnicas de entrevista rápida orientadas a recolectar

información esencial en segundos. Estas habilidades aseguran una coordinación adecuada del equipo, reduce errores y facilitan la fluidez en el flujo de pacientes, especialmente cuando exista riesgo vital.

2.2.24. Herramientas digitales de aprendizaje

El uso de recursos digitales amplía oportunidades de capacitación en triaje, plataformas virtuales, simuladores digitales cursos de la OPS, módulos interactivos, video demostrativos y aplicaciones clínicas ofrecen entrenamiento continuo, accesible y adaptable al ritmo del profesional.

Estas herramientas permiten reforzar competencias en algoritmos de clasificación, reconocimiento de signos críticos, toma de decisiones y manejo inicial del paciente, además facilita la actualización permanente con contenidos basados en la evidencia (González et al., 2023).

2.2.25. Evaluación periódica de competencias

La evaluación periódica es un proceso sistemático mediante el cual se valora de manera regular los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de triaje, con el fin de garantizar un desempeño adecuado, identificar áreas de mejora y asegurar la calidad y seguridad en la clasificación de pacientes (Palau, 2024).

2.2.26. Gestión del personal en base al sistema de triaje

El hecho de que en el triaje estructurado no se utilicen diagnósticos médicos, sino que únicamente se evalúen signos y síntomas en base a un protocolo informatizado, fiable y validado, que enfermería ha demostrado poder utilizar con igual seguridad que los médicos, y por otro, la dimensión de cuidados, en forma de recepción y acogida, que envuelve al proceso de triaje, hacen del profesional de enfermería óptimo para realizar esta función.

El proceso del triaje y la evaluación inicial del paciente se realiza siguiendo los principios del proceso enfermero, generando una información que puede ser la base para la implementación de lenguajes estandarizados como diagnósticos de enfermería, objetivos o intervenciones, generándose desde este punto todo el proceso de atención de enfermería que acompañará al paciente en su estancia (Ibarra, 2024).

La enfermera de triaje es responsable de la planificación de las intervenciones de enfermería y puede ser responsable de la utilización de

procedimientos y protocolos de técnicas diagnósticas o terapéuticas médicas iniciales, según protocolos de triaje avanzado.

2.2.27. Protocolos institucionales y normativas nacionales de triaje

Los protocolos institucionales y las normativas nacionales constituyen el marco regulatorio que guía la actuación de la enfermera de triaje y garantiza un proceso estandarizado, seguro y coherente para la detección temprana de situaciones de riesgo vital. Estos documentos establecen criterios, procedimientos y niveles de prioridad que deben aplicarse en los servicios de emergencia, evitando la variabilidad en la práctica clínica y asegurando una atención equitativa (Ibarra, 2024).

En cuanto a las normativas nacionales estas buscan garantizar la atención integral conforme a criterios científicos.

2.2.28. Amparo al paciente en situaciones de emergencia

Art. 7.- Situación de emergencia. - Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo (Ministerio de Salud Pública, 2006).

De acuerdo a la Ley Orgánica de la Salud se establece:

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de

derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 32.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intangible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (Ministerio de Defensa Ncional del Ecuador, 2021).

La Constitución de la República del Ecuador menciona en los: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (Ministerio de Defensa Nacional del Ecuador, 2021).

2.3. Definición de términos

1. **Asfixia:** Es una condición médica caracterizada por una insuficiencia o interrupción del intercambio gaseoso necesario para mantener la oxigenación adecuada de los tejidos del cuerpo (Clínica Universidad de Navarra).
2. **Competencia:** Son aquellas habilidades, destrezas, actitudes, conocimientos clínicos actualizados, juicio crítico para la toma de decisiones rápidas, con el equipo multidisciplinario y la capacidad de liderazgo que le permite al profesional de la salud ejercer su rol de manera eficiente, segura y ética (Preciado & Chamba, 2025).
3. **Continuo:** Consiste en permanecer actualizado, incorporar nuevas herramientas, buscar innovación, y enfrentar los problemas que surgen en un contexto diverso de enseñanza-aprendizaje, profundizando sus funciones de mediadores y de facilitadores del conocimiento (Molina & Becererril,

2025).

4. **Desastre:** Evento súbito, natural o provocado por el hombre, que impacta negativamente la salud y el funcionamiento de una comunidad o sistema de salud, superando su capacidad de respuesta y requiriendo apoyo coordinado para mitigar daños, restablecer servicios esenciales e implementar medidas de recuperación (OPS, 2024).
5. **Dinámico:** Es una situación o estado actual influye directamente en su estado futuro, es decir, presenta cambio continuo o evolución a lo largo del tiempo y su comportamiento depende de reglas de cambio que ligan los estados de un momento con los siguientes (Van, 2022).
6. **Disartria:** Es un trastorno motor del habla que afecta la articulación debido a debilidad, lentitud o falta de coordinación muscular por daño neurológico (Torres, 2022).
7. **Emergencia:** La Organización Mundial de la Salud, menciona que una emergencia es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos o causar daño irreversible y en la que la aplicación de los primeros auxilios es importante (OMS, 2023).
8. **Función:** Es un conjunto de actividades específicas que realiza el individuo o institución para cumplir un propósito dentro de un sistema, especialmente en el desempeño profesional (Arcila, 2024)**.**
9. **Hemodinamia:** Es una rama de la medicina que se centra en el estudio del flujo sanguíneo y su dinámica en el sistema cardiovascular que rigen el flujo de la sangre a través del sistema circulatorio, incluyendo factores como la presión arterial, el volumen sanguíneo y la resistencia vascular (Zuleta, 2024).
10. **Holístico:** Se refiere a la naturaleza interactiva y cambiante del cuidado, abarcando desde el proceso de atención dinámico (Collins & Baafi, 2025).
11. **Indicadores:** Es un medio para la aprehensión de conocimiento sobre aspectos de la realidad no directamente perceptibles o medibles (Lugo, 2021).
12. **Integral:** Es una manera de comprender las dimensiones posibles que describirían de forma completa las múltiples realidades, así como las permanentes interrelaciones externas con la colectividad (Hinojosa, 2023).

13. **Interdisciplinario:** Evidencia los nexos entre las diferentes áreas curriculares, reflejando una acertada concepción científica del mundo; lo cual demuestra cómo los fenómenos no existen por separado y que, al interrelacionarlos por medio del contenido, se diseña un cuadro de interpelación, interacción y dependencia del desarrollo del mundo (Rodriguez et al.,2021).
14. **Luxaciones:** Desplazamiento de superficies articulares que provoca pérdida de la relación anatómica normal de una articulación (MedlinePlus, 2024).
15. **Riesgo vital:** Es una condición médica grave que implica peligro inminentemente de muerte o de una secuela severa si no recibe atención médica inmediata e impostergable (Alcazár, 2023)**.**
16. **Rol:** Es un conjunto de funciones, responsabilidades y comportamientos siendo componente esencial en la organización y eficiencia de los servicios de emergencias, al permitir la valoración inicial de los pacientes, la identificación de la gravedad y la asignación de prioridades de atención abarca la educación, promoción de la salud y la defensa de los derechos de los pacientes (UNIR, 2024).
17. **Shock:** es un síndrome de hipoperfusión tisular con insuficiente entrega de oxígeno a los órganos, que puede ser causado por alteraciones en volumen sanguíneo, función cardíaca o resistencia vascular (Zapata et al., 2024).
18. **Súbita:** Es la variedad de condiciones y circunstancias que pueden surgir sin previo aviso, desde la aparición de síntomas hasta la progresión de enfermedades y eventos fatales (Clínica Universidad de Navarra, 2023).
19. **Triaje:** Es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles (Camarco, 2024).
20. **Urgencia:** Situación clínica que requiere atención rápida para evitar deterioro o complicaciones, no necesariamente es riesgo inmediato de muerte (UNIR, 2022).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1.Nivel de la investigación

El nivel de investigación es descriptivo y observacional debido a que se describe y se observa características de un determinado grupo, situación o fenómeno (Stewart, 2024).

3.2.Diseño

El diseño de la investigación es cuantitativo, transversal y bibliográfico.

- **Cuantitativo**

Según (Sánchez et al., 2024) menciona que, el enfoque cuantitativo se basa en la recolección de datos numéricos y su análisis estadístico para responder preguntas de investigación. En el presente estudio, se adopta un enfoque cuantitativo, ya que, mediante la aplicación de encuestas como instrumento de recolección de datos, se obtuvo información medible que permitió analizar los resultados en función de los objetivos planteados.

- **Transversal**

De acuerdo con Zendesk (2023), manifiesta que la investigación transversal "es un tipo de estudio de investigación en el que se observa a un grupo de personas o se recopila cierta información, en un momento determinado o en el transcurso de un periodo corto.

- **Bibliográfico**

Esta técnica consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas virtuales, artículos y revistas como Scielo, Elsevier, Medlineplus y tesis relacionadas al tema de nuestro estudio.

3.3.Población y muestra

La población de estudio, está conformado por 16 enfermeros/as y 19 Internos Rotativos de Enfermería las diferentes universidades dando un total de 35 encuestados que se encuentran rotando por el servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

3.3.1. Criterios inclusión:

- Enfermeras que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Personal que firme el consentimiento informado.
- Enfermeras que trabajen en el área de emergencia
- Internos Rotativos que se encuentren en el servicio de emergencia

3.3.2. Criterios exclusión:

- Personal de enfermería e Internos Rotativos que no firmen el consentimiento informado
- Enfermeras que no trabajen en el área
- Internos Rotativos de Enfermería que no estén rotando por el servicio de emergencia.

3.4.Sistema de variables

3.4.1. Variable independiente

Rol de la enfermera de triaje.

3.4.2. Variable dependiente

Detección temprana de situaciones de riesgo vital.

3.4.3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Independiente: Rol de la enfermera de triaje	Se refiere al conjunto de funciones, competencias, conocimientos, habilidades y actitudes que desempeña la enfermera en el área de triaje, incluyendo la evaluación inicial del paciente, la clasificación de la gravedad, la coordinación del equipo de atención y la aplicación de protocolos de urgencias para garantizar una atención segura y oportuna (Advent health university, 2025).	Características socio demográficas	Edad	• 20 – 29 años • 30 – 39 años • 40 – 49 años • 50 – 59 años • Mayor a 60 años
			Denominación del puesto	• Licenciado/a de enfermería • Interno/a rotativo de enfermería
			Nivel de instrucción	• Título de tercer nivel (licenciatura) • Posgrado (Maestría) • PHD (Doctorado) • Especialidad (Formación profesional específica en el área) • Internado Rotativo de enfermería
			Nivel de experiencia	• < 1 año • 1– 3 años • 3– 5 años

				• 5– 10 años • > 10 años • Practicas preprofesionales
		Preparación	Funcionamiento del sistema de triaje	• Siempre • Casi siempre • Ocasionalmente • Usualmente • Casi nunca
			Disponibilidad de, guías, protocolos, de clasificación Machester	• Siempre • Casi siempre • Ocasionalmente • Usualmente • Casi nunca
		Valoración inicial	Evaluación del estado de conciencia	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente
			Identificación de necesidades especiales	• Siempre • Casi siempre • Ocasionalmente • Usualmente • Casi nunca

			Toma y registro de signos vitales	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente
			Identificación de factores de riesgo y signos relevantes	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente
		Registro de datos	Registro adecuado de información clínica	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente Muy frecuentemente
			Documentación de signos, síntomas y factores de riesgo	• Siempre • Casi siempre • Ocasionalmente • Usualmente • Casi nunca
		Comunicación con el paciente	Orientación al paciente y familiares	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente

			Información sobre el proceso y tiempos de espera	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente
		Actualización profesional	Actualización de conocimientos	• Siempre • Casi siempre • Ocasionalmente • Usualmente • Casi nunca
			Participación en capacitaciones.	• Siempre • Casi siempre • Ocasionalmente • Usualmente • Casi nunca
Dependiente Detección temprana de situaciones de riesgo vital.	Es la capacidad de identificar de manera rápida y precisa a los pacientes que presentan condiciones críticas o potencialmente fatales, permitiendo priorizar su atención, iniciar intervenciones	Asignación de nivel de prioridad	Asignación correcta del nivel de urgencia	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente
			Revisión de la categorización del paciente	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente

	oportunas y reducir la probabilidad de complicaciones o mortalidad (OPS, 2024).	Comunicación y derivación oportuna	Comunicación inmediata al personal médico	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente
			Descripción clara de la condición clínica	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente Muy frecuentemente
			Transferencia adecuada del paciente	• Nunca • Raramente • Ocasionalmente • Frecuentemente • Muy frecuentemente
		Seguimiento del paciente	Monitoreo durante el tiempo de atención.	• Siempre • Casi siempre • Ocasionalmente • Usualmente • Casi nunca
			Responde preguntas del paciente y familiares.	• Siempre • Casi siempre • Ocasionalmente • Usualmente

				• Casi nunca

3.5.Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación se empleo la técnica de la encuesta, propia del enfoque cuantitativo, con el propósito de recopilar información sobre actitudes, comportamientos, opiniones y características sociodemográficas de las enfermeras de triaje y de los Internos Rotativos de Enfermería.

El instrumento está conformado por 24 preguntas estructuradas, organizadas en nueve secciones: la primera corresponde a las características sociodemográficas; la segunda, a la preparación del área; la tercera, a la valoración inicial; la cuarta, al registro de datos; la quinta, a la comunicación con el paciente; la sexta, a la actualización profesional; la séptima, a la asignación del nivel de prioridad; la octava, a la comunicación y derivación; y la novena, al seguimiento. Estas secciones permiten obtener datos medibles, comparables y relevantes para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Asimismo, la encuesta utiliza la escala de Likert como tipo de respuesta, lo que permite medir de manera cuantitativa las actitudes y opiniones de los participantes, facilitando su análisis e interpretación estadística.

3.6.Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se emplea la estadística descriptiva, entendida como el conjunto de procedimientos que permite organizar, resumir y presentar la información de manera clara y sistemática, facilitando su interpretación.

Los datos se recolectan mediante la aplicación de encuestas dirigidas a las enfermeras de triaje del servicio de emergencia y a los Internos Rotativos de Enfermería del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Posteriormente, la información se codifica, tabula y procesa utilizando el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión para Windows.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. Resultados del objetivo 1: Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería de triaje sobre los signos de riesgo vital en el área de emergencias.

Tabla 3. *Edad del encuestado*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 – 29 años	19	54,3
30 – 39 años	11	31,4
40 – 49 años	5	14,3
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

Se evidencia una predominancia de personal joven dentro del servicio de emergencia, principalmente conformado por Licenciados e Internos Rotativos de Enfermería que se encuentran en etapas iniciales de su desarrollo profesional. Esta característica sugiere un equipo con alta capacidad de adaptación, motivación por el aprendizaje y actualización constante de conocimientos; sin embargo, también puede implicar una menor experiencia clínica frente a situaciones críticas propias del área. La Organización Panamericana de la Salud (2023) destaca que, la combinación de profesionales jóvenes con personal experimentado favorece el aprendizaje colaborativo y mejora la calidad de la atención en servicios de alta demanda como emergencia.

Tabla 4. *Denominación del puesto de trabajo*

Denominación del puesto	Frecuencia	Porcentaje
Licenciado/a	16	45,7
Interno rotativo de enfermería	19	54,3
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

En el rol de enfermería en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, se evidencia una participación relevante tanto de Licenciados como de Internos Rotativos de Enfermería dentro del servicio de emergencia, lo que conforma un equipo de atención dinámico donde convergen la experiencia clínica y el proceso formativo. De igual manera, investigaciones como la de (Zambrano et al., 2024) señalan que el desempeño del personal de enfermería en servicios de emergencia es determinante para la atención oportuna de pacientes críticos, resaltando la necesidad de competencias clínicas sólidas y trabajo en equipo para enfrentar situaciones que comprometen la vida.

Tabla 5. *Nivel de Instrucción*

¿Cuál es su nivel de instrucción académica y condición profesional en el área de emergencia?		
Nivel de Instrucción	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Posgrado (Maestría)	16	45,7
Interno rotativo de enfermería	19	54,3
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

En relación con el nivel de instrucción, se evidencia que el personal de enfermería cuenta con formación de posgrado (maestría), lo que refleja un avance en su desarrollo profesional y el fortalecimiento de competencias especializadas dentro del servicio de emergencia, por otra parte los Internos Rotativos de Enfermería se encuentran en proceso de formación académica y adquisición de conocimientos mediante las practicas preprofesionales lo que contribuye al desarrollo progresivo de habilidades clínicas y competencias asistenciales. Este nivel de preparación resulta fundamental en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, ya que proporciona mayores herramientas teóricas y habilidades clínicas para la valoración integral del paciente. Asimismo, en el artículo de Elsevier (2024) enfatiza que el desarrollo de competencias en enfermería evoluciona desde niveles básicos hasta expertos, siendo la formación avanzada un factor clave para mejorar el juicio clínico en escenarios críticos.

Tabla 6. *Nivel de experiencia*.

Indique el nivel de experiencia en el área de emergencia			
Nivel de experiencia		**Frecuencia**	**Porcentaje**
	1– 3 años	1	2,9
	3– 5 años	3	8,6
	5– 10 años	10	28,6
	> 10 años	2	5,7
	Total	16	45,7
	Prácticas preprofesionales	19	54,3
Total		35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

El nivel de experiencia de los Licenciados en enfermería, se evidencia

la presencia de profesionales con distintos años de trayectoria del servicio de emergencia, lo que forma un equipo heterogéneo en cuanto a conocimientos prácticos y habilidades clínicas. El autor (Armayor, 2024) menciona que, la profesión de enfermería, sin perder su esencia, está en continua evolución para afrontar y responder a los retos cambiantes en salud de la población, contribuyendo así a la reducción de complicaciones y a la mejora de los resultados en los pacientes atendidos en servicios de emergencia.

Tabla 7. *Evaluación del estado de conciencia*

3. ¿Evalúa el estado de conciencia del paciente de acuerdo con los criterios establecidos en el Triaje de Manchester?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	27	77,1
Casi siempre	8	22,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

La evaluación del estado de conciencia del paciente, conforme a los criterios establecidos en el Triaje de Manchester, se reconoce como una práctica ampliamente integrada en el que hacer del personal de enfermería, evidenciándose que la mayoría de los profesionales la realiza siempre, mientras que el resto refiere que casi siempre lo aplica. Esto refleja un adecuado cumplimiento de este criterio fundamental. La valoración del estado neurológico es importante porque permite identificar de forma temprana deterioro cognitivo o signos de daño neurológico.

Los autores (Contreras & Reyes, 2024) destacan que, la valoración clínica en el triaje, incluyendo la evaluación neurológica, es esencial para clasificar adecuadamente la urgencia del paciente y optimizar la atención en los servicios de emergencia, señalando además que la correcta aplicación del triaje depende de la formación continua del personal.

Tabla 8. *Identificación de necesidades especiales*

4. ¿Identifica si el paciente posee alguna discapacidad que requiera adaptaciones en la atención?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	27	77,1
Casi siempre	7	20,0
Ocasionalmente	1	2,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

La identificación de pacientes que presentan alguna discapacidad que requieren adaptaciones en la atención se reconoce como una práctica integrada en el accionar del personal de enfermería, evidenciándose que la mayoría lo realiza siempre y casi siempre, lo que favorece una atención individualizada y oportuna; sin embargo quienes lo hacen especialmente en aquellos con condiciones que pueden dificultar la comunicación, movilidad o respuesta clínica, Según Pastor (2024), la discapacidad intelectual es un factor predictivo del aumento en la frecuencia de utilización de los servicios de urgencias y de consultas, por ello, es fundamental considerar a este grupo de población en las intervenciones preventivas, en la identificación de problemática social asociada y en la atención precoz de causas de ingreso evitable.

Tabla 9. *Toma y registro de signos vitales*

5. ¿Realiza la toma y registro de signos vitales (PA, FC, FR, SpO_2 y temperatura)?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	34	97,1
Casi siempre	1	2,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo*

Noboa Montenegro.

Análisis e interpretación

La toma y registro de signos vitales, se evidencia como una práctica sistemáticamente siendo un pilar fundamental en la valoración inicial del paciente, observándose que el personal de enfermería lo realiza en su mayoría siempre y en menor porcentaje casi siempre, lo que refleja un alto cumplimiento, es por ello que los autores (Becerra et al., 2023) destacan su medición en la atención prehospitalaria y de emergencia, debido a que estos parámetros permiten evaluar el estado de salud de un paciente frente a una situación crítica. Asimismo, facilitan la identificación temprana de alteraciones fisiológicas contribuyendo a la toma de decisiones oportunas orientadas a prevenir complicaciones graves, la muerte o alguna discapacidad.

Tabla 10. *Identificación de factores de riesgo y signos relevantes*

6. ¿Identifica factores de riesgo, signos o síntomas relevantes durante la valoración inicial del paciente?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	30	85,7
Casi siempre	3	8,6
Ocasionalmente	2	5,7
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

La identificación de factores de riesgo, signos y síntomas relevantes durante la valoración del paciente siendo una práctica ampliamente incorporada en el desempeño del personal de enfermería, en este sentido, se determina que la mayoría lo realiza siempre, seguida de quienes lo hacen casi siempre y, en menor porcentaje ocasionalmente. Por lo tanto, estos resultados reflejan un adecuado cumplimiento; sin embargo, la presencia de casos ocasionales puede afectar la detección oportuna de alteraciones clínicas. De igual manera Sanjines (2024) menciona que, la valoración inicial es un proceso fundamental que busca prevenir la muerte inmediata del paciente identificando y resolviendo

situaciones de riesgo vital, para ello, se emplea la secuencia ABCDE que evalúa secuencialmente la vía aérea, ventilación, circulación, estado neurológico y exposición corporal.

Tabla 11. *Orientación e información al paciente y familiares*

9. ¿Brinda orientación e información al paciente y sus familiares sobre el proceso de triaje?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	26	74,3
Casi siempre	7	20,0
Ocasionalmente	2	5,7
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

Brindar orientación e información clara ayuda a los usuarios ayuda a mantener la calma durante una situación crítica, como se evidencia en los resultados, la mayor parte del personal de enfermería siempre brinda de manera constante orientación e información a los pacientes y sus familiares sobre el proceso de triaje. Asimismo, un grupo menor los realiza casi siempre, mientras que una minoría lo hace de forma ocasional.

Estos hallazgos reflejan un adecuado nivel de cumplimiento en la comunicación dentro del área de triaje, lo cual es fundamental para garantizar una atención organizada, favorecer la comprensión del paciente y optimizar el flujo dentro del servicio de emergencias. En este sentido, (Molina et al., 2025) señalan que una comunicación clara y fluida es esencial, ya que permite establecer un vínculo terapéutico con los pacientes y sus familias, contribuyendo a una atención integral.

No obstante, también se reconoce la existencia de diversos desafíos en los servicios de emergencia, como el estrés, la alta demanda, la falta de claridad en las órdenes o en la asignación de roles, así como las diferencias de criterio entre profesionales. Estos factores pueden dificultar una comunicación asertiva y generar respuestas descoordinadas, poniendo en riesgo la eficacia en

la atención.

Tabla 12. *Información sobre el proceso y tiempos de espera*

10. ¿Informa al paciente sobre el significado de la pulsera asignada y el tiempo estimado de espera?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	26	74,3
Casi siempre	8	22,9
Ocasionalmente	1	2,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

En los presentes resultados se evidencia que la mayoría del personal de enfermería siempre brinda información sobre el tiempo de atención asignado y el uso de la pulsera según el nivel de gravedad y solo un bajo porcentaje casi siempre lo realiza. Esto contribuye a evitar dudas o inconformidades en los pacientes y sus familiares, favoreciendo un mejor flujo y organización dentro del área.

Según López (2025), menciona que los servicios de urgencias atienden diariamente una elevada demanda de pacientes, lo que constituye un desafío tanto en el ámbito logístico como en el clínico. Frente a esta situación, se han implementado diversos sistemas de triaje orientados a establecer criterios precisos que permitan priorizar la atención. Entre ellos, el Protocolo de Manchester sobresale por su organización estructurada y su capacidad para valorar de manera rápida la gravedad del paciente, clasificándolo según su motivo de consulta y asignándole un color que determina su nivel de urgencia.

Tabla 13. *Capacitaciones sobre manejo del triaje*

12. ¿La institución brinda capacitaciones periódicas sobre el manejo adecuado del Triaje de Manchester?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	15	42,9
Casi siempre	9	25,7
Ocasionalmente	10	28,6
Raramente	1	2,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación.

Las actualizaciones y capacitaciones que brinda la institución son fundamentales para el desarrollo de competencias del personal, ya que les permiten adquirir y fortalecer conocimientos necesarios para la valoración y el cuidado de las diferentes patologías. Sin embargo, los resultados evidencian que, aunque una parte del personal manifiesta capacitarse de manera continua en el adecuado manejo del triaje Manchester, un grupo considerable refiere que estas capacitaciones se realizan solo de forma ocasional, mientras que una minoría señala que se llevan a cabo rara vez.

Según Alcázar (2023), señala que es fundamental que el personal de enfermería sea consciente de su rol en la prestación de una atención integral y de calidad, la cual debe abarcar tanto la asistencia directa como la adecuada gestión del servicio. En este sentido, el soporte vital básico se orienta a fortalecer las competencias esenciales del personal de salud para la atención inicial de urgencias potencialmente fatales, tanto en el ámbito prehospitalario como intrahospitalario.

Tabla 14. *Identificación de factores de riesgo y signos relevantes*

13. ¿Identifica a pacientes con signos y síntomas de enfermedades graves, durante el proceso de triaje?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	25	71,4
Casi siempre	10	28,6
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación.

En relación con los resultados obtenidos en la encuesta aplicada, se evidencia que un alto porcentaje del personal de enfermería siempre y casi siempre logra identificar de manera oportuna los signos y síntomas de enfermedades graves durante la atención. Esto favorece la adecuada priorización de los pacientes más críticos, permitiendo salvaguardar vidas y prevenir posibles complicaciones.

Según la National Library of Medicine (2023), la continuidad de la atención en el servicio de urgencias implica brindar una atención ininterrumpida durante toda la estancia del paciente, incluyendo el monitoreo constante de su condición, la implementación de intervenciones oportunas y la evaluación de los resultados. Asimismo, se ha demostrado que una adecuada continuidad en la atención contribuye a reducir complicaciones y mejorar los desenlaces clínicos, por lo que resulta fundamental la correcta identificación de signos y síntomas ante una emergencia.

Tabla 15. *Revisión de la categorización según nivel de gravedad del paciente*

15. ¿Verifica que la categorización asignada sea coherente con la valoración clínica del paciente?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	26	74,3
Casi siempre	9	25,7
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación.

En los resultados obtenidos de la encuesta, se evidencia que la mayor parte del personal de enfermería siempre realiza una adecuada y coherente valoración clínica, basada en los signos y síntomas identificados durante el triaje. Esto permite establecer correctamente las prioridades de atención según la condición del paciente.

De acuerdo con Editorial Médica Panamericana (2020), un informe clínico de urgencias bien elaborado constituye un documento esencial en la práctica médica, ya que en él se consignan aspectos fundamentales como el motivo de consulta, la anamnesis, la exploración física, las pruebas complementarias realizadas, el diagnóstico, el tratamiento administrado, las recomendaciones al alta y el destino del paciente. En este sentido, una valoración clínica adecuada y un registro completo contribuyen significativamente a mejorar la calidad de la atención y a reducir errores que podrían poner en riesgo la salud del paciente.

Tabla 16. *Comunicación inmediata al personal médico*

16. ¿Comunica oportunamente al personal médico y, de ser necesario, a otros profesionales de la salud los resultados de la valoración en triaje?		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	30	85,7
Casi siempre	5	14,3
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación.

Según los resultados obtenidos se refleja que gran cantidad del personal de enfermería siempre mantiene una comunicación eficiente con el médico, lo cual resulta fundamental para una actuación oportuna y adecuada, especialmente en situaciones emergentes dentro del área hospitalaria.

Según Pettersen (2025), una investigación evidencia que la comunicación interprofesional entre médicos y enfermeras quienes desempeñan roles de mando intermedio influye directamente en la gestión del rendimiento dentro de entornos hospitalarios complejos. Asimismo, se destaca que los hospitales son organizaciones híbridas e intensivas en conocimiento, en las que las deficiencias comunicativas pueden generar importantes dificultades, tales como retrasos en los tratamientos, disminución de la calidad del servicio y reducción de la capacidad de respuesta asistencial.

Tabla 17. *Descripción clara de la condición clínica*

17. ¿Describe de forma clara y precisa la condición de salud del paciente y la necesidad de atención inmediata?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	28	80,0
Casi siempre	7	20,0
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo*

Noboa Montenegro.

Análisis e interpretación.

Los resultados evidencian que siempre la mayoría de los encuestados identifica y describe de manera clara y organizada la condición de salud del paciente, lo cual resulta fundamental al momento de realizar cualquier intervención.

Según (Medina et al.,2024), el manejo inicial, el rescate, el traslado y el soporte vital posterior de un paciente en estado grave ya sea en una situación urgente o emergente representan un desafío para la medicina actual. En este contexto, es indispensable considerar múltiples factores que se interrelacionan entre sí y que hacen del trabajo en equipo un elemento clave. Asimismo, se debe priorizar, en primera instancia, la seguridad del personal de salud, con el fin de garantizar el éxito en el proceso de rescate y en el tratamiento posterior del paciente.

Tabla 18. *Responde preguntas del paciente y familiares*

20. ¿Responde a las preguntas, dudas o inquietudes del paciente y sus familiares durante la atención?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	23	65,7
Casi siempre	9	25,7
Ocasionalmente	3	8,6
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación.

Satisfacer la dudas e inquietudes que pueda presentar el paciente y sus familiares es importante para que puedan mantenerse tranquilos y se fortalezca la relación enfermero paciente, en los resultados obtenidos se evidencia que el personal de enfermería, en la mayoría de los casos, siempre responde a las dudas e inquietudes de los pacientes y sus familiares, lo cual resulta esencial para favorecer la recuperación y garantizar cuidados adecuados.

Según American Nurses Enterprise (2023), las enfermeras suelen ser el primer contacto del paciente en una casa de salud. Cuando los pacientes confían en su equipo de enfermería, se sienten seguros, apoyados y confiados en la atención que reciben; este vínculo se traduce en una mayor satisfacción y, en última instancia, en mejores resultados en salud. Asimismo, una relación sólida entre el profesional de enfermería y el paciente también beneficia al personal, ya que fortalece su sentido de empoderamiento al reconocer que han establecido vínculos significativos y brindado una atención humanizada y compasiva acorde a las necesidades del paciente.

4.2. Resultado del objetivo 2: Describir los criterios, protocolos y herramientas utilizados por la enfermera de triaje para la detección temprana de situaciones de riesgo vital.

Tabla 19. *Funcionamiento del sistema de triaje*

1. ¿Verifica que se disponga de herramientas de apoyo como manuales, dispositivos, carteles o afiches, para la correcta aplicación del Sistema de Triaje de Manchester?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	22	62,9
Casi siempre	9	25,7
Ocasionalmente	4	11,4
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

En relación con la verificación de herramientas de apoyo para la correcta aplicación del Sistema de Triaje de Manchester, se evidencia que, en la mayoría de los casos, el personal de enfermería siempre dispone de recursos como manuales, dispositivos, carteles o afiches; mientras que un grupo importante señala que casi siempre cuentan con estas herramientas y en menor porcentaje se indica que ocasionalmente están disponibles. Estos resultados reflejan que, en la mayor parte de estos casos, el servicio de emergencia dispone de herramientas que facilitan una adecuada clasificación de los

pacientes constituyendo un elemento clave en la detección de situaciones de riesgo vital. Asimismo, estudios como el de (Buenaño et al., 2024) señalan que la disponibilidad de herramientas visuales y protocolos mejora significativamente la precisión del triaje y contribuye a una valoración más precisa, organizada y oportuna, optimizando la calidad de la atención en los servicios de emergencia.

Tabla 20. *Disponibilidad de, guías, protocolos, de clasificación Manchester*

2. ¿Dispone de las guías y protocolos actualizados para la clasificación según el Triaje de Manchester?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	21	60,0
Casi siempre	11	31,4
Ocasionalmente	1	2,9
Raramente	2	5,7
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

La disponibilidad de guías y protocolos actualizados para la clasificación según el Triaje de Manchester constituye un pilar fundamental en el desempeño del personal de enfermería, se evidencia que, en la mayoría de los profesionales refiere que siempre o casi siempre dispone de recursos, lo que favorece una clasificación estandarizada. No obstante, la presencia de situaciones en las que estos recursos no están siempre disponibles o su uso es limitado pone en evidencia posibles brechas en la implementación del sistema, lo que podría afectar la precisión en la clasificación y retrasar la identificación de signos de alarma. De igual manera (Pinto, 2022), señalan que la implementación de protocolos estructurados en triaje permite una evaluación más objetiva y rápida, mejorando la priorización y la atención de pacientes en riesgo vital.

Tabla 21. *Registro adecuado de información clínica*

7. ¿Registra correctamente los datos del paciente en el sistema de triaje?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	27	77,1
Casi siempre	8	22,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

El registro correcto de los datos del paciente en el sistema de triaje es una parte fundamental en el accionar del personal de la salud, ya que constituye la base de una adecuada clasificación y de ese modo reducir errores durante el proceso asistencial. En este contexto, se determina que gran parte del personal de enfermería lo realiza siempre y el resto casi siempre, lo que evidencia un adecuado cumplimiento. Como lo señala Alcázar (2023) un registro preciso facilita la continuidad asistencial, mejora la comunicación entre el equipo de salud dentro del servicio de emergencias incrementan el nivel de satisfacción de los pacientes a la vez que reducen los tiempos de espera en el área de triage.

Tabla 22. *Documentación de signos, síntomas y factores de riesgo*

8. ¿Documenta los signos y síntomas principales, factores de riesgo y necesidades especiales del paciente?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	29	82,9
Casi siempre	6	17,1
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

La documentación de los signos y síntomas principales, factores de riesgo y necesidades especiales del paciente constituye un elemento clave para la detección temprana de situaciones de riesgo vital, ya que permite contar con información clínica completa y organizada. En este sentido, se determina que la mayoría del personal lo realiza siempre y la otra parte casi siempre. De acuerdo con los autores (Ponce et al., 2024) el rol de enfermería en el triaje implica no solo la clasificación del paciente, sino también la recopilación precisa de datos clínicos, lo cual permite brindar una atención oportuna.

Tabla 23. *Actualización de conocimientos*

11. ¿Se aplica protocolos, manuales, escalas y criterios del Triaje de Manchester actualizados durante la atención de los pacientes?

	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	27	77,1
Casi siempre	7	20,0
Ocasionalmente	1	2,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

En relación con los resultados del presente estudio, se observa que una gran parte del personar siempre se mantiene en constante actualización sobre temas relevantes del área; sin embargo, existe un grupo que lo hace casi siempre, lo cual podría influir en la calidad de la atención brindada en el servicio.

Según la National Library of Medicine (2022), en un estudio realizado con enfermeros de urgencias se evidenció que, en general, los participantes presentaban altos niveles de conocimiento y práctica en el triaje. No obstante, también se identificaron deficiencias en ciertos aspectos, así como prácticas inadecuadas, lo que resalta la importancia de la actualización continua del personal de enfermería en conocimientos, habilidades y procedimientos.

Tabla 24. *Asignación de pulsera de colores según el nivel de urgencia*

14. ¿Asigna la pulsera de color correspondiente según el nivel de gravedad del paciente?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	27	77,1
Casi siempre	8	22,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación.

La asignación de la pulsera de colores según su nivel de gravedad es esencial ya que permite brindar atención al paciente de manera prioritaria, como se evidencia en la tabla, la mayoría del personal que labora en el área de emergencias, siempre y casi siempre realiza una adecuada asignación del nivel de prioridad según la gravedad del paciente, lo cual es fundamental para garantizar una atención acorde a las necesidades individuales de cada paciente.

Según Ritchie (2024), el manejo adecuado del triaje Manchester favorece una correcta clasificación de los pacientes, ya que se basa en la valoración de los síntomas y el estado de salud observado. Este sistema establece cinco niveles de prioridad que determinan la rapidez con la que cada paciente debe ser atendido por el personal sanitario, lo que resulta especialmente relevante al enfrentar situaciones de riesgo vital que puedan comprometer la vida.

Tabla 25. *Transferencia adecuada del paciente*

18. ¿Garantiza una transferencia adecuada, segura y oportuna del paciente al área correspondiente?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	25	71,4
Casi siempre	9	25,7
Ocasionalmente	1	2,9
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación.

En los hallazgos se refleja que, aunque una cantidad considerable del personal realiza siempre realiza adecuadamente la transferencia de cuidado, aún existe un porcentaje que ocasionalmente la lleva a cabo de forma efectiva. Esta situación resulta preocupante, ya que una transferencia incompleta o inadecuada incrementa el riesgo de errores en la atención, afectando directamente la seguridad del paciente.

Según (Peña et al., 2025), la transferencia de cuidado de pacientes constituye un proceso crítico en el ámbito asistencial, especialmente durante el traslado desde el servicio de urgencias hacia la unidad de cuidados intensivos (UCI). Este proceso implica la entrega de información relevante sobre el estado del paciente, los tratamientos administrados y los cuidados pendientes, siendo fundamental para garantizar la continuidad y seguridad en la atención. No obstante, en muchas instituciones esta transferencia se realiza de manera informal, lo que puede ocasionar omisiones de información, errores en el manejo del paciente y, en última instancia, eventos adversos prevenibles.

Tabla 26. *Monitoreo durante el tiempo de atención*

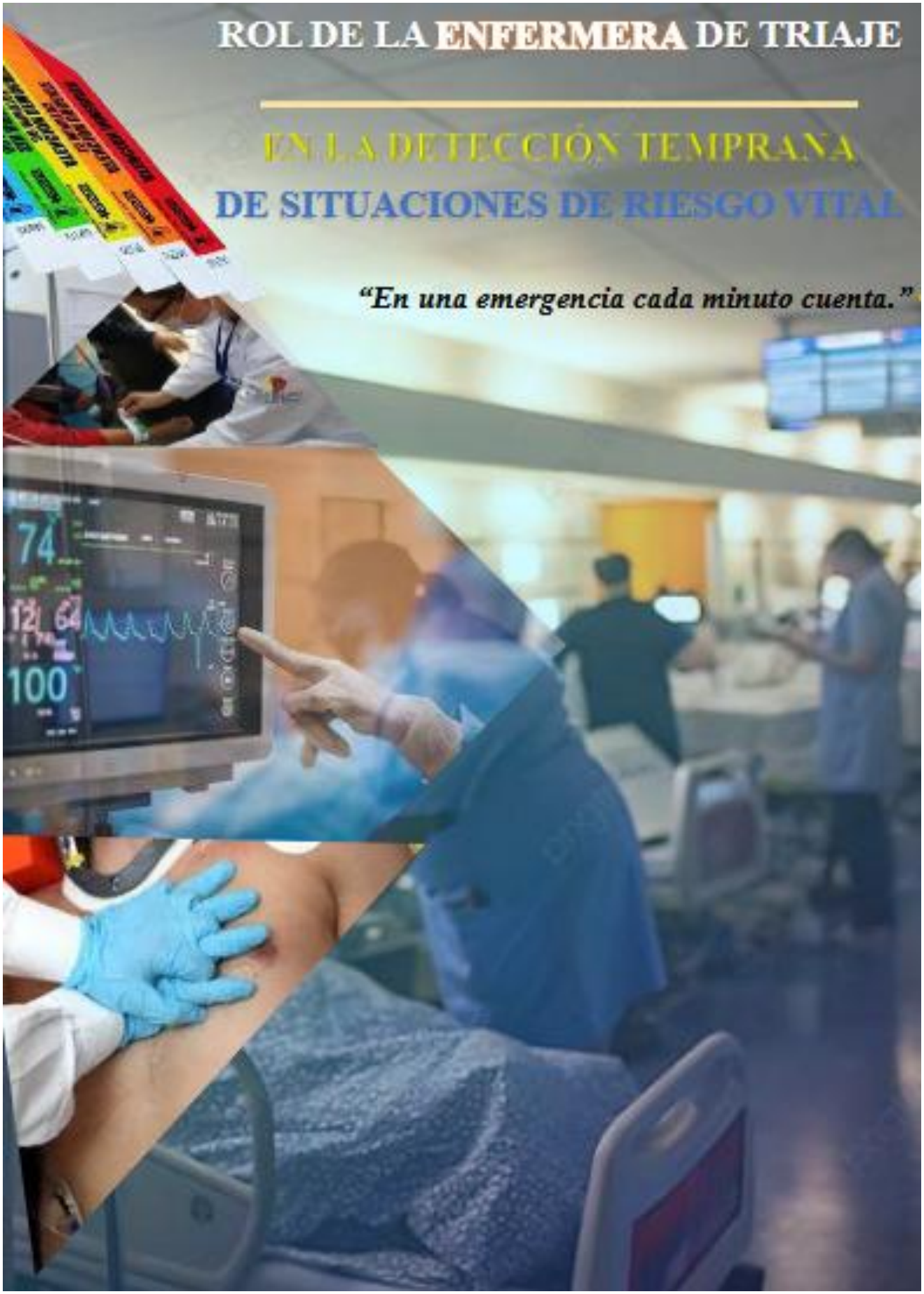
19. ¿Realiza el monitoreo continuo de la condición del paciente según su nivel de prioridad?		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Siempre	28	80,0
Casi siempre	4	11,4
Ocasionalmente	3	8,6
Total	35	100,0

Nota: *Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los profesionales de salud e Internos Rotativos de Enfermería en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.*

Análisis e interpretación

Se evidencia que, una alta frecuencia del personal de enfermería siempre valora, monitoriza y brinda cuidados al paciente de acuerdo con su nivel de gravedad, lo que garantiza una adecuada priorización y contribuye a mantener el orden en la atención, pero resulta preocupante que una cierta cantidad realiza este proceso ocasionalmente. (Según McGrath et al., 2023), el sistema de monitorización de vigilancia es una herramienta electrónica que permite el seguimiento continuo de las constantes vitales del paciente y alerta al personal de salud ante cambios graves y sostenidos, indicativos de un posible deterioro clínico que requiere atención inmediata. La implementación de este tipo de monitorización en unidades de cuidados generales favorece la detección temprana de complicaciones y reduce los tiempos de respuesta, contribuyendo así a prevenir daños en el paciente, si no se lo realiza podría verse en peligro la vida del paciente y afectar la profesión.

4.3.Resultado del objetivo 3: Proponer una guía informativa actualizada sobre el uso del triaje en la detección de riesgos vitales en el área de emergencias.


ROL DE LA ENFERMERA DE TRIAJE
EN LA DETECCIÓN TEMPRANA
DE SITUACIONES DE RIESGO VITAL
"En una emergencia cada minuto cuenta."

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 4
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN 5
3. OBJETIVOS 6
3.1 Objetivo General 6
3.2 Objetivos específicos 6
4. ALCANCE 7
5. GLOSARIO DE TERMINOS 8
6. SIGLAS 11
7. ABREVIATURAS MAS UTILIZADAS 15
8. MARCO TEORICO 17
8.1. TRIAJE: LA PUERTA DE ENTRADA A LA EMERGENCIA 17
8.2. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE TRIAJE 18
8.3. SISTEMA DE CLASIFICACION SEGÚN EL TRIAJE MANCHESTER 18
8.4. ACTUACIÓN INICIAL ANTE EMERGENCIAS 26
8.4.1. Enfoque ABCDE en emergencias 26
8.6 Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE) 29
8.7 Reanimación cardiopulmonar 32
8.8. Emergencias cardiovasculares 39
8.8.1 Choque 39
8.9. Crisis hipertensiva 41
8.10. Dolor abdominal agudo 44
8.11. Crisis convulsivas 47
8.12. Escalas más frecuentes en emergencias 49
8.12.1. Escala de coma de Glasgow 49
8.12.2. Escala numérica verbal 50

8.12.3. Escala de expresiones faciales 50
8.12.4. Escala/puntuación de accidentes cerebrovasculares de los NIH (NIHSS) 50
9. BIBLIOGRAFÍA 53

1. INTRODUCCIÓN

La atención en los servicios de emergencia constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar una respuesta oportuna ante situaciones que comprometen la vida de las personas. Es así que, el triaje representa un proceso fundamental que permite clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición clínica, priorizando la atención de aquellos que presentan mayor riesgo vital. Este proceso requiere rapidez, criterio clínico y habilidades de valoración que permitan identificar signos de alarma desde el primer contacto con el paciente (Alcázar, 2023).

Los profesionales de enfermería de triaje desempeña un papel clave dentro del equipo de salud, ya que es el primer profesional que realiza la valoración inicial del paciente al ingresar al servicio de emergencia. Mediante la observación clínica, la toma de signos vitales y la identificación de síntomas críticos, el profesional de enfermería puede detectar de manera temprana condiciones potencialmente mortales como dificultad respiratoria, alteraciones del estado de conciencia, dolor torácico, hemorragias severas o signos de shock, lo que permite activar protocolos de atención inmediata (Pinto, 2022).

En los establecimientos de salud, la correcta aplicación del triaje contribuye a optimizar el uso de los recursos disponibles, mejorar los tiempos de atención y disminuir el riesgo de complicaciones en los pacientes. La identificación oportuna de situaciones de riesgo vital no solo mejora la calidad de la atención, sino que también fortalece la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario.

Ante esta realidad, se hace necesario fortalecer las competencias del personal de enfermería mediante herramientas prácticas que orienten su actuación durante el proceso de triaje. La presente guía tiene como propósito proporcionar información clara y estructurada sobre el rol de la enfermera en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, el uso de escalas para de ese modo facilitar la toma de decisiones rápidas y seguras que contribuyan a preservar la vida y mejorar la atención en los servicios de emergencia.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La atención de emergencias constituye un componente esencial de los sistemas de salud, puesto que permite brindar respuesta inmediata a situaciones que ponen en riesgo la vida de las personas. Según (Fuentes et al., 2025) a nivel mundial, un porcentaje importante de la morbimortalidad está relacionado con la falta de identificación oportuna de condiciones críticas en los servicios de emergencia. En este contexto, el triaje se ha consolidado como una estrategia significativa para la clasificación y priorización de pacientes según la gravedad de su condición clínica, permitiendo optimizar los recursos disponibles y mejorar la calidad de la atención.

El triaje es un proceso dinámico que se realiza al ingreso del paciente al servicio de emergencia y tiene como objetivo identificar de manera rápida y sistemática aquellos casos que requieren atención inmediata. En este proceso, el personal de enfermería desempeña un rol clave, ya que es responsable de realizar la valoración inicial del paciente, identificar signos y síntomas de alarma y determinar el nivel de prioridad en la atención, con base en protocolos establecidos.

La detección temprana de situaciones de riesgo vital, como compromiso de la vía aérea, dificultad respiratoria, alteraciones hemodinámicas, trastornos neurológicos agudos o dolor torácico sugestivo de origen cardiovascular, permite activar de forma oportuna los mecanismos de respuesta del equipo de salud y disminuir el riesgo de complicaciones graves o muerte (Vilela et al., 2022).

En el Ecuador, el Sistema Nacional de Salud promueve la implementación de modelos de atención orientados a mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud. En este marco, el fortalecimiento de los procesos de triaje en los establecimientos de salud constituye una estrategia importante para optimizar la atención en los servicios de emergencia y garantizar la identificación temprana de pacientes con condiciones potencialmente mortales.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Brindar al personal de enfermería del servicio de emergencia los lineamientos operativos para el adecuado desempeño en el triaje, enfocados en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, garantizando una atención oportuna, segura y de calidad, basada en la mejor evidencia científica disponible.

3.2 Objetivos específicos

- Definir los criterios clínicos y parámetros de valoración que permitan la detección temprana de situaciones de riesgo vital en el triaje.
- Establecer los lineamientos para la correcta priorización y clasificación de pacientes según la gravedad de su condición en el servicio de emergencia.
- Determinar las acciones inmediatas de enfermería ante la identificación de pacientes en riesgo vital, garantizando una atención oportuna y segura.

4. ALCANCE

Esta guía está dirigida a profesionales de enfermería que desempeñan funciones en el área de emergencia y triaje de los establecimientos de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Su aplicación está orientada a fortalecer la capacidad del personal de enfermería para realizar una valoración inicial rápida, identificar signos de alarma y priorizar la atención de pacientes con posibles situaciones de riesgo vital, garantizando una atención oportuna.

5. GLOSARIO DE TERMINOS

- **Angina:** Es la molestia torácica que se asocia a la isquemia de miocardio y ocurre cuando la demanda de oxígeno del miocardio es mayor que el aporte del mismo. Se describe como un dolor retroesternal, molestia, opresión o sensación de pesadez en el área precordial, que irradia hacia cuello, mandíbula, hombros o brazos. Su duración es de 2 a 5 minutos; se precipita con el esfuerzo y calma con el reposo.
- **Asma bronquial**: Enfermedad obstructiva, reversible e intermitente de las vías respiratorias, que ocasiona disnea, tos y sibilancias.
- **Choque cardiogénico**: La contractilidad cardiaca está alterada, produciéndose una disminución del gasto cardiaco y de perfusión tisular, aunque el volumen intravascular está conservado (infarto cardiaco, insuficiencia cardiaca, miocardiopatía dilatada, ruptura septal, aneurisma ventricular, estenosis mitral y aórtica, arritmias, taponamiento cardiaco, embolia pulmonar masiva, obstrucción de la vena cava, disección aórtica, etc.).
- **Choque distributivo:** Alteración del tono vasomotor, mediado generalmente por sustancias vasoactivas que ocasionan un estancamiento venoso y pérdida del tono arteriolar, además de una redistribución del flujo vascular (sepsis, alteración endocrina, anafilaxis, intoxicaciones, farmacológicos, lesión medular-neurogénica, etc.).
- **Crisis epilépticas**: Aparición brusca y usualmente repetida de un movimiento involuntario anormal, o cambio del comportamiento de segundos hasta pocos minutos de duración que se debe a una actividad eléctrica neuronal cerebral patológica.
- **Dolor de origen cardiaco**: Síndromes coronarios agudos, angina de esfuerzo, de reposo, crónica e IAM. No coronarias: pericarditis, miocardiopatías, valvulopatías, prolapso de válvula mitral.
- **Dolor torácico agudo**: Es toda sensación álgida localizada en la zona comprendida entre el diafragma y la base del cuello, de instauración

reciente, que requiere diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tratamiento médico quirúrgico urgente.

- **Hipovolémico**: Pérdida aguda de sangre y/o líquidos que determina hipoperfusión tisular (hemorragia, deshidratación, etc.)
- **Paro cardio-respiratorio**: Estado clínico consecuente al cese súbito e inesperado de la respiración y circulación espontánea, potencialmente reversible. De no ser revertida de forma inmediata, la interrupción del aporte de oxígeno a los órganos vitales desencadena la muerte.
- **Punto de McBurney**: Se encuentra en la línea que une la espina ilíaca anterosuperior derecha con el ombligo, a una distancia respecto a este equivalente a dos tercios de la distancia entre el ombligo y la espina ilíaca. Es especialmente sensible a la presión en casos de apendicitis.
- **Punto ureteral superior**: Tres centímetros a la izquierda o derecha del ombligo (pielonefritis). Punto uretral medio: En la unión del tercio externo con el tercio medio de la línea que une las espinas ilíacas anterosuperiores.
- **Punto uretral inferior**: En la desembocadura del uréter en la vejiga. Se explora comprimiendo arriba del pubis a los lados de la vejiga, o mejor por tacto rectal o vaginal.
- **Puño percusión de Murphy**: Se golpea levemente la fosa lumbar con el puño cerrado, estando el paciente sentado con la cabeza hacia delante. Si se produce un dolor agudo y profundo, seguramente tiene origen renal.
- **Reanimación cardiopulmonar**: Conjunto de medidas estandarizadas que, aplicadas ordenadamente, tiene la finalidad de sustituir primero y restaurar después la respiración y circulación espontáneas, y cuyo objetivo fundamental es la preservación de la función cerebral.
- **Signo de las iliopsoas**: La extensión de la cadera produce dolor si el músculo iliopsoas está involucrado por un trastorno inflamatorio del retroperitoneo.
- **Signo de Murphy**: La inspiración se detiene cuando, por palpación en el cuadrante superior del abdomen, se presenta dolor al descender la vesícula biliar inflamada y encuentra el dedo del explorador.

- **Signo de Rovsing**: La palpación profunda del cuadrante inferior izquierdo del abdomen que causa dolor en el cuadrante inferior derecho es indicativo de apendicitis.
- **Signo de Von Blumberg**: La rigidez es causada por espasmo reflejo de los músculos de la pared abdominal subyacentes al peritoneo inflamado. La presión y liberación del peritoneo parietal inflamado causa dolor de rebote.
- **Signo del obturador**: Se presenta molestia o dolor suprapúbico durante la rotación interna de la articulación de la cadera con la rodilla y la cadera flexionadas; el dolor se presenta por la inflamación adyacente al músculo obturador interno.
- **Síndrome compartimental**: Es la compresión de los nervios y de los vasos sanguíneos dentro de un espacio encerrado, lo cual lleva a que se presente daño a nervios y músculos, al igual que problemas con el flujo sanguíneo. El síndrome compartimental es más común en la parte inferior de la pierna y el antebrazo, aunque también puede presentarse en la mano, el pie, el muslo y la parte superior del brazo.
- **Triaje**: Proviene del francés triage, que significa selección o clasificación. Se refiere a la acción de selección y clasificación de los pacientes en base a las lesiones y probabilidades de supervivencia (MSP, 2020).

6. SIGLAS

A/C Modo ventilatorio asistido controlado

AGO Antecedentes gineco-obstétricos

AHA American Heart Asociation

AESP Actividad eléctrica sin pulso

AINES Antiinflamatorio no esteroide

ATLS Advanced Trauma Life Support

AU Actividad uterina

AVCA Apoyo vital cardiaco avanzado

AVDI Alerta verbal, dolor, inconsciencia

AV Auriculo-ventricular

BVM Bolsa-válvula-mascarilla

CAMA Cabeza atrás, mentón adelante

CIAP-2 Clasificación internacional en atención primaria de salud

CIE 10 Clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión

D/A Dextrosa en agua destilada

DEA Desfibrilador automático externo

DIANA Órganos (sistema nervioso, pulmones, hígado, estómago, riñones, órganos reproductivos)

DPPNI Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

ECG/EKG Electrocardiograma

ECV Enfermedad cerebro-vascular

EEG Electroencefalograma

EPOC Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

F Grados Fahrenheit

FC Frecuencia cardiaca

FCF Frecuencia cardiaca fetal

FR Frecuencia respiratoria

FEL Férula espinal larga

FUM Fecha de la última menstruación

FV Fibrilación ventricular

G Calibre del catéter intravenoso

GC Gasto cardiaco

GCS Escala de coma de Glasgow

HTA Hipertensión arterial

HCU Historia clínica única

IAM Infarto agudo al miocardio

ICC Insuficiencia cardiaca congestiva

I/E Relación inspiración/expiración

ILCE Liga Internacional de la Clasificación de Epilepsia

IMC Índice de masa corporal

IECA Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

IRA Insuficiencia renal aguda

IRC Insuficiencia renal crónica

IV Intravenoso

IO Intraóseo

LCR Liquido céfalo-raquídeo

Lpm Latidos por minuto

LSD Ácido lisérgico

NPO Nada por vía oral

MAO Inhibidor de la monoaminooxidasa

MEI Férula rígida no deformable

OVACE Obstrucción vía aérea por cuerpo extraño

OMG Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

O2 Oxigeno

PCR Paro cardiaco respiratorio

PES Personal del equipo de salud

PIC Presión intracraneal

PNAS Pantalón neumático antichoque

PTS Pediatric Trauma Score

RCP Reanimación cardiopulmonar

RCPA Reanimación cardiopulmonar avanzada

RH Grupo sanguíneo factor Rhesus

RN Recién nacido

Rpm Respiraciones por minuto

RTS Revised Trauma Score

RP Rotura prematura de membranas

RVS Resistencia vascular sistémica

Sat O2 Saturación de oxígeno

SCA Síndrome coronario agudo

SCACST Síndrome coronario agudo con elevación del ST

SCASST Síndrome coronario agudo sin elevación del ST

SCQ Superficie corporal quemada

SCT Superficie corporal total

SDA Sangrado gastrointestinal alto

SDB Sangrado gastrointestinal bajo

SEM Sistema de Emergencias Médicas

SIR Secuencia de intubación rápida

SNG Sonda nasogástrica

SS Solución salina

SL Sublingual

SVA Soporte vital avanzado

SVB Soporte vital básico

TA Tensión arterial

TAD Tensión arterial diastólica

TAM Tensión arterial media

TAS Tensión arterial sistólica

TB Tuberculosis

TCE Trauma craneoencefálico

TEP Trombo embolia pulmonar

TTP Tiempo parcial de tromboplastina

TV Taquicardia ventricular

UCI Unidad de cuidados intensivos

VIH Virus de inmunodeficiencia humana

VM Volumen minuto

VO/PO Via oral

VT Volumen tidal o corriente

7. ABREVIATURAS MAS UTILIZADAS

- **Sta**: Inmediatamente
- **QD**: Una vez al día
- **BID**: Dos veces al día
- **TID**: Tres veces al día
- **QID**: Cuatro veces al día
- **HS**: Al tiempo de acostarse
- **ac**: Antes de las comidas
- **pc**: Después de las comidas
- **aa**: De cada uno
- **g**: Gramos
- **h**: Hora
- **IM**: Intramuscular
- **U**: Unidad
- **UI**: Unidades internacionales
- **IV**: Intravenoso
- **Mz o Mx**: Mezcle
- **meq**: Miliequivalente
- **mcg o µg**: Microgramo
- **mg**: Miligramo
- **min**: Minuto
- **ml**: Mililitro
- **ng**: Nanogramo
- **NS**: Solución salina normal
- **PO**: Por vía oral
- **PR**: Por vía rectal
- **PRN**: Por razones necesarias
- **SOS**: Si es necesario
- **AM**: Antes de meridiano / en la mañana
- **Amp**: Ampolla
- **c**: Con

- **cap**: Cápsula
- **fco**: Frasco
- **gar**: Gargarismo
- **jbe**: Jarabe
- **tab**: Tableta
- **ung**: Ungüento
- **ue**: Uso externo
- **qn**: Cada noche
- **qod**: Cada tercer día
- **q.2h o c/2h**: Cada 2 horas
- **q.4h o c/4h**: Cada 4 horas
- **q.6h o c/6h**: Cada 6 horas
- **q.8h o c/8h**: Cada 8 horas
- **q.12h o c/12h**: Cada 12 horas
- **PM**: Post meridiano / en la tarde
- **nr**: No repita
- ss: La mitad / a partes iguales
- **SC**: Subcutáneo
- **sup**: Supositorio
- **susp**: Suspensión

8. MARCO TEORICO

8.1. TRIAJE: LA PUERTA DE ENTRADA A LA EMERGENCIA

El triaje es un procedimiento que permite gestionar el riesgo clínico, facilitando el manejo adecuado y seguro del flujo de pacientes cuando la demanda de atención y las necesidades de salud superan los recursos disponibles. En la actualidad se emplean sistemas de triaje estructurados con cinco niveles de prioridad, basados en el principio de que no todo lo urgente es necesariamente grave, ni todo lo grave es siempre urgente. Estos sistemas permiten clasificar a los pacientes según su nivel de urgencia, garantizando que quienes requieren atención más inmediata sean atendidos primero, mientras que los demás pacientes permanecen en evaluación continua hasta ser valorados por el médico.

Existen tres tipos de triaje:

a. Triaje estructurado: Se lleva a cabo a partir de escalas validas, relevantes y reproducibles. Existen 5 sistemas de triaje estructurado:

- La Australian Triage Scale (ATS)
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)
- El Manchester Triage System (MTS)
- El Emergency Severit Intex (ESI)
- El sistema Español de Triage (SET) adoptado por la sociedad Española de
- Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del modelo Andorrano de Triage

b. Triaje avanzado: Triaje estructurado en el que cabe la posibilidad mediante protocolos especificos de realizar determinadas pruebas complementarias (analíticas, radiologías, vías periféricas, administrar analgesia etc.)

c. Triaje multidisciplinar: Triaje realizado como mínimo entre médico y enfermera, también puede participar personal administrativo y auxiliar sanitario. Se <lleva a cabo una valoración inicial pero también se realizan pruebas básicas (analítica, radiología simple) antes de que el paciente entre a la consulta.

8.2. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE TRIAJE

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



- Realizar una evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación.
- Motivo de la urgencia. Debe ser una anamnesis dirigida, específica que identifique de manera oportuna e inmediata la causa principal de solicitud de consulta. Conforme a lo referido por el paciente y los hallazgos clínicos en el primer contacto, se asigna la prioridad del paciente.
- Evaluar los signos vitales del paciente.
- Asignación del área/box/sala de tratamiento dentro del servicio de urgencias de acuerdo a la prioridad del paciente y /o consultorio en caso de no ser urgencia/emergencia (Scielo, 2024).

8.3. SISTEMA DE CLASIFICACION SEGÚN EL TRIAJE MANCHESTER

Según el Instituto De Seguridad Social De Las Fuerzas Armadas (2023), se establece que, dentro de la clasificación de atención para situaciones de riesgo vital, las prioridades de atención se organizan de acuerdo con diferentes categorías clínicas.

PRIORIDAD I (atención inmediata)



1. Sistema neurológico (cabeza / estado de conciencia)

- Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Trastornos de sensorio.
- Status convulsivo.
- Suicidio frustrado.
- Intento suicida.
- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
- Sobredosis de drogas o alcohol con depresión respiratoria.
- Ingesta de organofosforados, ácidos, álcalis u otras intoxicaciones o envenenamientos.



2. Vía aérea

- Obstrucción de vía respiratoria alta.
- Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
- Períodos de apnea.

3. Sistema respiratorio

- Dificultad respiratoria (polipnea, taquipnea, tiraje, sibilancias, estridor, cianosis).
- Status asmático.

4. Sistema cardiovascular

- Paro cardiorespiratorio.
- Shock (hemorrágico, cardiogénico, distributivo u obstructivo).
- Inestabilidad hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).

- Arritmia con compromiso hemodinámico con o sin hipotensión.
- Dolor torácico precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.

5. Alteraciones hemodinámicas y hemorragias

- Hemorragia profusa.
- Sangrado: hematemesis, sangrado rectal, vaginal o epistaxis severa.
- Deshidratación con shock (llenado capilar mayor de 3 segundos).

6. Sistema abdominal

- Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
- Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.

7. Trauma y extremidades

- Politraumatismo.
- Herida por arma de fuego.
- Paciente con trauma severo:
- Víctima de accidente de tránsito
- Quemaduras >20%
- Precipitación
- Dos o más fracturas de huesos largos proximales
- Lesión en extremidades con compromiso neurovascular
- Herida de bala o arma blanca
- Sospecha de traumatismo vertebromedular
- Evisceración
- Amputación con sangrado no controlado
- Traumatismo encéfalo craneano

8. Quemaduras y otras emergencias sistémicas

- Quemaduras en cara o más del 10% de superficie corporal.
- Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- Hipertermia maligna.

9. Situaciones pediátricas graves

- Problemas específicos en pacientes pediátricos.
- Intoxicaciones por ingesta o contacto.

10. Signos vitales críticos

Adulto

- Frecuencia cardiaca < 50/min o > 150/min
- Presión arterial sistólica < 90 mmHg
- Presión arterial sistólica > 220 mmHg
- Presión arterial diastólica > 110 mmHg o 30 mmHg sobre su basal
- Frecuencia respiratoria > 35/min o < 10/min

Pediátrico – Lactante

- Frecuencia cardiaca ≤ 60/min o ≥ 200/min
- Presión arterial sistólica < 60 mmHg
- Frecuencia respiratoria ≥ 60/min (hasta 2 meses)
- Frecuencia respiratoria ≥ 50/min (2 meses – 1 año)
- Saturación de O_2 ≤ 85%

Pediátrico – Preescolar

- Frecuencia cardiaca ≤ 60/min o ≥ 180/min
- Presión arterial sistólica < 80 mmHg
- Frecuencia respiratoria > 40/min (sin fiebre)
- Saturación de O_2 ≤ 85%

11. Otros

- Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la sala de reanimación.

PRIORIDAD II (10 minutos en la atención)

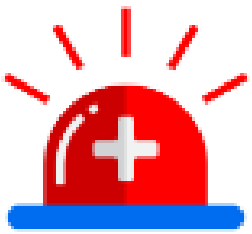
1. Sistema neurológico (cabeza – SNC)

- Paciente con trastornos en el sensorio.
- Convulsión reciente en paciente consciente.
- Hipotonia o flacidez muscular aguda de evolución progresiva.
- Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
- Sindrome meningeo.
- Cefalea mayor de 12 horas.
- Sobredosis de drogas o alcohol sin depresión respiratoria.
- Sindrome de abstinencia de drogas y alcohol.

2. Ojos (sistema ocular)

- Injuria en ojos: perforación, laceración o avulsión.
- Desprendimiento de retina.

- Herpes zóster ocular.
- Trauma ocular no penetrante.



3. Vía aérea y sistema respiratorio

- Frecuencia respiratoria ≥ 24 por minuto.
- Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- Hemoptisis.

4. Sistema cardiovascular

- Arritmias sin compromiso hemodinámico.
- Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- Flebitis o tromboflebitis.
- Signos y síntomas de enfermedades vasculares agudas.

5. Sistema gastrointestinal y abdomen

- Signos y síntomas de abdomen agudo.
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales estables.
- Descompensación hepática.
- Hernia umbilical o inguinal incarcerada.
- Síntomas y signos de cólera.
- Deshidratación aguda sin descompensación hemodinámica.
- Cuerpos extraños en esófago y estómago.

6. Sistema endocrino y metabólico

- Diabetes mellitus descompensada.
- Signos y síntomas de descompensación tiroidea.

7. Sistema urinario

- Hematuria macroscópica.
- Cólico renal sin respuesta a la analgesia por más de 6 horas.
- Retención urinaria.

8. Sistema músculo-esquelético

- Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
- Esguinces.
- Contusiones o traumatismos leves sin signos de fractura o luxación.
- Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.

9. Piel y tejidos blandos

- Herida cortante que requiere sutura.
- Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
- Quemaduras menores del 10% de superficie corporal.

10. Alteraciones hematológicas e infecciosas

- Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
- Coagulopatía.
- Reacción alérgica sin compromiso respiratorio.
- Síndrome febril o infección en paciente inmunosuprimido.
- Enfermedad eruptiva aguda complicada.

11. Sistema reproductor femenino

- Enfermedad inflamatoria pélvica.

12. Otros

- Cuerpos extraños en orificios corporales.
- Pacientes post-operados de cirugía altamente especializada o en hemodiálisis con síntomas agudos.

13. Área de obstetricia

- Hemorragia en cualquier trimestre del embarazo.
- Aborto provocado no terapéutico o intento fallido.
- Amenaza de parto prematuro.
- Ausencia de movimientos fetales en gestante de 2° o 3° trimestre.
- Sangrado postparto.
- Hipertensión que complica el embarazo.
- Signos y síntomas de toxemia severa.
- Bradicardia fetal (<120 lpm) o taquicardia fetal (>160 lpm).
- Traumatismo abdominal en gestante.
- Deshidratación por hiperémesis.
- Cefalea.
- Epigastralgia.
- Edema generalizado.

14. Salud mental

- Pacientes con ideación suicida.
- Pacientes con crisis de ansiedad.

- Reagudización de cuadro psicótico sin conducta suicida ni agitación severa.
- Demencia con conducta psicótica.

15. Problemas específicos pediátricos

- Prematurez / bajo peso / sepsis.
- Enfermedad en niños menores de 3 meses.
- Dolor abdominal.
- Trauma craneano sin alteración del estado mental.
- Fiebre con petequias o púrpura.
- Niños <3 meses con temperatura ≥38 °C.
- Niños <2 años con temperatura ≥39 °C.
- Síntomas de infección urinaria.
- Convulsiones recientes, síncope o mareos.
- Cefalea o epistaxis no controlada.

PRIORIDAD III (60 minutos en la atención)

1. Sistema neurológico

- Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.

2. Cabeza y órganos de los sentidos

- Otitis media aguda.
- Sinusitis aguda.

3. Sistema respiratorio

- Broncoespasmo leve.

4. Sistema cardiovascular

- Hipertensión arterial leve no controlada.

5. Sistema gastrointestinal / abdominal

- Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos o diarrea con signos vitales estables.
- Intoxicación alimentaria.
- Deshidratación hidroelectrolítica leve.

6. Sistema urinario

- Signos y síntomas de infección urinaria alta.
- Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, talla vesical u otros similares.

7. Sistema músculo-esquelético

- Trastornos de músculos y ligamentos.
- Osteocondropatía aguda.
- Lumbalgia aguda.

8. Piel y tejidos blandos

- Herida que no requiere sutura.
- Celulitis o absceso con fiebre.
- Urticaria.

9. Sistema reproductor

- Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.

10. Alteraciones sistémicas

- Fiebre > 39 °C sin síntomas asociados.

11. Salud mental

- Signos y síntomas de depresión.
- Crisis de ansiedad o disociativas.
- Pacientes con neurosis de ansiedad.
- Pacientes psicóticos con reagudización de síntomas sin conducta psicótica

PRIORIDAD IV (120 minutos en la atención)

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedades diarreicas aguda sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
6. Enfermedades crónicas, no descompensadas

PRIORIDAD V (240 minutos en la atención)

1. Fiebre sin síntomas asociados.
2. Resfrío común.
3. Dolor de oído leve.
4. Dolor de garganta sin disfagia

Nota: (Información obtenida del Instituto De Seguridad Social De Las Fuerzas Armadas, 2023).

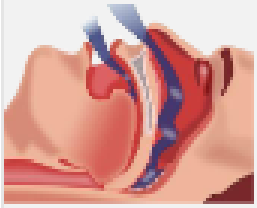
8.4. ACTUACIÓN INICIAL ANTE EMERGENCIAS

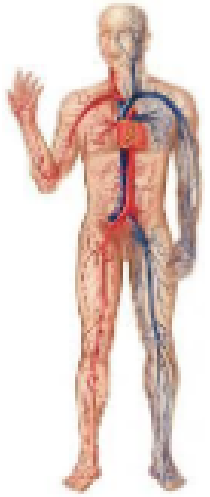
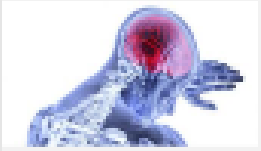
8.4.1. Enfoque ABCDE en emergencias

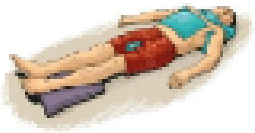
El enfoque ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, discapacidad y exposición) es un método sistemático utilizado en emergencias para la valoración y el manejo inmediato del paciente crítico. Permite identificar y tratar de forma prioritaria las alteraciones que ponen en riesgo la vida, sin necesidad de conocer inicialmente la causa subyacente. Es aplicable tanto en adultos como en niños (MANRESA, 2025).



Evaluación		Tratamiento
A - Vía aérea 	Descartar la obstrucción de la vía aérea	• Colocación, maniobra de apertura: frente – mentón/Tracción mandibular (sospecha trauma cervical). • Aspiración de secreciones/cuerpo extraño. • Valorar manejo instrumental de la vía aérea. • Colocación de collarín cervical si traumatismo.
	Reconocimiento de la obstrucción de la vía aérea: • Signos de espiración dificultosa • Ruidos anómalos • Dificultad en el habla • Voz ronca • Estridor • Tos persistente en caso de obstrucción parcial • Utilización de musculatura accesoria, asincronía toracoabdominal	

	• Respiración silente • Ausencia de paso de aire por la boca en caso de obstrucción total. **Causas**: depresión del sistema nervioso central (SNC), sangre, vómito, cuerpo extraño, inflamación de la lengua, úvula, epiglotis, laringoespasmo, broncoespasmo.	
B – Respiración 	• Observar, sentir y escuchar. • Frecuencia respiratoria: la frecuencia normal es de entre 12 y 20 por minuto en el adulto. Se valora también si es regular. • Utilización de musculatura accesoria. • Coloración de la piel. • Expansión torácica: simetría o asimetría de los movimientos respiratorios. • Palpación, percusión y auscultación de ambos hemitórax. • Posición de la tráquea en la escotadura supraesternal. • Saturación de oxígeno. • Parada respiratoria.	• Oxigenoterapia a alta concentración. • Valorar ventilación asistida (con bolsa y mascarilla (VBM), intubación o mascarilla laríngea) y sonda nasogástrica. • Punción torácica si es necesario.
C –Circulación	• Tensión arterial: entre 110-140/60-80 mmHg en el adulto.	• Acceso vascular (2 vías periféricas; valorar intraósea si no es posible).

	• Frecuencia cardiaca: entre 60-80 por minuto en el adulto, valorando si es rítmica o no y si es débil o fuerte. • Relleno capilar: normal si es inferior a 2 segundos. • Presencia de pulso central y periférico. • Coloración de la piel y temperatura. • Ruidos cardiacos. • Signos de shock: disminución del nivel de consciencia, taquicardia, hipotensión arterial, sudoración fría, palidez de piel y mucosas, oliguria. • Sangrado externo. • Parada cardiaca.	• Líquidos isotónicos (suero fisiológico a 10 cc/kg y repetir si necesario en niños y adultos suero fisiológico 500 ml en 5-10 minutos si hay hipotensión). • Drogas vasoactivas, fármacos específicos, hemoderivados. • **Tratamiento eléctrico**: desfibrilación/cardioversión en RCP o situaciones de arritmias con inestabilidad hemodinámica. • En caso de síndrome coronario agudo (SCA): ECG de 12 derivaciones y MONA (morfina, oxígeno, nitritos y aspirina).
D – Discapacidad neurológica 	• Consciencia: si responde a estímulos y obedece órdenes. • Pupilas: tamaño, reactividad y simetría. • Escala de Glasgow (GCS). • Dolor. • Glucemia: valor normal entre 80-120 mg/dl. • Exploración neurológica. • Convulsiones. • Antídotos.	• Considerar manejo instrumental de la vía aérea (respuesta al dolor o ECG<9). • Monitorización cardiorrespiratoria (FC, FR, TA, saturación, temperatura, glucemia). • Tratamiento de convulsiones, hipoglucemia, intoxicación, hipertensión intracraneal, antibióticos,

		necesidad de descompresión neuroquirúrgica o dolor.
E – Exposición 	• Temperatura corporal. • Desnudar al paciente. • Exploración secundaria: cabeza, cuello, tronco, abdomen, pelvis y extremidades. • Regla mnemotécnica OPUMA: Ocurrir (¿qué ha pasado?), Patológicos (antecedentes), Última ingesta, Medicación habitual, Alergia.	• Evitar hipotermia (O_2 caliente y humidificado), sueros templados. • Tratar la hipertermia. • Ecografía a pie de cama.

Nota: (Información tomada del manual clínico Hospitalario, 2021).

8.6 Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)

OVACE: Situación que impide la llegada de aire a los pulmones a causa de un obstáculo en la vía aérea de manera parcial o total (MSP, 2020).

Diagnostico	
Anamnesis	• Antecedentes • ¿Estaba comiendo? • ¿Tenía algo en la boca?
Examen físico	Signos y síntomas de obstrucción de vía aérea. • No puede hablar, no puede toser. • Signo universal de asfixia: se lleva las manos al cuello • Dificultad para hablar. • Tos débil, inefectiva o ausente. • Sonidos agudos en la inspiración.

	• Dificultad respiratoria creciente, hasta paro respiratorio. • Cianosis
Pasos a seguir	
• Si el paciente esta consiente, aliéntelo para que tosa vigorosamente. • Si el paciente está consciente, pero tiene una tos ineficaz, realice inmediatamente la maniobra de Heimlich en bipedestación. • Maniobra de Heimlich en una persona adulta: • Colóquese detrás del paciente.  • Coloque sus manos alrededor del abdomen. • Cierre una mano haciendo puño y coloque la otra mano abierta sobre la anterior. • Ubique las manos en el abdomen del paciente, entre el apéndice xifoides y el ombligo. • Hale abruptamente hacia adentro y arriba hasta que el cuerpo extraño salga expulsado o hasta que el paciente caiga. **Maniobra de Heimlich en un niño:**	

- Realice el mismo procedimiento, pero colóquese hincado sobre una de sus piernas detrás del niño.



Maniobra de Heimlich en un lactante:

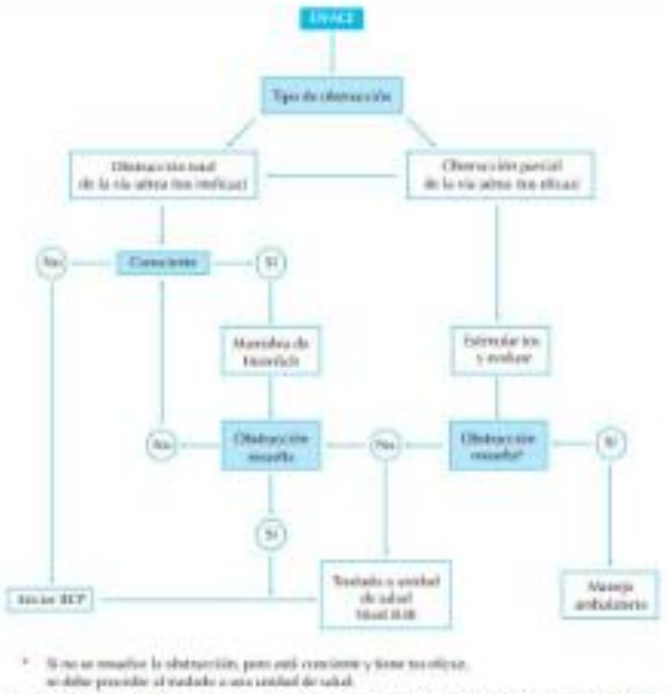
- Inicie con 5 golpes entre las escápulas del bebé, con éste boca abajo, sobre su brazo y con la cara del bebe apuntando hacia la palma de su mano. Luego gírelo 180°.
- Inicie compresiones torácicas alternadas con golpes en la espalda hasta que el objeto esté visible.



- Si el objeto esté visible, extráigalo con los dedos.
- Si el paciente pierde la conciencia, inicie inmediatamente RCP.
- Si existe más de un cuerpo extraño, practique una vía quirúrgica de rescate.
- Si logra desobstruir la vía aérea, asista al paciente ventilatoriamente con BMV

Nota: (Cuadro tomado del Ministerio de Salud Pública, 2020)

Figura 2, Algoritmo, Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)



Nota: Tomado de Protocolos De Atención Prehospitalaria Para Emergencias Médicas, (2020).

8.7 Reanimación cardiopulmonar

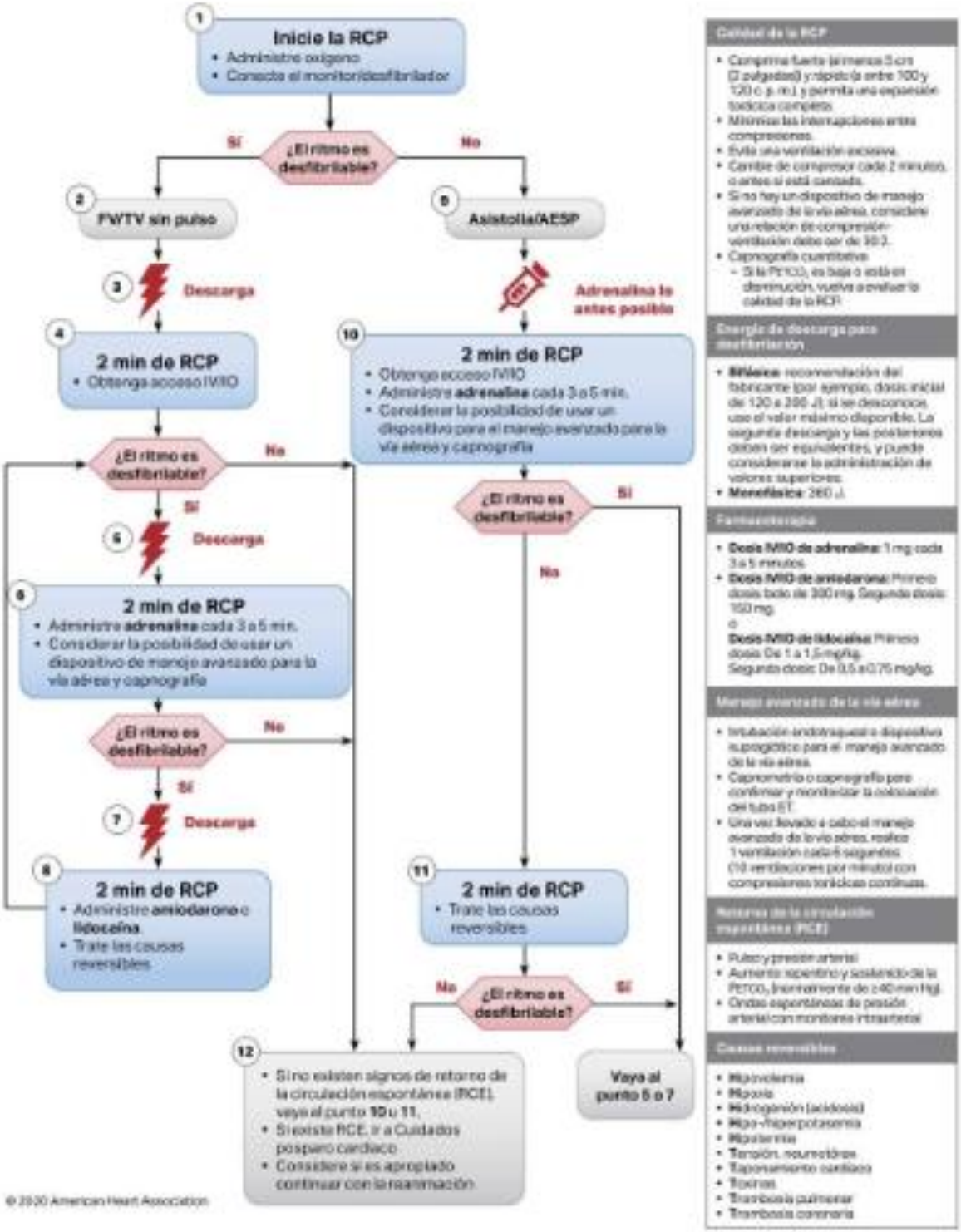
Conjunto de medidas estandarizadas que, aplicadas ordenadamente, tiene la finalidad de sustituir primero y restaurar después la respiración y circulación espontáneas, y cuyo objetivo fundamental es la preservación de la función cerebral (MSP, 2020).

<table>
<tr><th colspan="2">Diagnostico</th></tr>
<tr><td>Examen físico</td><td>Se basará en las recomendaciones mundiales de la American Heart Asociation (AHA)
La victima no responde.
No se expande el tórax.
No se escucha su respiración.
No tiene pulso carotideo.
Otros signos:
- Frio, pálido, pupilas midriáticas, cianótico</td></tr>
<tr><td>Anamnesis</td><td>Aplicar A.M.P.L.I.A. :
A: Alergias
M: Medicamentos
P: Patologías previas
L: Last meal (última comida: cuándo y qué comió)
I: Incidente actual
A: Ambiente/Acontecimientos relacionados.
Averiguar sobre lo relacionado a la causa del paro cardio-respiratorio.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Pasos a seguir</th></tr>
<tr><td colspan="2">RCP básica
A: Abrir vía aérea; maniobras manuales.
B: Respiración boca-mascarilla.
C: Circulación; inicie compresiones torácicas 30:2.
D: Desfibrilación temprana (> 1 año); DEA, si está disponible.</td></tr>
</table>

En escena dar cinco ciclos en dos minutos, descarga con el DEA y transporte inmediato
• **RCP Avanzada** **A**: Manejo avanzado de la vía aérea; dispositivos avanzados y/o quirúrgicos. **B**: Soporte ventilatorio; BVM o ventilador de transporte. **C**: Soporte circulatorio; compresiones 30:2 si no está intubado; si lo está, compresiones continuas y una ventilación cada seis segundos por vía venosa; fármacos. **D**: Desfibrilación y diagnóstico diferencial de los factores del algoritmo de SVA para paro cardiorrespiratorio (6H y 5T). **E**: Estabilización y monitoreo.
Cuidados generales
• Colocar al paciente en posición en decúbito dorsal en superficie dura. • Inmovilizar al paciente hasta no descartar lesión de columna, si se trata de un caso de trauma. • No suspender en ningún momento la RCP (básica o avanzada) hasta que llegue ayuda o se arribe a una unidad de salud. • En caso de hipotermia y niños menores de ocho años, mantener la reanimación por más de 30 min. • Iniciar lo más pronto posible la cadena de supervivencia. • Reanimar y restablecer las funciones vitales para optimizar la oxigenación y perfusión de los tejidos (cerebro, corazón, riñón) en el • menor tiempo posible. • Identificar y tratar los factores contribuyentes del paro cardiorrespiratorio.

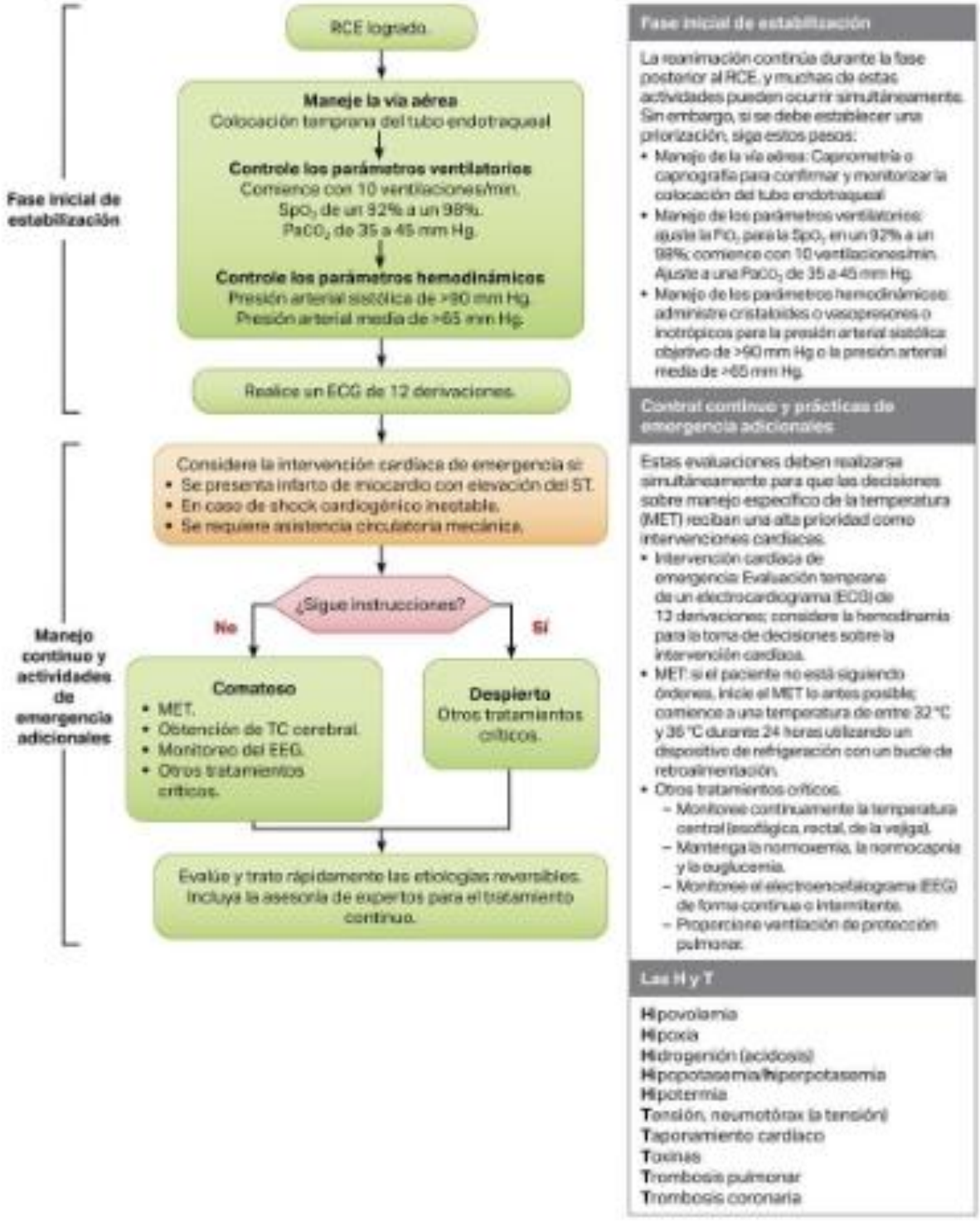
Nota: (Cuadro tomado del Ministerio de Salud Pública, 2020)

Figura 3, Algoritmo de paro cardíaco en adultos.



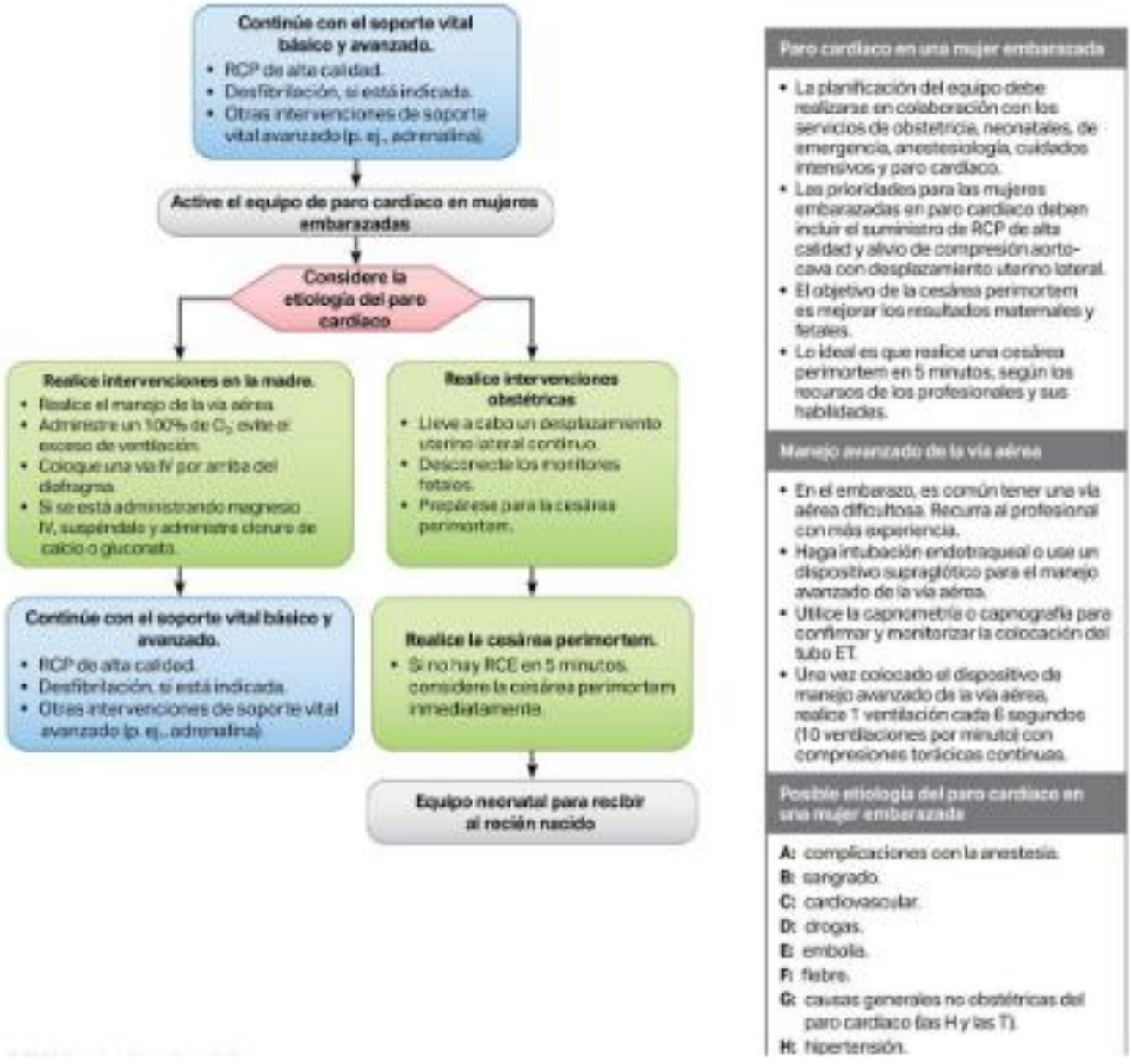
Nota: Información obtenida de American Heart Association, (2020).

Figura 4, Algoritmo de atención posparo cardíaco en adultos



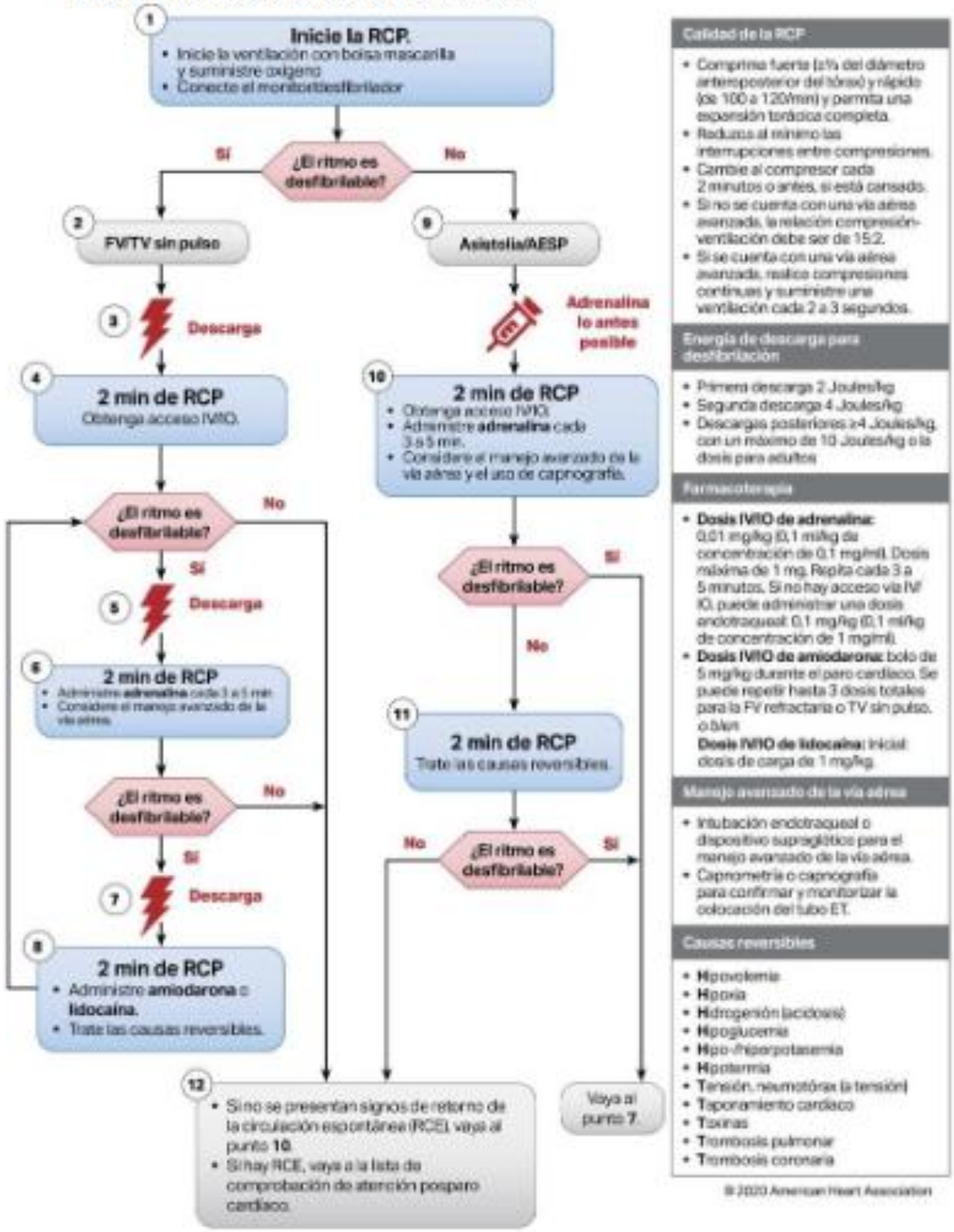
Nota: Información obtenida de American Heart Association, (2020).

Figura 5, Algoritmo de soporte vital avanzado intrahospitalario para el paro cardíaco en el embarazo



Nota: Información obtenida de American Heart Association, (2020).

Figura 6, Algoritmo de paro cardíaco pediátrico.

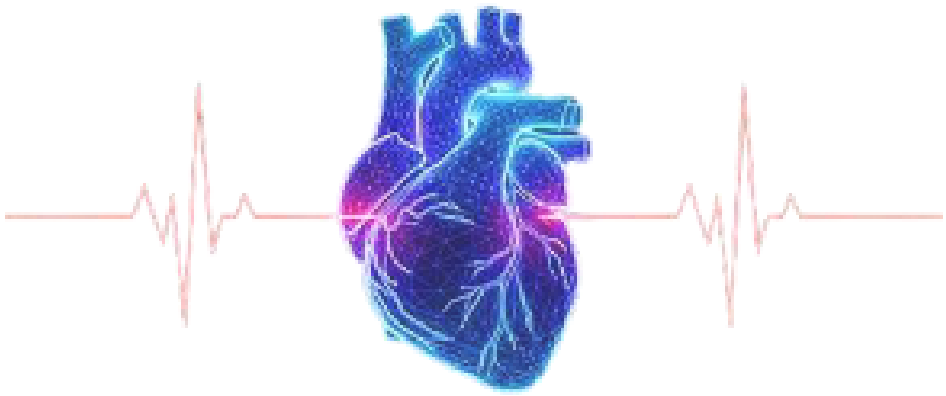


Nota: Información obtenida de American Heart Association, (2020).

8.8. Emergencias cardiovasculares

8.8.1 Choque

El choque es un estado de falla cardio-circulatoria por inadecuada perfusión tisular, que ocasiona déficit de oxígeno y nutrientes en las células, y acumulación de metabolitos y productos de excreción (MSP, 2020).



Pasos a seguir
• Coloque al paciente en decúbito supino e inmovilícelo si se trata de un paciente de trauma. • Eleve las extremidades inferiores 30° si todavía no es posible el traslado (hipovolémico). • Administre oxígeno con alto flujo y permeabilice la vía aérea según sea el caso. • O2 de 10 a 15 l/min por mascarilla con reservorio.
Shock hipovolémico **Controle las hemorragias externas:** • Presión directa sobre el foco hemorrágico con apósito estéril. • Presión en un punto proximal que comprima la arteria distributiva de esa zona (femoral, axilar). • Torniquete **Trate la hipotermia.** • Cubra al paciente con frazadas o colchas térmicas

- Reponga al paciente con soluciones cristaloides: solución salina isotónica o lactato de Ringer, según la evaluación del estado cardiopulmonar, los signos y los síntomas de examen físico.
- Inicie con 1.000-2.000 ml en bolo IV o 20 ml/kg de soluciones cristaloides. Luego evalúe según el estado cardiopulmonar. En niños, 20 cc/kg con cristaloides en bolo hasta tres veces. Repetir dosis iguales hasta restablecer la tensión arterial.
- Si el estado del paciente mejora luego de la infusión inicial de cristaloides, administre a una velocidad de infusión de 45 gotas por minuto.

Shock cardiogénico

- Si la causa es un síndrome coronario agudo, inicie terapia farmacológica para dolor tipo cardiaco.
- Inicie fármacos intravenosos inotrópicos por vía periférica
- Dopamina IV en infusión (ampollas de 200 mg/5ml).

Shock neurogénico

18. Administrar soluciones cristaloides (lactato de Ringer o solución salina), de 1.000 a 2.000 cc IV en bolo por una sola vez.

19. Si persiste la hipotensión, administre adrenalina IV. Diluir 1 ml de adrenalina (1 ampolla) en 9 ml de suero fisiológico. Se administra de 3 a 5 ml de la dilución cada 5 a 10 minutos, hasta 3 dosis.

Manejo por especialista

20. Si se retrasa el traslado del paciente o el centro asistencial es lejano y el paciente no mejora, administre fármacos vasopresores intravenosos.
    - Adrenalina IV en infusión (1 amp = 1 mg/1 ml 1:1000)

ug/min	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ml/h ó ug/min	30	45	60	75	90	105	120	135	150

    - Para la dilución, mezcle 1 mg en 250 cc de Dx5% en agua o SS 0,9%.
    - Inicie con una dosis de 2 ug/min e incremente 1 mg/min cada 5 min hasta un máximo de 10 ug/min (contraindicado en taquiarritmias y patología coronaria).

21. Si hay bradicardia, siga el protocolo (ver protocolo 5.5).

Shock séptico

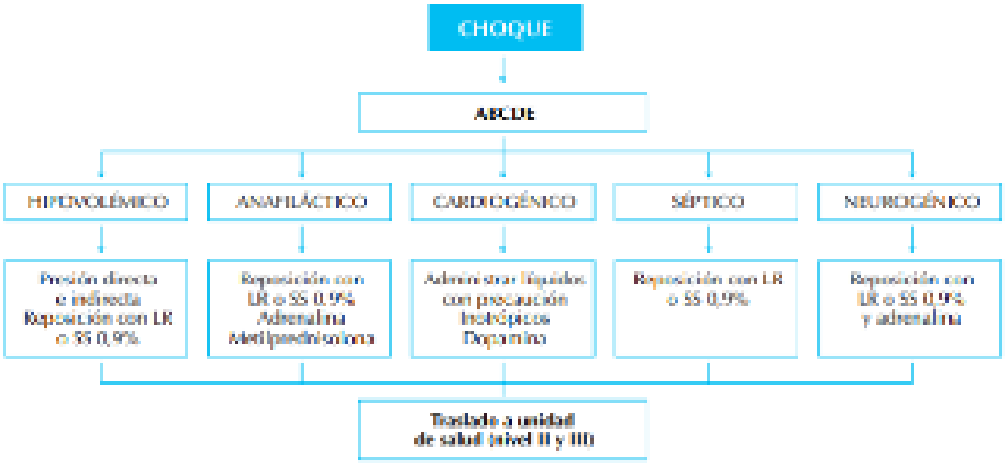
22. Administrar soluciones cristaloides (lactato de Ringer o solución salina), de 1.000 a 2.000 cc. (20 cc/kg en niños).

Evaluación del shock

23. Evalúe la respuesta del paciente permanentemente. Los signos de mejoría incluyen:
    - Pulso estable (frecuencia de 90 latidos por minuto o menos).
    - Presión arterial en aumento (sistólica 100 mm de Hg o más).
    - Mejoría del estado mental (menos confusión y ansiedad).
    - Producción de orina en aumento (30 ml o más por hora) en traslados largos.

Nota: (Cuadro tomado del Ministerio de Salud Pública, 2020)

Figura 7, Algoritmo de choque



Nota: Tomado de Protocolos De Atención Prehospitalaria Para Emergencias Médicas, (2020).

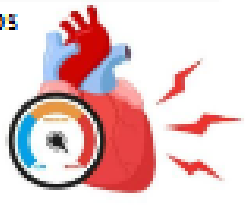
8.9. Crisis hipertensiva

Es el aumento agudo, súbito y considerable de la presión arterial, generalmente con presión diastólica >109 mmHg o sistólica >179 mmHg (MSP, 2020).



Diagnostico

Anamnesis	• Antecedentes de enfermedades (A.M.P.L.I.A.) • Tratamientos que usaba el paciente al momento de la emergencia • Signos y síntomas de urgencia HTA: ansiedad, mareo, fatiga, cefalea, disnea • Signos y síntomas de emergencia HTA: alteración del nivel de conciencia, náuseas, cefalea intensa, focalidad, vómitos, dolor de pecho, acúfenos, visión borrosa, fotofobia, epistaxis, diaforesis
Examen físico	• Evaluar si la presión arterial está en valores peligrosos • Rigidez de nuca • Signos de insuficiencia cardiaca • Alteración del nivel de conciencia • Focalización neurológica



- Cefalea y/o dolor torácico
- Síntomas neurovegetativos
- Hemorragia retiniana y edemas periféricos

Urgencia hipertensiva

- Calme al paciente. Acuéstelo en semifowler.
- Si el paciente ha dejado de tomar la medicación diaria de HTA, adminístrele su dosis diaria vía oral. Si el paciente no sabía que tenía HTA, trasládelo a un centro de atención primaria.
- Si el paciente tiene dolor, adminístrele un analgésico oral como paracetamol 1 g o un analgésico venoso como ketorolaco 30 mg según amerite el caso.
- Si el paciente está ansioso, adminístrele vía oral un fármaco ansiolítico como alprazolam 0,25 mg.
- Revalore cada 20 minutos si el paciente ha bajado su TA. Si han cedido los síntomas, remítalo a control por consulta externa. Asegúrese de que el paciente ha comprendido bien los riesgos y la necesidad de controlar su TA. Si el paciente todavía tiene sintomatología o los valores han disminuido levemente o nada, trasládelo a un centro de atención de nivel II.

Emergencia hipertensiva

- Si el paciente tiene incremento por sobre 109 mmHg PAD o 179 mmHg de PAS de TA, además de sintomatología asociada con lesión de órgano blanco, priorice la ventilación y la oxigenación.
- Aplique el protocolo de acuerdo a qué tipo de órgano blanco es el lesionado (IAM, ECV, eclampsia), y traslade al paciente inmediatamente.
- Si la emergencia hipertensiva sucedió hace poco tiempo y el traslado será prolongado, administre fármacos intravenosos para bajar la TA 10% a 15% de la PAD inicial, o hasta llegar a valores cercanos a 110 mmHg. Disminuya las cifras tensionales en breve tiempo, entre 30 y 60 minutos, para limitar el daño. Administre fármacos IV solo si se dispone de monitor continuo de TA. Si sospecha o tiene evidencia de IAM o disección aórtica, use nitroglicerina o nitroprusiato de sodio.
- Nitroglicerina IV en infusión (50 mg/10 ml fco. amp.):

- Si el paciente tiene evidente sobrecarga de volumen, edemas periféricos, estertores abundantes, ascitis (ICC, IRC), use diuréticos como furosemida 20 mg IV en bolo.

Figura 8, Algoritmo, Crisis hipertensiva



***Nota:** Tomado de Protocolos De Atención Prehospitalaria Para Emergencias Médicas, (2020).*

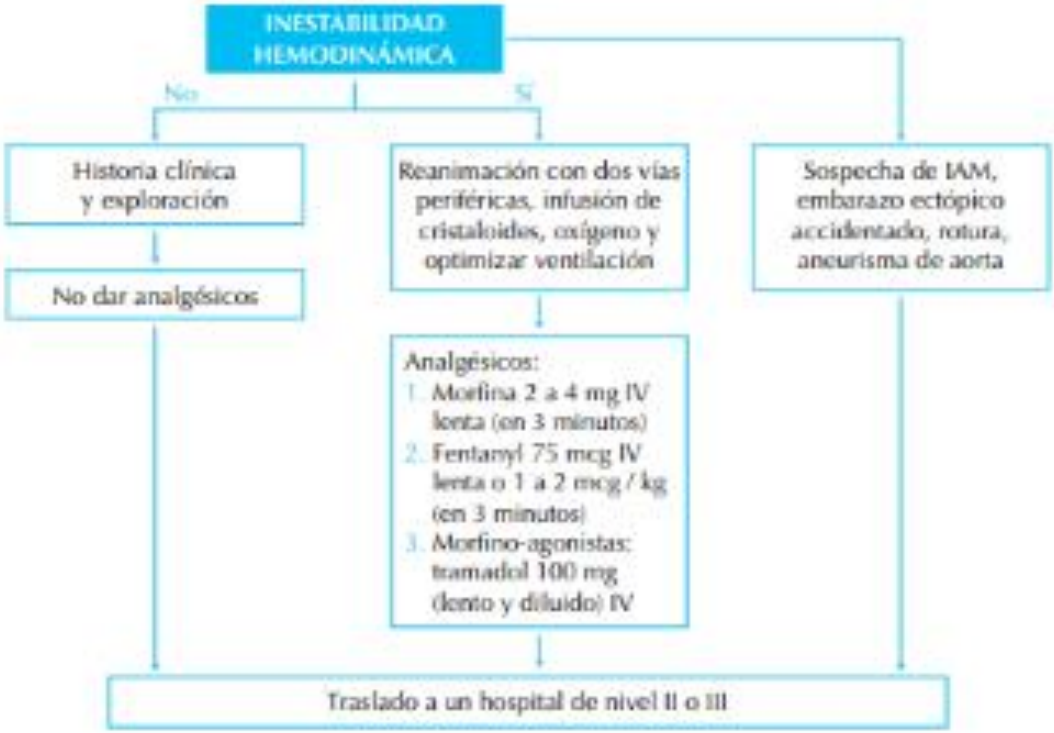
8.10.Dolor abdominal agudo

Diagnostico	
Anamnesis	• Dolor abdominal: aparición, tiempo de evolución, localización, intensidad, características, irradiación y síntomas acompañantes (fiebre, escalofríos, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, pérdida de peso, hemorragia digestiva, cuadro confusional, disnea, tos, síntomas miccionales, ictericia, coluria, flujo vaginal, etc.).
	• A: Alergias.
	• M: AINES (diclofenaco, aspirina), corticoides, antibióticos, anticoagulantes, tiazídicos u otros.
	• P: Antecedentes de cirugía abdominal, úlcera gastrointestinal, gastritis, cardiopatías, HTA, diabetes, colelitiasis, hernias, embarazo, episodios similares previos y otras.
	• L: Alcohol, cigarrillo y drogas.
	• I: Ingesta de comida (lugar y tipo).
	• A: Lugar del evento, estrés.
	• Fecha de última menstruación.
	• Importante: identificar si el dolor es súbito o de varias horas/días y el estado hemodinámico → orienta diagnóstico diferencial y urgencia (ej. apendicitis, shock séptico/hipovolémico).
Examen físico	• Inspección: general (ictericia, diaforesis, palidez, agitación, posición antiálgica). Abdomen: cicatrices, fístulas, abscesos, heridas, hematomas, distensión, peristaltismo visible, lesiones cutáneas, asimetrías, abombamiento.
	• Auscultación: ruidos hidroaéreos ausentes, aumentados o normales; soplos arteriales.
	• Palpación: defensa localizada o difusa, tensión abdominal, masas o visceromegalias, signo de Blumberg.
	• Percusión: timpanismo, puño-percusión positiva o negativa.
Pasos a seguir	

• Cumpla con el protocolo de principios generales de atención de emergencia. • Revisión primaria (A-B-C-D-E) y revisión secundaria. • No administre nada por vía oral. X • Si el paciente se encuentra lejos de un centro asistencial, valore la colocación de una sonda nasogástrica en caso de existir vómito intenso o gran distensión abdominal. • Si el paciente tiene retención urinaria, coloque una sonda vesical para descompresión del globo vesical.
Hemodinámicamente inestable • Si el paciente se encuentra en estado de shock, aplique el protocolo de shock orientando hacia la posible causa (shock séptico, shock hipovolémico, shock cardiogénico, etc.). • Coloque oxígeno en flujo suficiente para saturar (más del 94%). • Coloque dos vías periféricas de grueso calibre (14 o 16 G). • Administre de inicio 2.000 ml de soluciones cristaloides en bolo.
En caso de dolor abdominal intenso, administre analgésicos morfínicos previa consulta al especialista del hospital receptor, si no hay contraindicaciones. • Morfina 2 a 4 mg IV lenta (en 3 minutos). • Fentanyl 75 mcg IV lenta o 1 a 2 mcg/kg (en 3 minutos). • Morfino agonistas: Tramadol 100 mg (lento y diluido IV).

Nota: (Cuadro tomado del Ministerio de Salud Pública, 2020).

Figura 9, Algoritmo de dolor abdominal agudo

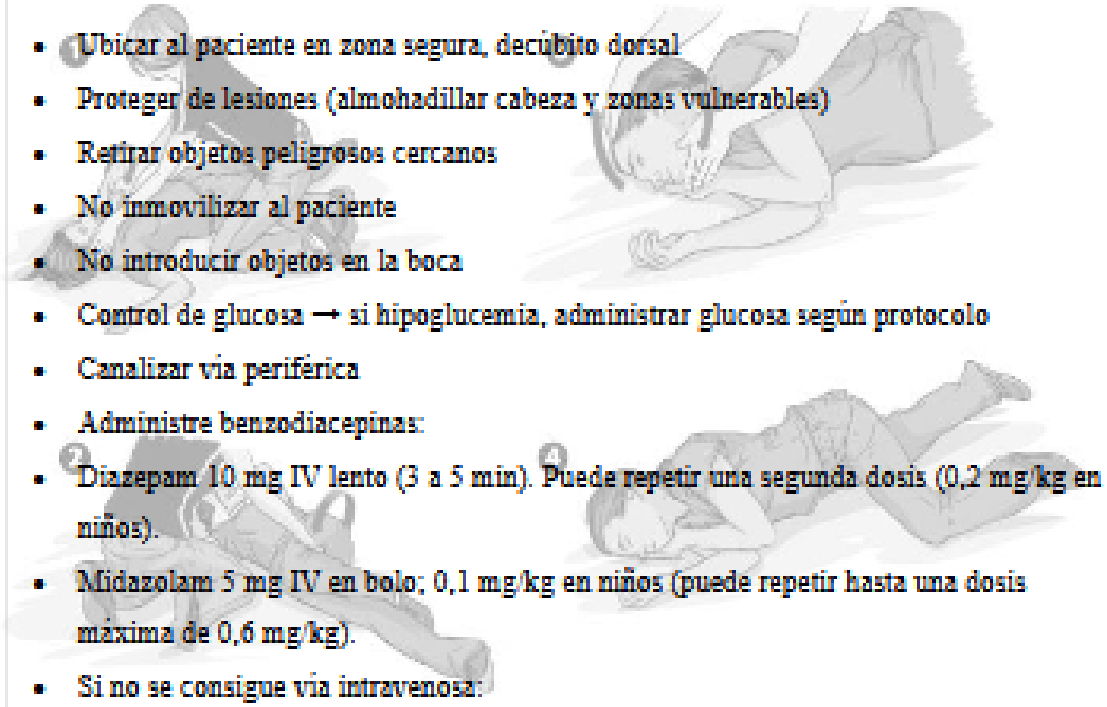


***Nota:** Tomado de Protocolos De Atención Prehospitalaria Para Emergencias Médicas, (2020).*

8.11.Crisis convulsivas

Es un tipo particular de crisis que se caracteriza por sacudidas de una región corporal (crisis parcial motora) o generalizadas a los cuatro miembros y a la musculatura corporal (crisis generalizadas motoras) (MSP, 2020).

Durante convulsión

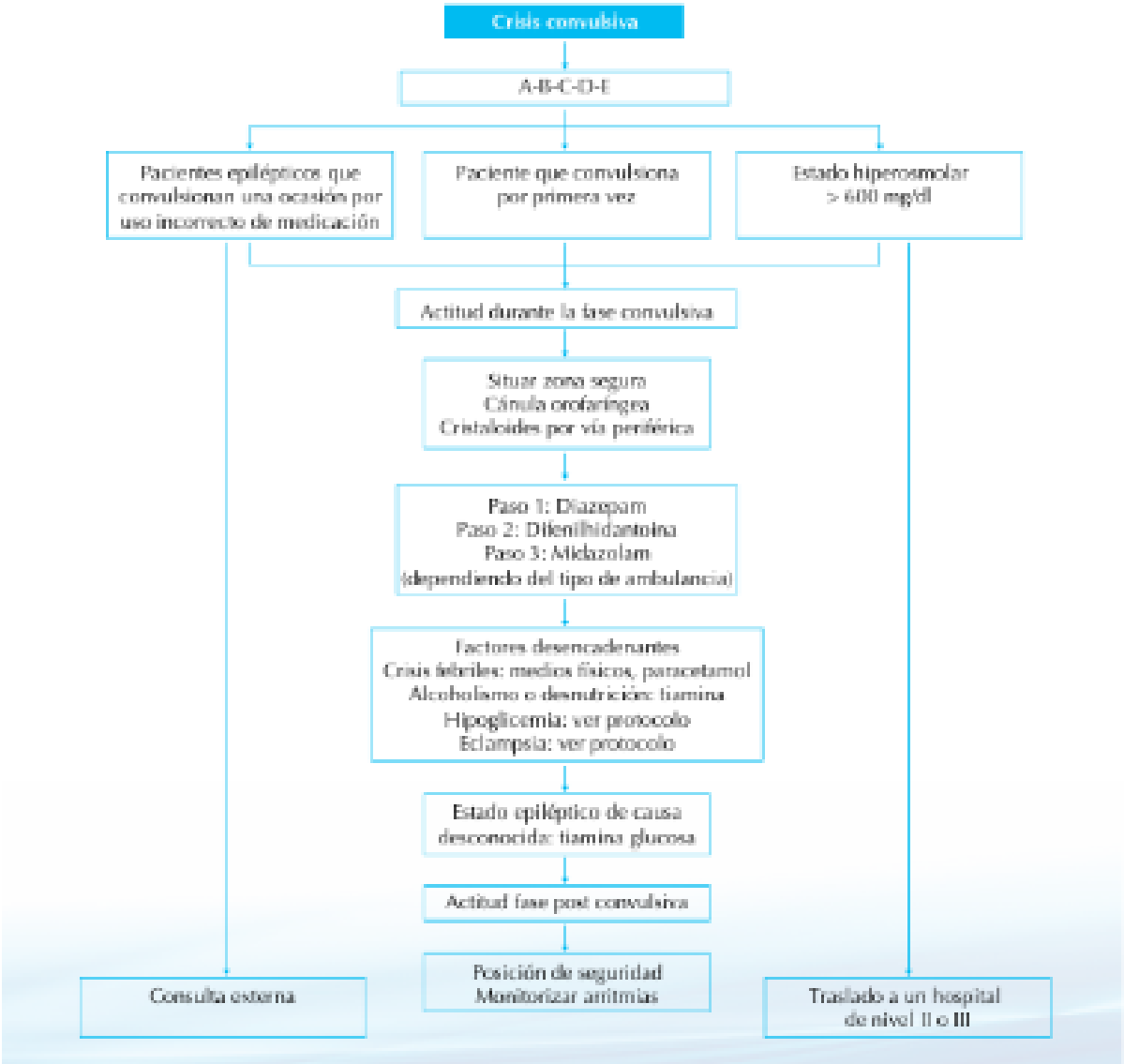


- Ubicar al paciente en zona segura, decúbito dorsal
- Proteger de lesiones (almohadillar cabeza y zonas vulnerables)
- Retirar objetos peligrosos cercanos
- No inmovilizar al paciente
- No introducir objetos en la boca
- Control de glucosa → si hipoglucemia, administrar glucosa según protocolo
- Canalizar vía periférica
- Administre benzodiacepinas:
- Diazepam 10 mg IV lento (3 a 5 min). Puede repetir una segunda dosis (0,2 mg/kg en niños).
- Midazolam 5 mg IV en bolo; 0,1 mg/kg en niños (puede repetir hasta una dosis máxima de 0,6 mg/kg).
- Si no se consigue vía intravenosa:
- Midazolam 0,1 mg/kg vía intramuscular.
- Si se trata de un paciente con alcoholismo crónico, administre tiamina (vitamina B1) 100 mg IV diluido en 100 cc de SS en 20 min.
- Si se trata de convulsiones en un síndrome febril en paciente pediátrico ("convulsión típica febril"; 6 meses a 5 años), baje la temperatura por medios físicos y administre antitérmicos orales o rectales.
- Paracetamol 20mg/kg/dosis en supositorio 150-300 mg.
- Paracetamol 10-15 mg/kg vía oral.
- Si no cede el cuadro convulsivo o se trata de un status epiléptico, administre anticonvulsivantes.

- Fenitoina en dosis de carga (15 a 20 mg/kg IV en 100 ml SS en 20 min) bajo monitorización cardiaca y con precaución en > 50 años.

Nota: (Cuadro tomado del Ministerio de Salud Pública, 2020).

Figura 10, Algoritmo de crisis epilépticas



Nota: Tomado de Protocolos De Atención Prehospitalaria Para Emergencias Médicas, (2020).

CAPÍTULO V

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1.Cronograma de actividad

Actividades	**Cronograma de actividades**															
	Diciembre				**Enero**				**Febrero**				**Marzo**			
	Semana				**Semana**				**Semana**				**Semana**			
	1	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Presentación de oficios para aprobación del tema																
Búsqueda de la información Recolección de datos del tema.																
Redacción del planteamiento del problema, justificación y objetivos																

Redacción de las bases teóricas. Glosario de términos															
Realización del marco metodológico, operacionalización de variables y elaboración de la encuesta															
Revisiones por parte de la tutora Acercamiento al área de emergencia y socialización del proyecto															
Validación de la encuesta															
Aplicación del instrumento Revisiones de la tutora de tesis.															
Análisis e interpretación de resultados.															

Elaboración de la guía Redacción de los resultados según los objetivos.															
Revisiones por parte la tutora Correcciones del proyecto Elaboración del marco administrativo y presupuesto															
Elaboración de conclusiones y recomendaciones, elaboración de oficios del proyecto y presentación del mismo.															

5.2.Presupuesto

Recursos humanos
• Personal de enfermería del servicio de emergencia • Internas Rotativas de Enfermería • Usuarios que acuden al servicio de emergencia.
Recursos tecnológicos
• Computadora • Impresora • Celular

Recursos materiales

Materiales	**Cantidad**	**Precio Unitario**	**Subtotal**
Hojas	Resma	$5,00	$5,00
Esferos	10	$0,35	$3,50
Total			$8.50

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.Conclusiones

- El nivel de conocimiento del personal de enfermería que labora en el servicio de triaje, se constituye como un pilar fundamental en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, debido a su contacto directo y continuo con el paciente en el área de emergencias. Se evidencia que, en su mayoría el personal posee competencias adecuadas para identificar signos clínicos evidentes que comprometen la vida; sin embargo, aún persisten limitaciones en el reconocimiento oportuno de las manifestaciones, lo que afecta la priorización acorde al estado del paciente. Asimismo, la participación de los Internos Rotativos de enfermería fortalece el proceso de atención al integrarse en un equipo multidisciplinario que favorece la coordinación, la comunicación y el aprendizaje continuo en el entorno clínico. No obstante, se resalta la necesidad de una formación y actualización orientada al fortalecimiento de conocimientos que permitan identificar oportunamente situaciones de riesgo vital que puedan prevenirse con una adecuada valoración y clasificación.
- Las herramientas y protocolos utilizados por el personal de enfermería de triaje es la base fundamental para la práctica clínica, al estar sustentado en evidencia científica que orienta al personal en la detección temprana de signos de alarma ante situaciones críticas. Entre la herramienta se incluye las escalas de clasificación: como la de triaje de manchester, Cincinnati, la escala de Glasgow, los protocolos institucionales; pulseras de identificación; los cuales permiten una toma de decisiones oportuna y adecuada en el servicio de emergencias. No obstante, se identifican inconsistencias en la aplicación debido a diversos factores como deficiente periodicidad en procesos de

capacitación continua en el establecimiento de salud lo cual limita a la actualización de herramientas lo que repercute negativamente en la atención.

- La realización de una guía informativa constituye una estrategia fundamental como material de apoyo para fortalecer la práctica del personal de enfermería e Internos Rotativos de Enfermería y otros profesionales de la salud. Su implementación favorece la toma de decisiones y garantiza la seguridad del paciente, de igual manera, la guía elaborada ha sido socializada y entregada al servicio lo que resalta su aplicabilidad y pertinencia en el establecimiento. Este recurso fortalece las competencias del personal y mejora el desempeño laboral desde la fase inicial del triaje, promoviendo a una atención, eficiente, organizada y oportuna.

6.2.Recomendaciones

- Es fundamental fortalecer de manera continua las competencias del personal de enfermería en el área de triaje mediante la implementación de programas de formación y actualización permanente, orientados al reconocimiento oportuno de signos y síntomas de riesgo vital. Esto permitirá mejorar la capacidad de priorización clínica, optimizar la toma de decisiones y garantizar una atención segura, oportuna y de calidad acorde a las necesidades del paciente en el servicio de emergencias.
- Resulta necesario consolidar la correcta aplicación de protocolos, escalas y herramientas del Triaje de Manchester mediante procesos de estandarización, supervisión y evaluación continua dentro del servicio de emergencias. La uniformidad en su uso, junto con la disponibilidad de recursos actualizados, contribuirá a disminuir inconsistencias en la práctica clínica, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia científica y mejorar la eficiencia en la atención.
- Es importante promover el uso permanente de la guía informativa elaborada como un recurso de apoyo en la práctica

clínica, integrándola dentro de las actividades asistenciales y formativas del personal de enfermería e internos rotativos de enfermería. Su implementación favorecio el fortalecimiento de conocimientos, habilidades y destrezas; además de mejorar el desempeño profesional, la coordinación del equipo multidisciplinario y la calidad de la atención brindada desde la fase inicial del triaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcazár, A. (2023). Rol de Enfermería en los Servicios de Emergencias. *Ciencia Latina, 7*(6). doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9058

Alcázar, A. (23 de Diciembre de 2023). *Rol de Enfermería en los Servicios de Emergencias*. Obtenido de CienciaLatina: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/9058/13510?inline=1#_ftn1

Alcázar, A. (2023). Rol de Enfermería en los Servicios de Emergencias. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7*(6). doi:file:///C:/Users/HP/Downloads/9058-Texto%20del%20art%C3%ADculo-43838-1-10-20240106.pdf

Alcázar, A. (Diciembre de 2023). *Rol de Enfermería en los Servicios de Emergencias*. Obtenido de Ciencia Latina Internacional: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9058-Texto%20del%20art%C3%ADculo-43838-1-10-20240106%20(1).pdf

Almache, , C. (23 de Junio de 2022). *Triaje en el ámbito prehospitalario en incidentes con múltiples víctimas.* Obtenido de https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/524fee8b-2d58-41be-9c22-6360df43362c/content

Arcila, S. (19 de Noviembre de 2024). *Roles y funciones de enfermería en atención primaria en salud.* Obtenido de UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A : https://repository.udca.edu.co/entities/publication/6e3b4d3d-eedb-4534-abd2-b07c5550d677

Armayor, C. (27 de Mayo de 2024). *La formación académica de las enfermeras que.* Obtenido de SEEIUC: https://pdf.sciencedirectassets.com/277714/1-s2.0-S1130239924X0005X/1-s2.0-S113023992400049X/main.pdf?X-Amz-Security-

Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEDMaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIEmDu2ThcvGkluJwK%2B%2BJXYDXXQwB3WrhMG52oXLgTn2kAiEA1urSSsf2AGUgxWYxH4%2BH8Ofa41NhV4oee3PMik

Barrera, S., & Zavala, A. (02 de Mayo de 2024). *Cumplimiento de las actividades de enfermería en la atención de pacientes que asisten al área de triaje en el hospital del norte de Guayaquil, año 2023*. Obtenido de Repositorio UCSG: http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/22969/1/UCSG-C424-22481.pdf

Becerra; Téllez; Peñaloza; Castro, V. (2023). Asistente de signos vitales para la atención prehospitalaria. *PADI, 11*(2), 152-160. Obtenido de https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/icbi/article/view/10720/10536

Benito, U. (2020). *COMPETENCIAS Y TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS*. Obtenido de Dialnet: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-CompetenciasYTecnicasDeEnfermeriaEnLosServiciosDeU-681451.pdf

Buenaño, D., López, E., Martínez, D., Peñafiel, I., & Moscoso, C. (2024). Eficacia de diferentes técnicas de triaje en la gestión de departamentos de urgencias. *Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud, 9*(1), 82-101. Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-AdministracionEficienteDelCapitalHumanoYEfectivida-9428788.pdf

Cairdenas, L., & Ferrera, R. (2022). Triaje en el servicio de emergencia en el Hospital del Sur de Esmeraldas, Ecuador. *SCIELO*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552022000100089&script=sci_arttext

Camarco, R. (17 de diciembre de 2024). TriageTriaje en la pandemia COVID-19: un abordaje con perspectiva de derechos humanos. *ELSEVIER, 22*(3). doi:10.1016/j.acci.2021.09.003

Charles, Y., & Rourke, M. (28 de Agosto de 2023). *Triaje del Departamento de Emergencias*. Obtenido de National Library of Medicine: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/

Clínica Universidad de Navarra . (s.f.). *Asfixia.* Obtenido de Diccionario médico: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/asfixia

Clínica Universidad de Navarra. (2023). *¿Qué es súbito?* Obtenido de Diccionario médico: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/subito#:~:text=Este%20t%C3%A9rmino%20es%20aplicado%20a,de%20enfermedades%20y%20eventos%20fatales.

Collins, Baafi, P. (2025). *Dinámica de poder percibida en la educación de enfermería y la experiencia de aprendizaje de los estudiantes en Ghana.* Obtenido de PLOS: https://journals-plos-org.translate.goog/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0328359&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

Contreras, E., & Reyes, L. (2024). *VALORACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE TRIAJE APLICADO POR ENFERMERÍA.* Obtenido de https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/5deeabdb-1c86-44b5-b405-a9e131f3d04a/content

Criollo, R. (Mayo de 2020). *Rol de la enfermera en la prevención de eventos adversos en pacientes prequirúrgicos del área de emergencia del Hospital General Puyo año 2015*. Obtenido de Repositorio UNIANDES: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7977/1/PIUAMEQ001-2018.pdf

Editorial Panamericana . (2020). *Informe clínico de urgencias* . Obtenido de https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Iniciacion_Urgencias_Hosp/M1T2%20(EUHR).pdf

El rol de la enfermería en el manejo de emrgencias. (s.f.).

Elizabeth Flores, P. E. (21 de Mayo de 2020). *E f i c i e n c i a de l s i s t e m a de t r i a j e e* . Obtenido de Cuidarte : https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cui2018e.pdf

Elsevier. (2024). La formación académica de las enfermeras que desarrollan roles de práctica avanzada. *Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*, 41-48. Obtenido de https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.03.001

Escalante, J., Aguilar, A., & Lamadrid, P. (2021). Una mirada a la concepción de riesgo desde la enfermería. *SCIELO, 37*(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000200020

González, Díaz, Venegas, C. (2023). Herramientas digitales en la formación de Enfermería: una revisión sistemática. *Universidad Autonoma de Aguascalientes, 18*(55). Obtenido de https://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4864623013/html/

Grefa, J. (2022). *Escalas neurológicas como herramienta en el reconocimiento de un evento cerebrovascular en el ámbito prehospitalario.* Obtenido de https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/8e691075-7031-489c-a2c3-91051f61bbc1/content

Hernández López, M. (Abril de 2024). *Triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: Nivel competencial de la enfermera y satisfacción de los pacientes.* Obtenido de Universitat de Barcelona: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/215174/1/MLH_TESIS.pdf

Hinojosa, D. (2023). Enfoque Integral Holónico-Holístico para el desarrollo de las organizaciones de acuerdo al Modelo de Ken Wilber. *Universidad Andina Simón Bolívar*. Obtenido de https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9347/1/T4103-MGTH-Hinojosa-Enfoque.pdf

Ibarra, M. (20 de Agosto de 2024). *Eficacia y eficiencia del proceso de triage de adminisión de Enfermería según motivo de consulta de los usuarios*

en una guardia de Atención Primaria de la Salud de Rosario, en el segundo semestre del 2024. Obtenido de UNR: https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/ae4741f6-dde1-48bb-b403-7e1d9d19e260/content

Ibarra, M. (20 de Agosto de 2024). *Eficacia y eficiencia del proceso de triage de admisión de Enfermería según, motivo de consulta de los usuarios en una guardia de Atención Primaria de la Salud de Rosario, en el segundo semestre del 2024.* Obtenido de https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/ae4741f6-dde1-48bb-b403-7e1d9d19e260/content

Jainista, Margetis, Iverson, S. (2025). Escala de coma de Glasgow. *NIH*. Obtenido de https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK513298/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

López, A. (20 de Octubre de 2025). *La importancia del Protocolo de Manchester*. Obtenido de Edisionmedica: https://www.edicionmedica.ec/opinion/la-importancia-del-protocolo-de-manchester-2300#google_vignette

López, Gómez, M. (2020). El razonamiento clínico con enfoque didáctico. *SCIELO, 7*(2), 16-25. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-01262020000200016

López, M., Puig, M., Miralles, L., Moreno, Y., & Galimany, J. (2024). Satisfacción de los pacientes sobre la atención recibida por la enfermera en el triaje de los servicios de urgencias hospitalarios: revisión de alcance. *ELSEVIER, 32*(5), 343-426. doi:10.1016/j.enfcli.2024.06.005

Lugo, E. (2021). Los indicadores en la gestión de la investigación: Una propuesta para la educación universitaria. *EDULCARE, 25*(3). doi:https://doi.org/10.46498/reduipb.v25i3.1589

Luna, Hernández, J. (2025). TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE SÍNTOMAS Y LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE NIHSS AL

INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN HGZMF. *Ciencia Latina R, 9*(4), 1314-1318. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18570

McGrath, S., & Blike, G. (Abril de 26). *Monitorización y vigilancia para mejorar la seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos hospitalarios.* Obtenido de Patient Safety Network: https://psnet.ahrq.gov/perspective/surveillance-monitoring-improve-patient-safety-acute-hospital-care-units

Medina, G., Espinoza, J., Urgiles, D., & Apuntes, J. (12 de Junio de 2024). *ABORDAJE INTEGRAL DE LA EMERGENCIA MÉDICA:*. Obtenido de Puerto Madero Editorial: https://puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/pmea/catalog/download/76/227/397?inline=1

MedlinePlus. (17 de Junio de 2024). *Luxación*. Obtenido de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000014.htm

Mirian, T. (2024). *EL TIEMPO DE ESPERA EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DEL EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA.* Obtenido de UDLA: https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/15784/1/UDLA-EC-TME-2024-17.pdf

Molina, A. (Marzo de 2025). *ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS: COMUNICACIÓN CLAVE Y COMPETENCIAS, PARA RESPUESTA EFECTIVA Y HUMANIZADA DEL EQUIPO*. Obtenido de Repositorio PUSE: https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/c287827d-f92a-494c-821b-7d0527dd2154/content

Molina, Becererril, C. (2025). La Formación Continua en la Implementación de Prácticas Pedagógicas en la Educación Superior. *REINCASOL*, 3023-3054. Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-

LaFormacionContinuaEnLaImplementacionDePracticasPe-10355141.pdf

Oldrich Ponce, C. R. (Marzo de 2024). *El rol de la enfermería en el manejo de emergencias: desde el triage hasta la atención integral*. Obtenido de Journal of Economic and Social Science Research: https://economicsocialresearch.com/index.php/home/article/view/86/304

OMS. (2023). *Urgencias y cuidados críticos*. Obtenido de https://www-who-int.translate.goog/health-topics/emergency-care?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

OPS. (2024). *Preparación en desastres y emergencias en salud*. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/preparacion-desastres-emergencias-salud

Organización Mundial de La Salud. (31 de Marzo de 2023). *Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/03-04-2023-who-convenes-the-fifth-global-forum-on-human-resources-for-health?utm_source

Organización Panamericana de la Salud. (29 de Septiembre de 2023). *POLÍTICA SOBRE EL PERSONAL DE SALUD 2030: ORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD A FIN DE LOGRAR SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES.* Obtenido de https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/cd60-6-s-political-personal-salud-2030.pdf

Palacios, E. (2021). *INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA*. Obtenido de Repositorio UPCH: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9707/Intervencion_PalaciosPerez_Rhosalyndh.pdf?sequence=1

Palau, C. (2024). *Importancia de la valoración enfermera en el triaje de pacientes en el servicio de urgencias hospitalarias.* Obtenido de Universidad Europea:

https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/9075/TFG_Carla%20Pau%20Palau.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pastor, A. (2024). Urgencias y pacientes con discapacidad. 243-244. Obtenido de https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2024/06/243-244.pdf

Peña, B., Londoño, A., Márquez, A., Ibarra, N., & Sandoval, D. (Diciembre de 2025). *Protocolo de transferencia de cuidado enfermero de pacientes de urgencias a cuidado crítico*. Obtenido de Rsearchgate: https://www.researchgate.net/publication/398546280_Protocolo_de_transferencia_de_cuidado_enfermero_de_pacientes_de_urgencias_a_cuidado_critico

Pinto, H. (2022). *EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO, USO Y APLICACIÓN DEL TRIAJE MANCHESTER POR EL PERSONAL SANITARIO DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PADRE ALBERTO BUFFONI DE QUININDÉ.* Obtenido de https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/9acdce3f-a551-4284-a3dd-7df3958f06bc/content

Plasencia, E. (Septiembre de 2022). *SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL ÁREA DE EMERGENCIA RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL TRIAGE DE MANCHESTER*. Obtenido de Repositorio UTA: https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/53630148-41a9-48f5-bc35-27f6b1991628/content

Ponce, S., Roman, C., Díaz, S., & Vinueza, C. (2024). El rol de la enfermería en el manejo de emergencias: desde el triage hasta la atención integral. *4*(1), 57-76. Obtenido de https://economicsocialresearch.com/index.php/home/article/view/86/304

Rodriguez, Orozco, Lema, R. (2021). nterdisciplinariedad, aproximación conceptual y algunas implicaciones para la educación inclusiva. *UNIANDES EPISTEME, 9*(1), 101-116. Obtenido de

file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-InterdisciplinariedadAproximacionConceptualYAlguna-8298181.pdf

Sambade Alonso, P. (2024). *Sistemas de triaje hospitalarios y prehospitalarios utilizados a nivel mundial, diferencias, similitudes y competencias de enfermería asociadas: Revisión bibliográfica sistematizada.* Obtenido de Universidad Europea: https://titula.universidadeuropea.es/bitstream/handle/20.500.12880/8594/TFM%20PAULA%20SAMBADE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sanjines, M. (2024). *CONOCIMIENTO SOBRE EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN ENFERMERAS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2* . Obtenido de UMA: https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/2438/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO-SANJINES%20BRICE%c3%91O.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Santillán, D. (2024). *Estudio exploratorio de una práctica educativa significativa en el aprendizaje en educación para la salud para jóvenes y adultos en el cantón Chambo, provincia de Chimborazo - Ecuador (2023-2024).* Obtenido de UNAE: https://repositorio.unae.edu.ec/server/api/core/bitstreams/0da692ea-6f2b-440b-9abd-e09c7e888296/content

Sergio López, C. S. (25 de Enero de 2021). *Práctica avanzada de la enfermera en urgencias extrahospitalarias y comparación con la casuística atendida por equipos con médicos*. Obtenido de Scielo: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10183472/

Song Xu, Y. F. (19 de Diciembre de 2023). *Impacto de una intervención de enfermería en el servicio de urgencias sobre la continuidad de la atención, el autocuidado y los síntomas psicológicos.* Obtenido de NIH: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10768496/

Torres, N. (2022). *FOLLETO DE ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN LOGOPÉDICA DE LA DISARTRIA EN LOS ESCOLARES DE SEXTO GRADO.* Obtenido de

https://editorial.redipe.org/index.php/1/catalog/download/207/359/7208?inline=1

UNIR. (10 de Enero de 2022). *Enfermería en Urgencias: funciones y claves para su coordinación*. Obtenido de https://www.unir.net/revista/salud/enfermeria-urgencias/

Van, P. (27 de Noviembre de 2022). Sistemas dinámicos, procesos y desarrollo. *PubMed*, 153-179. Obtenido de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7050700/?utm_source=chatgpt.com

Yanny Trisyani, E. E. (10 de Mayo de 2023). *Competencia de las enfermeras de urgencias en el contexto de los servicios de urgencias: un estudio cualitativo*. Obtenido de National Library of Medicine: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10183472/

Zambrano, R., Toala, H., & Choéz, J. (2024). Enfermería en servicios de emergencia. *RECIMUNDO*, 320-330. doi:10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.320-330

Zapata, Gómez, Llanos, , L. (2024). El shock cardiogénico como problema de salud. Fisiología, clasificación y detección. *Meidina Intensiva, 48*(5), 282-295. doi:10.1016/j.medine.2023.12.009

Zuleta, M. (12 de Diciembre de 2024). *La Hemodinamia: una ventana al sistema cardiovascular.* Obtenido de https://www.topdoctors.com.co/articulos-medicos/la-hemodinamia-una-ventana-al-sistema-cardiovascular/

ANEXOS

Anexo 1: Resolución de Consejo Universitario de tutor

UEB
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA
Unidad de Titulación

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 22 de diciembre de 2025
Oficio Nº 045-UT-CE-FCSSH

Magister
Stefanny Días
Coordinadora Carrera Enfermería
Presente

De mi consideración:

Reciba un saludo, como es de su conocimiento los estudiantes inscritos en la Unidad de Titulación que debido a diferentes razones no han concluido con los proyectos de investigación designados solicitaron prorroga y cambio de lugar misma que fue aprobada mediante Resolución Nro. DFCS-RCD-633-2025, en tal sentido solicito muy respetuosamente se emita el quipux dirigido al Ing. Darwin Poveda, Gerente Hospital Alfredo Noboa, con la finalidad de contar con la autorización para el desarrollo de la investigación de manera que las estudiantes puedan acceder a la información necesaria para su trabajo de titulación, como se detalla a continuación:

Autores	Modalidad de Titulación	Tema	Tutora
Leydi Karolina Patín Llumiguano Sandra Vanessa Vásconez Andrade	Proyecto de Investigación	Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo No oa. Diciembre 2025-marzo 2026	Mgtr. Guerra Patricia
Viviana Alexandra Remache Ati Nataly Yulissa Caiza Yanchaliquin	Proyecto de Investigación	Rol de la enfermera quirúrgica en equipos multidisciplinarios y su influencia en la calidad de atención, Hospital Alfredo Noboa. Diciembre 2025-marzo 2926	Mgtr. Morayma Remache
Cristian Steven Castillo Castellano Leydi Rosalía Arellano Cabezas	Proyecto de Investigación	Proceso de atención de enfermería según el Modelo de adaptación de Callista Roy en pacientes prequirúrgico del Hospital Alfredo Noboa. Diciembre 2025-marzo 2026	Mgtr. Morayma Remache

Por la atención le agradezco,

Atentamente,

Dra. Enf. María Olalla García.
Responsable Unidad de Titulación.

Consejo Directivo
Resolución Nro. DFCS- RCD- 633-2025

Fecha y lugar: Guaranda, 20 de noviembre del 2025

EL SUSCRITO DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO. Mgtr., CERTIFICA: Que, el Consejo Directivo de la Facultad en sesión extraordinaria (20) del 20 de noviembre del 2025, en el:

PUNTO 26- Tratamiento y aprobación del Memorando Nro. UEB-CCE-2025-458-M suscrito por la Lic. Stefanny Días Coordinadora de la Carrera Enfermería, quien remite Acta de la Comisión de Titulación de fecha 17 de noviembre de 2025

CONSEJO DIRECTIVO
CONSIDERANDO

QUE, El Estatuto de la Universidad Estatal de Bolívar en el artículo 44.- Atribuciones del Consejo Directivo, manifiesta:
a) Sesionar ordinariamente en forma obligatoria dos veces al mes; y, en4 forma extraordinaria cuando el caso lo amerite; la convocatoria la realizará el presidente o la mitad más uno de sus miembros;
b) Designar al representante de la facultad, para que conforme las comisiones y comités que determine el presente Estatuto;
c) Emitir resoluciones para el funcionamiento de la gestión administrativa, académica, investigación y vinculación de la Facultad, acorde a la normativa legal;
d) Aprobar la planificación estratégica y el plan operativo anual (POA) de la Facultad y carreras, y remitir a las instancias correspondientes;
e) Aprobar la planificación académica de la Facultad, sobre la base de las políticas emitid
as por Consejo Universitario para el ciclo académico correspondiente, y remitir para conocimiento y toma de decisiones a las instancias y organismos, observando el procedimiento de ley;
f) Aprobar la planificación de los procesos de titulación;
g) Aprobar en primera instancia, proyectos de nueva oferta académica y/o de supresión de carreras;
h) Aprobar requerimientos de titularización, en primera instancia de profesores e investigadores, para presentar a los organismos correspondientes;
i) Analizar proyectos de reglamentos y reformas propuestos, para su aprobación en los organismos o instancias pertinentes;
j) Resolver en primera instancia las solicitudes de carácter académico y administrativo de profesores y estudiantes; y,
k) Las demás que determine la normativa legal.

QUE, Visto el Memorando Nro. UEB-CCE-2025-458-M suscrito por la Lic. Stefanny Días Coordinadora de la Carrera Enfermería, quien remite la comunicación suscrita por la Licenciada María Olalla Responsable de la Unidad de Titulación de la carrera, quien remite el acta de la comisión de titulación Nro. 007-UT-CE-FCSSH de fecha 17 de noviembre de 2025, para tratamiento de cada uno de los puntos:
1.- Informe del examen de grado o fin de carrera, cohorte septiembre 2024 – agosto 2025.
2.- Aporbación de actas de calificaciones de los estudiantes de la cohorte septiembre 2024 – agosto 2025 que se acogieron a la modalidad de titulación. Examen de Grado o Fin de Carrera.
3.- Fijar fechas para trámites y ceremonia de incorporación de los estudiantes de la cohrte septiembre 2024 – agosto 2025, de la modalidad examen de grado o fin de carrera.
4.- Tratamiento del oficio suscrito por estudiantes de proyectos de investigación.

QUE, Visto el **ACTA 007-UT-CE-FCSSH, DE LA REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN CARRERA DE ENFERMERÍA, QUE INDICA:**
A los 17 días del mes de noviembre de 2025 siendo las 10:22 am previa convocatoria se reúne la Comisión de titulación de la carrera de enfermería, integrada por: Mgtr. Stefanny Días, Coordinadora Carrera de Enfermería, Mgtr. María Olalla García, Coordinadora de la Unidad de Titulación, Mgtr. Vanessa Mite, Profesora Investigadora, ND. Janine Taco, Profesor Investigadora.
Se integran los miembros de la comisión para tratar los siguientes puntos de la convocatoria.

3. Tratamiento de oficio suscrito por estudiantes de proyectos de investigación
Con fecha 14 de noviembre siendo las 16:21, recibo mediante whatasaspp oficio sin numero emitido por los estudiantes: Patin Llumiguano Leudi Karolina, Vasconez Andrade Sandra Vanessa, Arellano Cabezas Leydi Rosalía, Castillo Castellano Cristian Steven, Remache Ati Viviana Alexandra, Caiza Yanchaliquin Nataly Yulissa, inscritos en la unidad de titulación, modalidad proyectos de investigación, quienes manifiesta y cito textualmente "Debido a que el establecimiento inicialmente propuesto se requiere obtener permiso del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH), los cuales no han podido ser gestionados, haciendo imposible la realización de los proyectos de investigación en dicho establecimiento.....Solicitamos el cambio de lugar, conservando el tema planteado para la investigación y de proceder se

aplique la prórroga respectiva, por cuanto los trabajos debían concluir el 2 de diciembre para ser entregados el 3 de diciembre a la unidad de titulación, y al estar fuera del tiempo no será posible entregar en la fecha establecida".
Planteando los temas de la siguiente manera:

Nº	Apellidos y Nombres	Modalidad de Titulaciòn	Tema Aprobado	Tema con modificacion	Tutora
1	Leydi Karolina Patin Llumiguano Sandra Vanessa Vásconez Andrade	Proyecto de Investigation	Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital General Puyo. Agosto-diciembre 2025	Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo Noboa. Diciembre 2025-marzo 2026	Mgtr. Patricia Guerra
2	Viviana Alexandra Remache Ati Nataly Yulissa Caiza Yanchaliquin	Proyecto de Investigation	Rol de la enfermera quirúrgica en equipos multidisciplinarios y su influencia en la calidad de atención, Hospital Puyo. Agosto-diciembre 2025	Rol de la enfermera quirúrgica en equipos multidisciplinarios y su influencia en la calidad de atención, Hospital Alfredo Noboa. Diciembre 2025-marzo 2026	Mgtr. Morayma Remache
3	Cristian Steven Castillo Castellano Leydi Rosalía Arellano Cabezas	Proyecto de Investigación	Proceso de atención de enfermería según el Modelo de adaptación de Callista Roy en pacientes prequirúrgicos del Hospital General Puyo. Agosto-diciembre 2025	Proceso de atención de enfermería según el Modelo de adaptación de Callista Roy en pacientes prequirúrgicos del Hospital Alfredo Noboa. Diciembre 2025-marzo 2026	Mgtr. Morayma Remache

La Comisión de Titulación acepta el pedido realizado por las estudiantes, evidenciando una vez mas la necesidad de contar con el Comité de Ética, para el desarrollo de investigaciones no solo de estudiantes sino también de docentes.
Siendo las 11:14 am se concluye la reunión de la Comisión de Titulación de la Carrera de Enfermería con la presencia de: Mgtr. Stefanny Días. Coordinadora Carrera de Enfermería, Mgtr. María Olalla García, responsable de la Unidad de Titulación, la Mgtr. Vanessa Mite Cárdenas, Profesora Investigadora y Mgtr. Janine Taco Vega. Profesora Investigadora.

CONSEJO DIRECTIVO RESUELVE: ACOGER ÍNTEGRAMENTE EL CONTENIDO DEL ACTA Nro. 007-UT-CE-FCSSH, DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN CARRERA DE ENFERMERÍA DESARROLLADA EL 17 DE NOVIEMBRE DEL 2025, RESUELVE:

1. **APROBAR EL NUMERAL 3 DEL ACTA, Y APOBAR EL CAMBIO DE LUGAR EN LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, QUEDANDO COMO SE ENUNCIAN:**

Nº	Apellidos y Nombres	Modalidad de Titulaciòn	Tema con modificacion	Tutora
1	Leydi Karolina Patin Llumiguano Sandra Vanessa Vásconez Andrade	Proyecto de Investigation	**Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo Noboa. Diciembre 2025-marzo 2026**	Mgtr. Patricia Guerra
2	Viviana Alexandra Remache Ati Nataly Yulissa Caiza Yanchaliquin	Proyecto de Investigation	**Rol de la enfermera quirúrgica en equipos multidisciplinarios y su influencia en la calidad de atención, Hospital Alfredo Noboa. Diciembre 2025-marzo 2026**	Mgtr. Morayma Remache
3	Cristian Steven Castillo Castellano Leydi Rosalía Arellano Cabezas	Proyecto de Investigación	**Proceso de atención de enfermería según el Modelo de adaptación de Callista Roy en pacientes prequirúrgicos del Hospital Alfredo Noboa. Diciembre 2025-marzo 2026**	Mgtr. Morayma Remache

2.- SE AUTORIZA EXTENDER EL PLAZO DE UN CICLO ACADÉMICO COMO PRÓRROGA, ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO REFORMADO DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, ANALIZADO, DISCUTIDO Y APROBADO POR CONSEJO UNIVERSITARIO EN SESIÓN ORDINARIA 005-2024-068, DE FECHA 3 DE ABRIL DEL 2024, AMPARADO EN EL ART. 9.- PROTOCOLOS DE LAS MODALIDADES DE TITULACIÓN. - 9.2 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. 9.2.22 QUE DETERMINA: *"EL ESTUDIANTE QUE NO HAYA CULMINADO Y APROBADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN EN EL TIEMPO ORDINARIO DE DURACIÓN DE LA CARRERA, LO PODRÁ DESARROLLAR EN UN PLAZO ADICIONAL QUE NO EXCEDERÁ EL EQUIVALENTE A DOS PERÍODOS ACADÉMICOS ORDINARIOS, PREVIA SOLICITUD A LA*

AUTORIDAD DE LA FACULTAD, SIN REQUERIR PAGO DE ARANCELES". **INDICANDO QUE LA FECHA RIGE A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA RESOLUCIÓN, MISMO QUE NO EXCEDERÁ DEL 31 DE MARZO DEL 2026 COMO TIEMPO LÍMITE.**

Notifíquese. -

ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO Mgtr.
DECANO

Lo certifico. –

LIC. TANIA HURTADO GARCÍA
SECRETARIA DE CONSEJO DIRECTIVO

CRCH/TH.

Anexo 2: Validación del Instrumento de Investigación

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda, 02 de febrero del 2026

Licenciada

Msg. Patricia Guerra Naranjo

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Presente.

De mi consideración:

Reciba un cordial y respetuoso saludo. Por medio de la presente me permito solicitar de la manera más comedida su valioso aporte profesional en calidad de **experta validadora** del instrumento de recolección de datos, elaborado para el desarrollo del Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, titulado:

"Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Diciembre 2025 – Marzo 2026."

El instrumento ha sido diseñado con el propósito de recopilar información relacionada con el rol de la enfermera de triaje, considerando aspectos como la comunicación, coordinación, liderazgo clínico y adherencia a protocolos, así como su relación con los indicadores de calidad de atención en el servicio de emergencia.

Su experiencia, criterio académico y trayectoria profesional serán de gran relevancia para garantizar la validez, claridad y pertinencia del instrumento, contribuyendo de manera significativa al rigor metodológico y a la calidad científica de la investigación.

Por la atención que se digne brindar a la presente, anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Patin Llumiguano Leydi Karolina
Autores del Proyecto de Investigación
Carrera de Enfermería – UEB

Vasconez Andrade Sandra Vanessa
Autores del Proyecto de Investigación
Carrera de Enfermería – UEB

Mgtr. Patricia Guerra Naranjo
Tutora del Proyecto de Investigación
Carrera de Enfermería – UEB

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS				
Tema:	Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Diciembre 2025 – Marzo 2026.			
Autores:	• Leydi Karolina Patin Llumiguano • Sandra Vanessa Vasconez Andrade			
Instrucciones:	Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando en el puntaje que considere que refleje su apreciación.			
Criterios de validez	**Apreciación cuantitativa**			
	Excelente (4)	**Bueno (3)**	**Regular (2)**	**Deficiente (1)**
Presentación del instrumento	4			
Claridad en la redacción de los ítems	4			
Pertinencia de la variable con la pregunta	4			
Relevancia del contenido	4			
Factibilidad de la aplicación	4			
Puntaje total	20			
Observaciones				
Validez	**Aplicable** X	**Criterios**		
	No aplicable	**Válido para aplicar:** 14 a 20 puntos **Válido con modificaciones:** 7 a 13 puntos **No válido:** 6 a 0 puntos		

UEB
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

DATOS DEL VALIDADOR

Nombres y Apellidos	Diego Armando Verdezoto Estella
Profesión	Enfermero
Lugar de trabajo	Hospital Alfredo Noboa Montenegro (emergencia)
Cargo que desempeña	Lider de emergencia
Lugar y fecha de validación	2020/12/2
Firma	Ministerio de Salud Pública Hospital Alfredo Noboa Montenegro Lic. Diego Armando Verdezoto Estella MSP

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS				
Tema:	Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Diciembre 2025 – Marzo 2026.			
Autores:	• Leydi Karolina Patin Llumiguano • Sandra Vanessa Vasconez Andrade			
Instrucciones:	Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando en el puntaje que considere que refleje su apreciación.			
Criterios de validez	**Apreciación cuantitativa**			
	Excelente (4)	**Bueno (3)**	**Regular (2)**	**Deficiente (1)**
Presentación del instrumento	X			
Claridad en la redacción de los ítems		X		
Pertinencia de la variable con la pregunta	X			
Relevancia del contenido	X			
Factibilidad de la aplicación		X		
Puntaje total	12	6		
Observaciones				
Validez	**Aplicable** X	**Criterios**		
	No aplicable	**Válido para aplicar:** 14 a 20 puntos **Válido con modificaciones:** 7 a 13 puntos **No válido:** 6 a 0 puntos		

UEB
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

DATOS DEL VALIDADOR

Nombres y Apellidos	Mery Rea Guamán
Profesión	Licenciada en Enfermería
Lugar de trabajo	UEB
Cargo que desempeña	Docente
Lugar y fecha de validación	Guaranda, 2 Febrero 2026
Firma	

Anexo 3: Evidencia del Consentimiento Informado

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio del presente documento, se le invita a participar en la investigación titulada: **"ROL DE LA ENFERMERA DE TRIAJE EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SITUACIONES DE RIESGO VITAL, HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DICIEMBRE 2025 – MARZO 2026**
realizada por las **Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar**, bajo la supervisión de la **Magíster Patricia Guerra Naranjo.**

El objetivo del estudio es Determinar el rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital en el área de emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
, con el propósito de fortalecer la atención oportuna y contribuir a la mejora de la calidad asistencial.

Su participación consistirá en responder un cuestionario con fines académicos, con una duración aproximada de 30 minutos. La participación es voluntaria, y usted puede retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.

La información proporcionada será manejada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente para fines investigativos, garantizando el anonimato y la protección de los datos personales.

Si desea obtener mayor información, puede comunicarse con la interna rotativa **Leydi Karolina Patín Llumiguano**, al número **0984984342** o al correo electrónico

Escaneado con CamScanner

leydi.patin@ueb.edu.ec y Sandra Vanessa Vasconez Andrade, al número **0985991145** o al correo sandra.vasconez@ueb.edu.ec

Declaro haber sido informado/a de manera clara y suficiente sobre los objetivos y condiciones de esta investigación, y manifiesto mi consentimiento para participar voluntariamente en el estudio.

Acepto participar en el presente estudio.

Nombres y Apellidos: Lozada Chuqui Gisel

Firma:

Fecha: 14/02/2026

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio del presente documento, se le invita a participar en la investigación titulada: **"ROL DE LA ENFERMERA DE TRIAJE EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE SITUACIONES DE RIESGO VITAL, HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DICIEMBRE 2025 – MARZO 2026**
realizada por las **Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar**, bajo la supervisión de la **Magíster Patricia Guerra Naranjo.**

El objetivo del estudio es Determinar el rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital en el área de emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
, con el propósito de fortalecer la atención oportuna y contribuir a la mejora de la calidad asistencial.

Su participación consistirá en responder un cuestionario con fines académicos, con una duración aproximada de 30 minutos. La participación es voluntaria, y usted puede retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.

La información proporcionada será manejada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente para fines investigativos, garantizando el anonimato y la protección de los datos personales.

Si desea obtener mayor información, puede comunicarse con la interna rotativa **Leydi Karolina Patín Llumiguano**, al número **0984984342** o al correo electrónico

CS Escaneado con CamScanner

leydi.patin@ueb.edu.ec y Sandra Vanessa Vasconez Andrade, al número **0985991145** o al correo sandra.vasconez@ueb.edu.ec

Declaro haber sido informado/a de manera clara y suficiente sobre los objetivos y condiciones de esta investigación, y manifiesto mi consentimiento para participar voluntariamente en el estudio.

Acepto participar en el presente estudio.

Nombres y Apellidos: Lic Mª Elena Guiba

Firma:

Fecha: 14-02-2026

Anexo 4: Aplicación de la Encuesta

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE APLICACIÓN

Tema: Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Diciembre 2025- Marzo 2026

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando en el puntaje que considere que refleje su apreciación.

Sección/ dimensión	Pregunta	Escala
Sección 1 Características sociodemográficas	Edad	☑ 23 – 29 años ☐ 30 – 39 años ☐ 40 – 49 años ☐ 50 – 59 años ☐ Mayor a 60 años
	Denominación del puesto de trabajo	☐ Licenciado/a ☑ Interno rotativo de enfermería
	En caso de ser licenciado/a en enfermería indique el nivel de instrucción que corresponda.	☐ Título de tercer nivel (Licenciatura) ☐ Posgrado (Maestría) ☐ PHD (Doctorado) ☑ Especialidad (Formación profesional específica en el área)
	En caso de ser licenciado/a en enfermería indique el nivel de experiencia en el área	☐ < 1 año ☐ 1– 3 años ☐ 3– 5 años ☐ 5– 10 años ☐ > 10 años
Sección 2 Preparación del área	1. ¿Verifica que se disponga de herramientas de apoyo como manuales, dispositivos, carteles o afiches, para la correcta aplicación del Sistema de Triaje de Manchester?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	2. ¿Dispone de las guías y protocolos actualizados para la clasificación según el Triaje de Manchester?	☐ Siempre ☑ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Sección 3 Valoración inicial	3. ¿Evalúa el estado de conciencia del paciente de acuerdo con los criterios establecidos en el Triaje de Manchester?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	4. ¿Identifica si el paciente posee alguna discapacidad que requiera adaptaciones en la atención?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	5. ¿Realiza la toma y registro de signos vitales (PA, FC, FR, SpO_2 y temperatura)?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	6. ¿Identifica factores de riesgo, signos o síntomas relevantes durante la valoración inicial del paciente?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
Sección 4 Registro de datos	7. ¿Registra correctamente los datos del paciente en el sistema de triaje?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	8. ¿Documenta los signos y síntomas principales, factores de riesgo y necesidades especiales del paciente?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
Sección 5 Comunicación con el paciente	9. ¿Brinda orientación e información al paciente y sus familiares sobre el proceso de triaje?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	10. ¿Informa al paciente sobre el significado de la pulsera asignada y el tiempo estimado de espera?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Sección 6 Actualización profesional	11. ¿Se aplica protocolos, escalas y criterios del Triaje de Manchester actualizados durante la atención de los pacientes?	☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	12. ¿La institución brinda capacitaciones periódicas sobre el manejo adecuado del Triaje de Manchester?	☐ Siempre ☒ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
Sección 7 Asignación del nivel de prioridad	13. ¿Identifica a pacientes con signos y síntomas de enfermedades graves, durante el proceso de triaje?	☐ Siempre ☒ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	14. ¿Asigna la pulsera de color correspondiente según el nivel de gravedad del paciente?	☐ Siempre ☒ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	15. ¿Verifica que la categorización asignada sea coherente con la valoración clínica del paciente?	☐ Siempre ☒ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
Sección 8 Comunicación y derivación	16. ¿Comunica oportunamente al personal médico y, de ser necesario, a otros profesionales de la salud los resultados del la valoración en triaje?	☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	17. ¿Describe de forma clara y precisa la condición de salud del paciente y la necesidad de atención inmediata?	☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	18. ¿Garantiza una transferencia adecuada, segura y oportuna del paciente al área correspondiente?	☐ Siempre ☒ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Sección 9 Seguimiento	19. ¿Realiza el monitoreo continuo de la condición del paciente según su nivel de prioridad?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	20. ¿Responde a las preguntas, dudas o inquietudes del paciente y sus familiares durante la atención?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

Firma:.....

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE APLICACIÓN

Tema: Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Diciembre 2025– Marzo 2026

Instrucciones: Después de leer el cuestionario realice una valoración según los siguientes ítems, marcando en el puntaje que considere que refleje su apreciación.

Sección/ dimensión	Pregunta	Escala
Sección 1 Características sociodemográficas	Edad	☐ 23 – 29 años ☐ 30 – 39 años ☒ 40 – 49 años ☐ 50 – 59 años ☐ Mayor a 60 años
	Denominación del puesto de trabajo	☒ Licenciado/a ☐ Interno rotativo de enfermería
	En caso de ser licenciado/a en enfermería indique el nivel de instrucción que corresponda.	☐ Título de tercer nivel (Licenciatura) ☒ Posgrado (Maestría) ☐ PHD (Doctorado) ☐ Especialidad (Formación profesional específica en el área)
	En caso de ser licenciado/a en enfermería indique el nivel de experiencia en el área	☐ < 1 año ☐ 1– 3 años ☐ 3– 5 años ☐ 5– 10 años ☒ > 10 años
Sección 2 Preparación del área	1. ¿Verifica que se disponga de herramientas de apoyo como manuales, dispositivos, carteles o afiches, para la correcta aplicación del Sistema de Triaje de Manchester?	☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	2. ¿Dispone de las guías y protocolos actualizados para la clasificación según el Triaje de Manchester?	☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Sección 3 Valoración inicial	3. ¿Evalúa el estado de conciencia del paciente de acuerdo con los criterios establecidos en el Triaje de Manchester?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	4. ¿Identifica si el paciente posee alguna discapacidad que requiera adaptaciones en la atención?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	5. ¿Realiza la toma y registro de signos vitales (PA, FC, FR, SpO_2 y temperatura)?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	6. ¿Identifica factores de riesgo, signos o síntomas relevantes durante la valoración inicial del paciente?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
Sección 4 Registro de datos	7. ¿Registra correctamente los datos del paciente en el sistema de triaje?	☐ Siempre ☑ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	8. ¿Documenta los signos y síntomas principales, factores de riesgo y necesidades especiales del paciente?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
Sección 5 Comunicación con el paciente	9. ¿Brinda orientación e información al paciente y sus familiares sobre el proceso de triaje?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	10. ¿Informa al paciente sobre el significado de la pulsera asignada y el tiempo estimado de espera?	☐ Siempre ☑ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Sección 6 Actualización profesional	11. ¿Se aplica protocolos, escalas y criterios del Triaje de Manchester actualizados durante la atención de los pacientes?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	12. ¿La institución brinda capacitaciones periódicas sobre el manejo adecuado del Triaje de Manchester?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
Sección 7 Asignación del nivel de prioridad	13. ¿Identifica a pacientes con signos y síntomas de enfermedades graves, durante el proceso de triaje?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	14. ¿Asigna la pulsera de color correspondiente según el nivel de gravedad del paciente?	☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	15. ¿Verifica que la categorización asignada sea coherente con la valoración clínica del paciente?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
Sección 8 Comunicación y derivación	16. ¿Comunica oportunamente al personal médico y, de ser necesario, a otros profesionales de la salud los resultados del la valoración en triaje?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	17. ¿Describe de forma clara y precisa la condición de salud del paciente y la necesidad de atención inmediata?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	18. ¿Garantiza una transferencia adecuada, segura y oportuna del paciente al área correspondiente?	☐ Siempre ☑ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Sección 9 Seguimiento	19. ¿Realiza el monitoreo continuo de la condición del paciente según su nivel de prioridad?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca
	20. ¿Responde a las preguntas, dudas o inquietudes del paciente y sus familiares durante la atención?	☑ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca

Firma:.....

Lic. Ma. Elena Calhor
ENFERMERA

Anexo 5: Informe de horas cumplidas

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN
INFORME DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DATOS GENERALES

TÍTULO: "Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital, Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Diciembre 2025 - Marzo 2026"

NOMBRE Y APELLIDOS DEL DIRECTOR O TUTOR: Msc. Patricia Guerra Naranjo

NOMBRE Y APELLIDOS DE ESTUDIANTES: Leydi Karolina Patin Llumiguano, Sandra Vanessa Vasconez Andrade

FECHA DEL INFORME: 23/03/2026

ACTIVIDADES CUMPLIDAS	HORAS DE TUTORIA O DIRECCIÓN (100)	HORAS AUTÓNOMAS CUMPLIDAS POR EL ESTUDIANTE (300)	OBSERVACIONES
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA • Formulación del Problema	4 horas	14 horas	Ninguna
OBJETIVOS • Definición de objetivo general y específicos	4 horas	19 horas	Ninguna
3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6 horas	25 horas	Ninguna
4. MARCO TEÓRICO • Antecedentes de la Investigación • Bases Teóricas-científica • Definición de Términos (Glosario)	25 horas	45 horas	Ninguna

• Sistemas de hipótesis (de ser necesarias) • Definición y sistema de Variables			
5. MARCO METODOLÓGICO • Nivel de Investigación • Diseño • Población y Muestra • Técnicas e Instrumentos de recolección de datos • Técnicas de procesamiento y Análisis de datos (estadístico utilizado)	10 horas	49 horas	Ninguna
6. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	10 horas	35 horas	Ninguna
7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS • Definición de los recursos con los que se lleva a cabo la investigación • Cronograma • Presupuesto	20 horas	45 horas	Ninguna
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES • Comprobación de la Hipótesis (si existe la misma en su diseño)	8 horas	20 horas	Ninguna

• Conclusiones Recomendaciones			
9. DEFINICIÓN Y REDACCIÓN DE BIBLIOGRAFÍA	4 horas	20 horas	Ninguna
10. CORRECCION DE PRIMER BORRADOR Y CALIFICACIÓN FINAL DEL PROYECTO	9 horas	28 horas	Ninguna
TOTAL HORAS	100 horas	300 horas	

FIRMA DEL DIRECTOR O TUTOR

.....

Msc. Patricia Guerra Naranjo

FIRMA DE/LOS ESTUDIANTES INTEGRANTES

.....

Leydi Patin

.....

Vanessa Vásconez

Anexo 6. Oficio de entrega de la guía

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Guaranda 27 de marzo del 2026

Licenciado Diego Verdesoto

Área de Emergencia

Presente.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo. Por medio del presente, me permito hacer la entrega de una guía informativa sobre el **"Rol de la enfermera de triaje en la detección temprana de situaciones de riesgo vital"**, elaborada con el objetivo de fortalecer los conocimientos y competencias del personal de enfermería en el área de emergencia.

Esta guía contiene información relevante acerca de la identificación oportuna de signos y síntomas de riesgo vital, así como criterios y herramientas que contribuyen a una atención eficiente, segura y de calidad para los pacientes.

El material del contenido sea de gran utilidad para el desempeño profesional dentro del área, aportando a la mejora continua de la atención en salud.

Agradezco de antemano su atención y colaboración.

Atentamente,

Leydi Patin

C.I. 0202513339

Vanessa Vasconez

C.I. 0202312104

Ministerio de Salud Pública
Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Lic. Diego Armando Verdezoto Estrella MSc.

Lcdo Diego Verdezoto

C.I. 0202019634

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Anexo 7: Evidencias Fotográficas

<table>
<tr><th colspan="2">EVIDENCIAS FOTOGRAFÍCAS DE TUTORÍAS</th></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Fecha: 18/12/2025
Actividad: Elaboración del Proyecto de Investigación
Responsable: Lcda. Patricia Guerra
Leydi Patin, Vanessa Vasconez</td><td>Fecha: 12/01/2026
Actividad: Indicaciones y correcciones por parte de la tutora.
Responsable: Lcda. Patricia Guerra
Leydi Patin, Vanessa Vasconez</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Fecha: 13/02/2026
Actividad: Revisión sistemática de la tabulación de datos, conclusiones y recomendaciones.
Responsable: Lcda. Patricia Guerra
Leydi Patin, Vanessa Vasconez</td><td>Fecha: 20/03/2026
Actividad: Revisión de la Guía informativa y verificación final.
Responsable: Lcda. Patricia Guerra
Leydi Patin, Vanessa Vasconez</td></tr>
</table>

EVIDENCIAS FOTOGRAFÍCAS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	
	
Fecha: 29/01/2026 **Actividad:** Aplicación de la encuesta **Responsable:** Leydi Patin, Vanessa Vasconez	**Fecha:** 01/02/2026 **Actividad:** Aplicación de la encuesta **Responsable:** Leydi Patin, Vanessa Vasconez
	
Fecha: 06/02/2026 **Actividad:** Aplicación de la encuesta. **Responsable:** Leydi Patin, Vanessa Vasconez	**Fecha:** 12/02/2026 **Actividad:** Aplicación de la encuesta **Responsable:** Leydi Patin, Vanessa Vasconez

EVIDENCIA FOTOGRAFÍCA DE ENTREGA DE LA GUÍA



Fecha: 27/03/2026
Actividad: Entrega de la guía
Responsable: Leydi Patin, Vanessa Vasconez

EVIDENCIA FOTOGRAFÍCA DE SOCIABILIZACIÓN DE LA GUÍA



Fecha: 27/03/2026
Actividad: Sociabilización de la guía
Responsable: Leydi Patin, Vanessa Vasconez

Anexo 8. Certificado Anti - Plagio



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR (UEB)

MARCO TEORICO PROYECTO DE TITULACIÓN

ID : e1a64b6412884f69d5fabe83095dd76e879ececf



8%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : MARCO TEORICO PROYECTO DE TITULACIÓN.txt
Tamaño del archivo original : 490,74 kB
Número de palabras : 7349
Número de caracteres : 49904

Depositante : CLARA PATRICIA GUERRA NARANJO
Fecha de depósito : 30 de marzo de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 30 de marzo de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes <1%

Sintáctica <1% Semántica *No medido*

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA 7%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.
Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos 0%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.
Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas 2%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

Similitudes

<1%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Fuente principal detectada

N°		Descripciones	Similitudes	Ubicaciones
1		PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE... participa.asambleanacional.gob.ec/legislation/proce...	<1%	
3		Documento de otro usuario #faffcb Viene de de otro grupo	<1%	
4		repositorio.ucsg.edu.ec repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/22969?locale=en	<1%	

Fuente con similitudes fortuitas

N°		Descripciones	Similitudes	Ubicaciones
2		Documento de otro usuario #bac928 Viene de de otro grupo	<1%	
5		enfermeriadeurgencias.com enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2...	<1%	
6		Triage en atención médica continua : eficacia y... 132.248.9.195/ptd2017/enero/0754360/Index.html	<1%	
7		titula.universidadeuropea.es titula.universidadeuropea.es/bitstream/handle/20....	<1%	
8		El rol de la enfermería en el manejo de... doi.org/10.55813/gaea/jessr/v4/n1/86	<1%	

N°		Descripciones	Similitudes	Ubicaciones
9		Competencias de enfermería en urgencias: un... revistasanitariadeinvestigacion.com/competencias...	<1%	
10		El triaje simple. Métodos de triaje simple. www.todopedia.online/el-triaje-simple-metodos-tri...	<1%	
11		Comparación clínica entre dos instrumentos d... 132.248.9.195/ptd2019/agosto/0793460/Index.html	<1%	
12		gsm.org.es gsm.org.es/gsm/wp-content/subidas/2013/09/ESCA...	<1%	
13		▷ Enfermería y atención de pacientes en... revistamedica.com/enfermeria-atencion-pacientes-...	<1%	
14		Síndromes Neurovasculares Agudos Perspecti... emercrit.org/wp1/2025/05/08/sindromes-neurovas...	<1%	
15		Guía completa de cuidados de enfermería en... serenfermera.com/cuidados-de-enfermeria-en-em...	<1%	