

Material Imprimible

Curso Auxiliar de enfermería

## Módulo 1

### Contenidos:

- Concepto de auxiliar de enfermería
- Roles y funciones específicas del auxiliar de enfermería dentro del sistema de salud
- Reseña histórica sobre la enfermería
- Historia de la enfermería en Argentina
- Triage y el sistema de emergentología

### **Concepto de auxiliar de enfermería**

En primer lugar tenemos que distinguir que no es lo mismo un enfermero, un licenciado en enfermería, que un auxiliar de enfermería. Cada uno va a tener un rol y funciones muy diferentes dentro del sistema de salud debido a sus conocimientos y sus especialidades.

La principal diferencia entre el **auxiliar de enfermería** y el enfermero es que el auxiliar trabaja bajo su supervisión, es decir, sus tareas diarias, las cuales consisten en atender al paciente, se realizan bajo supervisión de una persona con la titulación en Enfermería.

Además de esta diferencia, los enfermeros o licenciados en farmacia obtuvieron una titulación mediante sus estudios universitarios, mientras que el auxiliar de enfermería lo obtiene mediante una Formación Profesional.

Tanto enfermeros como auxiliares de enfermería están a cargo del cuidado de los pacientes. Sin embargo, los primeros tienen a su cargo el diseño de planes de cuidado y son autónomos, es decir, no solo se dedican a administrar medicamentos, sino que también delegan algunos cuidados básicos que no requieran complejidad en los auxiliares de enfermería, tales como la higiene del paciente y su alimentación.

También hay que hacer una clara diferencia entre la medicina y la enfermería, ya que parecen estudios similares, pero no lo son.

A diferencia de la medicina o de un médico específicamente, el enfermero es el encargado y responsable de atender integralmente y en forma directa la rehabilitación física, psicológica y social del paciente. Es decir, una vez que el médico ha llegado a un diagnóstico y ha tomado las medidas necesarias para la asistencia a ese paciente, el enfermero es quien está capacitado para prestar atención a la persona en todo el proceso de recuperación.

La recuperación, además de ser física, también es psíquica, y acá el enfermero cumple un rol muy importante para el acompañamiento del paciente en cuanto a sus emociones, pensamientos, y sentimientos.

La **Medicina** y la **Enfermería** son las dos disciplinas de salud que se encargan de uno de los aspectos más importantes y a la vez delicados dentro de la sociedad: preservar la salud de

las personas. Se trata de dos ramas de conocimiento que, pese a ser distintas, necesitan y se complementan la una de la otra para cumplir con su propósito en común. Veamos más en detalle las diferencias entre ambas.

Si hacemos un poco de historia, siempre se le ha dado más prestigio a la medicina que a la enfermería. Sin embargo, con el paso del tiempo esta disciplina empezó a formar parte de un pilar esencial en el cuidado del paciente. Asimismo, muchas universidades empezaron a dictarla como carrera de grado, primero mediante cursos y luego, al día de hoy, como una licenciatura. Esto hace que esta disciplina haya crecido notoriamente en la última década.

Un enfermero no es solamente un “ayudante del médico”, sino que es más que eso, y se necesitan de ambos, ya que los dos han recibido una formación similar en lo que se refiere al campo de la biología, la química, la física, la fisiología y también la psicología y la psicopatología, bajo distintos enfoques pero hacia el mismo fin: cuidar la salud y la vida por sobre todas las cosas.

Sin embargo, hay aspectos que podemos destacar que hacen a la diferencia entre una disciplina y la otra. Si bien comparten materias y prácticas, el enfoque que se le da a cada una de ellas es muy diferente, referido específicamente a las acciones que toman en relación a los pacientes, la autonomía y el poder recetar o no fármacos.

Si hablamos de la formación, los años de estudio de medicina suelen ser mayores, y más aún cuando luego se realiza la especialidad elegida. Se calcula un promedio de seis años de carrera para alcanzar la carrera de grado y tres o cuatro para la especialidad.

En cambio, para ser enfermero se realiza una carrera con una duración de cuatro años, con posibilidad de rendir materias adicionales y alcanzar en un quinto año el título de licenciado.

Si nos detenemos en los enfoques que una y otra abarca, podemos llegar a la conclusión de que la medicina posee un enfoque más analítico y objetivo en la búsqueda de la patología, en el diagnóstico y en el tratamiento correspondiente, mientras que la enfermería se destaca por su enfoque emocional. Esto último se debe a que el enfermero tiene que ser la persona que está más en contacto con el enfermo, y también debido a la disciplina requiere

de un entrenamiento muy importante en el campo de la psicología, la empatía y la inteligencia emocional.

La enfermería tiene que concentrarse más en el aspecto humano y emocional. Imaginemos un paciente que está atravesando una situación de una enfermedad grave, con molestias, dolores, tratamiento farmacológico y quizá de otro tipo. El médico dará el diagnóstico y los pasos a seguir, pero es el enfermero el que va a acompañar emocionalmente al paciente en el recorrido de su enfermedad y tratamiento, ya que dedica mucho de su tiempo y trabajo a la escucha del paciente, a conocer sus habilidades, fortalezas, miedos, y temores, por eso necesitan desarrollar mucho la empatía.

El médico y el enfermero complementan perfectamente sus roles y funciones en los centros asistenciales, como así también en la atención domiciliaria de sus pacientes. Ellos deben estar en contacto permanente uno con el otro, ya que el médico cura y el enfermero acompaña en el proceso. El médico receta e indica los tratamientos, y el enfermero es el encargado de brindar esa medicación, colocar sondas, drenajes, e intervenir en la resolución rápida de casos traumáticos. Asimismo, el auxiliar en enfermería ofrece todo lo que el paciente necesita antes, durante y después de su tratamiento.

Todo esto implica que se realicen exámenes preliminares del estado de salud de los pacientes, y mantener la evaluación al día con un registro detallado de todos los antecedentes de la patología de base. Recordemos que el enfermero, si bien tiene nociones básicas y conoce el tratamiento farmacológico, no puede recetar ni administrar una medicación sin consentimiento y orden firmada por el médico tratante.

Otro punto importante en cuanto a las funciones del enfermero o del auxiliar de enfermería es que ellos son muy importantes también en el vínculo con la familia del paciente, es decir, no solo acompañan al paciente en su enfermedad, sino también a su grupo familiar.

El objetivo principal del auxiliar en enfermería es facilitar y contener a los pacientes y a las familias durante su estadía en el hospital o clínica privada, asistiendo a los médicos y a los enfermeros.

Los médicos son los encargados de recetar los fármacos. Ellos saben cuál fármaco y en qué dosis es lo correcto para cada uno de sus pacientes. Esa indicación se la otorgan al enfermero para que él sea el encargado de administrar al paciente, es decir, el médico indica y el enfermero administra. Todo médico, sin importar su especialidad, es el único responsable de indicar un tratamiento farmacológico, los enfermeros lo tienen estrictamente prohibido. Como ya dijimos, solo lo pueden administrar, ya sea por vía oral o intravenosa, o por sonda si nos referimos a la alimentación. Esto es importante destacar, ya que está penado y es considerado un delito.

### **Funciones específicas del auxiliar de enfermería**

El auxiliar de enfermería es la persona encargada de dar y proporcionar la atención básica y general al paciente, ya sea en internación o en su domicilio. También asiste al enfermero o al licenciado en enfermería, pero por sobre todo, acata las órdenes del médico tratante. Este es un trabajo que implica gran vocación de servicio y de brindarse al otro.

Asimismo, un auxiliar de enfermería puede desarrollar sus conocimientos y capacidades en centros de salud comunitarios, centros asistenciales de internación como clínicas privadas y hospitales públicos, centros de día, geriátricos, hogares donde se efectivicen cuidados paliativos y asistencia domiciliaria por día o con cama.

También es importante poder aclarar que dentro de la enfermedad, al igual que en la medicina, uno podría especializarse en distintas áreas para el ejercicio profesional. Por ejemplo, dedicarse a la atención de los niños, enfermería pediátrica, o a los adultos mayores en la enfermería del geronte, también llamada gerontología.

Aunque a veces no quede bien delimitada su función, el auxiliar de enfermería forma parte de un equipo integral de salud junto a los médicos y otros profesionales que comparten sus tareas y complementan sus acciones, para lograr la salud y el bienestar de su paciente. Entre ellos destacamos psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas físicos, terapeutas

ocupacionales, kinesiólogos, podólogos, odontólogos, y demás auxiliares del sistema de salud.

Aunque puede ser que muchas veces el auxiliar de enfermería integre este equipo multidisciplinario y pluridisciplinario, todas las distintas disciplinas brindan atención integral al paciente bajo los cuidados mínimos a lo largo de la vida y del ciclo vital, en lo que se refiere a los espacios de promoción de la salud, educación, prevención de enfermedades, recuperación ante las mismas y rehabilitación. Esto siempre bajo el control y la supervisión de forma constante del médico de cabecera del paciente, quien será el que dará las indicaciones para que luego todos los miembros del equipo accionen en beneficio del paciente y sus necesidades.

Es primordial que cada uno de los integrantes de este equipo interdisciplinario tomen estrategias básicas, generales y especiales sobre los cuidados mínimos acordes a las necesidades de cada uno de los pacientes. A su vez, también las acciones concretas en conjunto permiten lograr y alcanzar los objetivos propuestos.

Las funciones y roles del auxiliar de enfermería son:

- Asear a los enfermos diariamente respetando las normas de higiene y seguridad de cada Institución
- Aplicar enemas de limpieza de intestino
- Asistir a mujeres embarazadas, parturientas y a los bebés recién nacidos
- Dar el apoyo psicológico y acompañamiento de los pacientes en todos los casos, más aun a los que están atravesando tratamientos y enfermedades difíciles o terminales
- Acompañar al paciente a los distintos servicios o plantas del hospital, sea caminando, en camilla o silla de ruedas, dentro de los centros de salud, residencias geriátricas o centros de día
- Conservar limpio y siempre disponible todo el material descartable y sanitario que se usa con los pacientes
- Facilitar, ayudar y colaborar siempre con las tareas del médico, técnico, enfermero o demás profesionales de salud

- Colaborar con el área de mantenimiento y limpieza en la higiene de las habitaciones de los pacientes
- En el área de radiología, colaborar en la preparación de los equipos y en lo que necesite el técnico radiólogo
- Llevar un control específico de la cantidad de camas, es decir, ver cuáles están disponibles y cuáles están ocupadas
- Llevar un control de la ropa blanca, es decir, de la ropa de cama y su distribución en el lavadero
- Colocar vendas, apósitos y realizar curaciones, y también controlar el stock de dichos elementos descartables
- Colocar el termómetro y controlar la temperatura de los pacientes
- Servir las comidas y dar de comer a aquellos pacientes que así lo requieran o que tengan dificultades para alimentarse por sí mismos

Asimismo, es muy importante tener en cuenta algunas de las funciones que no están habilitadas para que realice un auxiliar de enfermería, ya que requieren de estudios más completos, superiores, capacitaciones e instrucciones específicas.

Entre ellas se destacan:

- Administrar remedios o medicaciones específicas cuando se necesite utilizar instrumentos o materiales muy complejos o sofisticados
- Asistir al médico en procedimientos quirúrgicos
- Colaborar o asistir en procedimientos ambulatorios como videocolonoscopías, tratamientos odontológicos, endoscopias, como así también partos y cesáreas
- Ser auxiliar o ayudante del médico en los consultorios externos

## **Historia de la enfermería**

En el año 1987, la Asociación Norteamericana de Enfermeros declara a la enfermería como “el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud, ya sean reales o potenciales”.

A lo largo de la historia, dentro de la enfermería se han distinguido muchas especializaciones. Estas son: enfermería cardiorrespiratoria, psiquiátrica, oncológica, de cuidados críticos, nefrología, de salud ocupacional, familiar y comunitaria, materno-perinatal, de gerencia hospitalaria, quirúrgica, de psicopatología, de estructuras clínicas y de administración médica de la salud, de auditorías en salud, geriátrica o gerontológica, epidemiología, forense, neurológica, oftalmológica, de coordinación médica, de salud pública y de dermatología, entre otras.

Durante gran parte de la historia de la humanidad, el campo de la enfermería estuvo exclusivamente destinado a los hombres.

La primera escuela de enfermería se fundó en el año 250 antes de Cristo en la India. Los hombres eran quienes la ejercían debido a que, por las creencias religiosas, se pensaba que ellos eran los únicos puros para poder llevarla a cabo.

En la Antigua Roma y durante el Imperio Bizantino, los enfermeros proporcionaban los primeros cuidados a los pacientes, sobre todo a los heridos de guerra. También asistían y acompañaban a las mujeres en el momento del parto, como así también intervenían en la recomendación de cómo alimentarse o de dónde obtener los recursos naturales de la tierra para sobrevivir.

Durante el Cristianismo hubo varios hechos históricos relacionados con la enfermería en función a la conquista de la Tierra Santa con las Cruzadas, que dieron lugar a tres figuras muy importantes en esa época: los guerreros, los religiosos y los enfermeros.

Debido a que había gran demanda de asistencia en los hospitales, se generó la aparición de las órdenes militares dedicadas a la enfermería, entre ellas: los caballeros de la orden de



San Juan de Jerusalén, los caballeros Teutónicos y los caballeros de la orden de San Lázaro de Jerusalén.

En la actual zona de España, la primera institución dedicada a atender a enfermos fue el Hospital Obispo Masona, en el siglo VI. También existían otros hospitales, entre ellos El Hotel Dieu de París y Lyon, el Santo Spirito de Roma, El Hospital de Seo de Tortosa, El Hospital de Mérida y el Hospital de Valencia.

También existía el Beguino, que fue una asociación constituida por mujeres que atendían a enfermos, pero no en los hospitales, ya que no estaban autorizadas.

Asimismo, otros lugares donde se ejercía la enfermería era en leproserías, órdenes militares y en el ámbito doméstico.

Durante la Edad Moderna, hasta el año 1500 aproximadamente, debido a la escasa atención en cuanto a la normativa de los cuidados de la enfermería, empezaron a circular varias alternativas de atención, entre ellas las nodrizas, es decir, las didas, parteras o comadronas, que eran grupos dedicados a los cuidados domiciliarios de los pacientes mediante prácticas sanadoras.

Luego, hacia el siglo XVI y durante la reforma protestante, hubo muchos cambios respecto a los temas de salud debido a que se habían suspendido las instituciones de caridad, ya que se consideraba que no eran necesarias las obras de caridad para obtener la salvación. Esto mismo significa que se había abandonado y se había dejado de considerar el cuidado de la enfermería en el ámbito católico.

Entre los años 1500 y 1860, la enfermería tuvo su peor momento debido a que existía la idea de que la misma era innecesaria y que constituía una idea más religiosa que intelectual. Fue así como se produjo “la época oscura de la enfermería”.

Sin embargo, en este tiempo hubo un gran avance en el ámbito de la medicina, ya que se lleva a cabo el invento del microscopio. Este elemento permite conocer aún más sobre el cuerpo humano y su estudio para esta disciplina y todas las relacionadas con la salud.

El Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, creado en 1836 en Alemania por el pastor protestante Theodor Flindner, supuso para la enfermería el inicio de una formación reglada para las enfermeras, ya que el propio caos y desorganización de los cuidados de enfermería protestantes fue lo que exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

Florence Nightingale fue la primera enfermera en cumplir con los roles de asistencia a los pacientes, y es ampliamente considerada como la madre de la enfermería moderna, ya que se destacó por sus servicios en la guerra de Crimea de 1853 a 1856.

Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820. Ella definía a la salud diciendo que no es solo estar bien físicamente, sino que se debería usar toda la energía necesaria para estar sanos.

Asimismo, consideraba que la vida al aire libre, la naturaleza y el sol ayudaban a las personas a estar más sanas. Sin lugar a dudas, ella instauró muchos conceptos sobre la enfermería que actualmente se siguen manteniendo.

El trabajo de Florence fue un gran ejemplo y dejó huellas en sus sucesoras. También fue una gran luchadora por los derechos a la atención de salud, preocupándose por todos los que necesitaban atención, desde los más pequeños hasta los más adultos.

A su vez, fue conciliadora con la época histórica en la cual vivía, ya que no le fue fácil para ella como mujer lograr todo lo que pudo debido a que, como aprendimos anteriormente, la mujer no estaba vista para el trabajo ni para el ejercicio de una disciplina o profesión, eso estaba destinado solamente a los hombres. Sin embargo, su gran trabajo fue muy reconocido por todas las personas a las cuales ella ayudaba, contenía y curaba.

Su mayor éxito y en donde más se conoció su labor fue en la Guerra de Crimea, donde acompañó, asistió y atendió a todos los heridos, tanto en el campo de batalla como en los

centros de atención y los hospitales a donde eran enviados aquellos que estaban heridos de gravedad.

De esta forma, Florence impulsó y realizó grandes cambios en el área de enfermería y en lo que respecta a la salud pública de Europa, y luego de todo el mundo.

Así, las estadísticas marcaron una disminución de la tasa de mortalidad de un 40% a un 2%, números que llamaron mucho la atención y generaron gran revolución, ya que fue ella quien impulsó el ejercicio de esta disciplina médica.

### **Historia de la enfermería en Argentina**

En el año 1886, Cecilia Grierson fundó la Escuela de Enfermeras del Círculo Médico Argentino, primera Escuela de Enfermería de Argentina, la que dirigió hasta 1913 y que desde 1934 lleva su nombre.

Grierson nació en Buenos Aires el 22 de noviembre de 1859, y fue la primera médica argentina, graduándose el 2 de julio de 1889 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, a los 30 años.

No solo ejerció su profesión como médica en hospitales, sino que también tuvo una intensa actividad docente en todos los niveles educativos. Debido a esto, integró el Consejo Nacional de Educación desde 1892 hasta 1899, y llegó a ser presidenta del “Congreso Argentino de Mujeres Universitarias”, fundado en el año 1905.

Tal era su labor y esfuerzo por la actividad docente y la escuela de enfermería, que en el año 1904, en el Segundo Congreso Latinoamericano de Medicina, Cecilia Grierson manifestó lo siguiente: “lo que nosotros, los médicos latinoamericanos, estamos discutiendo y poniendo sobre votación en los Congresos, está resuelto y puesto en práctica en Europa. No hay hospital sin escuela de enfermería”.

Fue en el año 1963 cuando se creó la Asociación de Enfermeras del Hospital Británico, impulsada por la idea de Matron Lily Elder, con el fin de mantener y de contribuir a la calidad de la disciplina y del cuerpo de enfermería de dicho centro.

Esta ejecución fue muy importante, ya que trajo como consecuencia que se amplíe esta carrera y que cada vez cuente con más personal destinado a la enfermería. Matron Lily Elder obtuvo un gran premio por ser líder en este proyecto, y actualmente la Asociación de Enfermeras del Hospital Británico tiene fines asistenciales y sociales.

En Argentina, los avances de la disciplinas fueron notorios, instalándose y creándose centros de atención y de estudio de la enfermería. Sin embargo, se conoce muy poco sobre los avances que tuvo esta disciplina en las otras regiones del mundo.

Sí se sabe que en Londres tuvo avances notorios, sobre todo en 1949, que llega a instalarse al Hospital Nurse Joan Mitchell, la egresada de la enfermería Royal Infirmary, de Edimburgo, quien luego de unos años fue becada para estudiar Administración en Enfermería en la Real Escuela de Enfermería de Londres. Posteriormente, Mitchell reemplazó a Matron Elder, quien renunció al cargo en 1963.

Luego, en 1964, la Escuela de Enfermería es reconocida por el Ministerio de Salud Pública. Con esta nueva disposición, Matron Mitchell deja la Dirección de la Escuela y se dedica exclusivamente a la Dirección de Enfermería del Hospital.

Fue entonces cuando a Matron Mitchell la sucede, en 1966, Matron Roberts, primera Matron egresada de la Escuela de Enfermería del Hospital Británico de Buenos Aires. Esto le dio muchísimo prestigio a Argentina en funciones de medicina y salud, pero por sobre todo al hospital anteriormente mencionado.

En 1971 se hace cargo Matron Doreen Ewence de Dover, quien tuvo una destacada formación en Inglaterra al ser becada para estudiar Administración de Enfermería en el Saint Thomas Hospital, tarea que luego puso de manifiesto en su notable desempeño durante más de 40 años en la Dirección de Enfermería.

Matron Doreen Ewence de Dover cumplió un rol muy importante: enseñó, educó, y capacitó a muchas enfermeras que han alcanzado muy buenos puestos de trabajo. Luego, la sucedió la Licenciada Ilse Berry, quien le dio un acento más académico a la gestión de la Dirección.

En el año 1978, fue Verónica Hortis de Smith quien ingresó a la Escuela de Enfermería del Hospital Británico, guiada por la gran admiración que sentía por una tía muy querida, quien había estudiado en esta escuela, y le contaba sus experiencias. Ella fue también una gran pionera en avances respecto a los conocimientos de la enfermería actual y tradicional, y también sentó las bases para que muchas muchachas decidan continuar con su labor y estudiar esta apasionante carrera.

Asimismo, el Hospital Británico consideró importante capacitar a las futuras Matrons en el Reino Unido. En el año 2003, la Licenciada Verónica Hortis de Smith fue becada para estudiar en la Universidad de Manchester, y posteriormente visitar 12 hospitales del Reino Unido en Manchester, Macclesfield, Cambridge y Londres. Esa experiencia fue sumamente enriquecedora para su desempeño profesional, y se desempeñó como Matron, Directora de Enfermería en el Hospital Británico, desde abril del año 2004.

En Argentina, la formación en enfermería se desarrolla en el nivel superior de enseñanza en establecimientos universitarios y terciarios no universitarios. Existen 43 escuelas de enfermería universitarias, de las cuales 30 corresponden a universidades nacionales públicas, como la del Hospital Británico, y 13 a universidades o institutos universitarios privados.

## **Triaje y el sistema de emergentología**

La palabra **triage** proviene del término francés trier, que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar”.

En emergentología, o medicina de emergencia, triage se refiere al proceso de recepción y acogida por parte del personal sanitario para su posterior clasificación en niveles de gravedad que determinarán la prioridad en la atención y la adaptación de las necesidades del paciente al medio hospitalario, derivando a donde mejor convenga y atendiendo a diversas variables, como disponibilidad de recursos, medio físico, demanda de atención en el servicio, etc.

Originalmente, la palabra triage en la terminología sanitaria se refería a la clasificación de los heridos y su ubicación en situaciones militares, desastres o catástrofes civiles. De ahí que algunas organizaciones, como la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, prefieran hablar de “Recepción, acogida y clasificación”, también conocido como RAC, aunque el término triage es el más aceptado.

El triage se empezó a realizar en los años sesenta en hospitales de Estados Unidos y comenzó a implantarse en Argentina a finales de los ochenta y principios de los noventa.

Esto se fue utilizando de diferentes maneras a lo largo de la historia y en los diversos países, pero siempre con la idea de dar prioridad a la atención de aquellos pacientes que estaban más graves o que necesitaban atención de manera urgente.

El método más utilizado es aquel en que la enfermera realiza el triage sola o con el apoyo de un médico que habitualmente realiza consulta rápida, que es como se ha venido haciendo en los Servicios de Urgencias de todos los hospitales desde su puesta en marcha y que ha traído muy buenos resultados.

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triage, que van desde los tres a los cinco niveles de clasificación. En principio, nos inclinamos por un sistema estructurado en cuatro niveles de clasificación, para no tener que modificar los actuales registros de Enfermería del servicio y porque no parece necesario tanta discriminación en un Servicio que solo dispone

de triage durante 10 horas y el número de urgencias se establece en un rango habitual de entre 70 y 90 pacientes. De todas maneras, se dejan las puertas abiertas para que en la próxima revisión del protocolo se adopte un sistema de cinco niveles, aunque para ello será preciso una mayor formación del personal.

Existen objetivos muy claros para realizar el triage de manera adecuada y siempre pensando en el bienestar y en la salud del paciente:

- Evitar la demora en la atención a aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida frente a aquellos que presentan patologías banales. Se sabe que muchas veces ingresan a las salas de emergentología pacientes que no tienen patologías de gravedad ni que corren riesgo de vida, por eso es importante reconocer y saber cómo actuar y a quién darle prioridad de atención
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden a Urgencias y detectar sus principales problemas de salud
- Reducir los niveles de ansiedad del usuario y su familia mediante una atención sanitaria rápida.
- Aumentar la información del paciente sobre su situación real durante su espera, sobre todo en aquellos que presentan patologías banales que tendrán una espera más larga
- Por último, garantizar una buena gestión de los recursos existentes, tanto físicos como humanos, mediante la designación de qué área y qué grupo está mejor preparado en cada momento para el tratamiento de una determinada patología

Existen protocolos de acciones cada vez que ingresa un paciente a la guardia hospitalaria. Sin embargo, no siempre las etapas de TRIAGE se realizan de manera sincrónica, es decir, una luego de la otra, ya que a veces pueden hacerse de manera simultánea. Esto va a depender del paciente y su motivo de consulta.

El enfermero del triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente. El enfermero debe identificarse ante el paciente, explicarle el proceso al

que va a ser sometido, y lo que se derivará del mismo. Asimismo, debe explicarle algunas normas básicas del servicio, como por ejemplo, dónde esperar, cuál es el lugar de paso de familiares al interior, dónde están los sanitarios, entre otros.

En esta etapa, el enfermero también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un triage, debido a lo evidente de su patología. Siempre hay que tomar ciertos recaudos y realizar esta parte del proceso, el cual se llevará a cabo, de ser posible, en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado para que él se sienta cómodo y seguro. En primer lugar, el enfermero realizará una entrevista breve, en la que tratará de saber lo que le pasa al paciente, qué le duele, cómo se siente, desde cuándo le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes, si toma alguna medicación, si tiene alguna enfermedad crónica, etc. A esto se lo denomina valoración.

Dicha entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje que el paciente pueda comprender. Es fundamental que el paciente entienda claramente qué es lo que el enfermero quiere preguntar. Por eso, el enfermero tiene que hablar en lenguaje simple, y sin terminologías médicas específicas o palabras que el paciente no pueda comprender.

Mientras realiza la entrevista, el enfermero hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro. Aquí, el enfermero lo examinará físicamente, observará su piel y sus mucosas, también puede valorar su presión arterial, oxigenación, su frecuencia cardiaca y sus signos vitales.

La clasificación del paciente se considera la parte clave del proceso. En algunos artículos se habla de dicha clasificación como triage en sí, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención.

Una cuestión a tener en cuenta es que el Triage de Enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.



El nivel I o rojo es el nivel de emergencia o riesgo vital inminente. En este nivel, la atención del paciente debe ser urgente e inmediata, y se les otorga a aquellos que no superan la valoración ABC vía aérea, ventilación y circulación.

Cuando un paciente es nivel I o rojo, es porque presenta alguno de los siguientes signos: cianosis central y periférica, palidez grisácea, livideces, frialdad acra, una respiración ausente, lenta o superficial, no tienen pulsos periféricos o son muy débiles, bradicardia y tensión arterial imperceptible, inconsciencia o poco o nada reactivo.

El nivel II o amarillo corresponde a un paciente agudo crítico. En este caso, los pacientes superan la valoración ABC vía aérea, ventilación y circulación, pero su situación es de potencial deterioro. Dentro de este grupo nos encontraríamos con cuadros que pueden conducir a un deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámico, por eso deben ser atendidos en menos de 10 minutos.

Los signos apreciables en este nivel serían:

- En la piel y las mucosas, palidez, cianosis, petequias, e hipoperfusión periférica.
- En la respiración, disnea, taquipnea, ruidos respiratorios, tiraje costal, aumento del trabajo respiratorio y estridor
- En la circulación, taquicardia, bradicardia, pulso filiforme
- Y en lo neurológico, confusión, estupor, obnubilación, agitación, ansiedad.

Asimismo, en este nivel se podrían encuadrar algunas patologías específicas como coma, hipertensión, síncope, dolor torácico, estadios de agitación, hemorragias, isquemias, disnea aguda, diabetes descompensada, fracturas de los miembros de más gravedad, quemaduras muy amplias en el cuerpo, traumatismos abdominales, traumatismos torácicos, entre otros.

Por su parte, el nivel III o verde es un cuadro agudo pero no crítico, por ende, aquí se consideran aquellos procesos agudos estables no críticos. Suponen una parte importante

del grueso de pacientes que acuden al servicio, pero no deberían esperar más de 30 minutos porque pueden traer complicaciones si no se asisten.

Entre las patologías que se pueden encuadrar en este apartado tenemos: estado postcrítico, cefalea brusca, paresia y alteraciones del habla, ingesta medicamentosa, hipertensión arterial, vértigo con afectación vegetativa, síncope sin alteración de constantes, síndromes piramidales, dolor torácico de características no isquémicas, dolor abdominal, quemaduras agudas, heridas sin signos de gravedad, traumatismos conscientes, así como también urgencias psiquiátricas, como por ejemplo, psicosis agresivas e intentos autolíticos.

Por último, el nivel IV o blanco son aquellos pacientes que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente. En función de una buena calidad asistencia, deberían ser atendidos antes de dos horas.

Entre los procesos que nos podemos encontrar en este grupo están: otalgias, odontalgias, dolores inespecíficos leves, traumatismos y esguinces leves, miembros dolorosos sin signos de isquemia, enfermos con patología no aguda, remitidos o no, dolores osteo-musculares sin signos de fracturas y procesos gripales.

A la clasificación se la debe considerar como un proceso continuo, donde podamos ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera del paciente que necesite una nueva asignación.

Ante una situación difícil y comprometida en el momento de clasificar, la enfermera siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor, consultando, si es preciso, con un facultativo. Es importante destacar esto, ya que a muchos pacientes, quizás, los han catalogado en blanco o verde, y luego comenzaron a manifestar sintomatologías adicionales o a descompensarse. Al establecer los niveles de prioridad, la enfermera deberá diferenciar entre la prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales, como ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc.

Asimismo, la clasificación no debe considerarse algo cerrado, ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores

que afecten al paciente. Por ejemplo, un niño con 39.5°C de fiebre debe priorizarse más que un adulto con la misma temperatura, o una hemorragia moderada debe ser tratada antes en una persona que padece una anemia crónica. De esto hablaremos también en el módulo tres de primeros auxilios y las líneas de atención primaria, es decir, quién atender primero de quién y por qué.

La clasificación es una de las partes del proceso que más afecta al paciente, ya que de ella se derivará su posible espera. Por lo tanto, es necesaria una información precisa y clara de sus resultados. Además, es imprescindible aclararle al paciente o a sus familiares el grado de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar y por qué. Con una buena información inicial se evitan problemas posteriores que puedan afectar al paciente o a la organización hospitalaria.

Una vez realizada la clasificación, la enfermera marcará el nivel de gravedad en la Hoja de Enfermería de Urgencias, y esto se lleva como control de asistencia al paciente.

Tras la clasificación del paciente, la enfermera de Triage debe estar mejor preparada para decidir en ese momento cuál es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará. A esta etapa se la denomina distribución. Por lo tanto, el o la profesional debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio: qué áreas están más completas, la presión asistencial, la cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados.

En base a estas circunstancias tomará sus decisiones, aunque esto también debe estar protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el triage. No debe dejarse cerrado en ningún momento, porque, como se ha explicado anteriormente, el triage es un proceso abierto, y las circunstancias tanto del usuario como del servicio, son cambiantes.

El paciente rojo o paciente crítico será acompañado rápidamente al Box de Críticos o Reanimación alertando al resto del personal de la llegada. Asimismo, se irán tomando las primeras medidas para su estabilización.

Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es un médico, dos enfermeras y un auxiliar de enfermería.

El paciente amarillo o agudo inestable se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio al Box de Críticos o a un Box General.

Se propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes es un médico, una enfermera y un auxiliar de enfermería.

Al paciente verde o agudo estable se lo derivará a un box general o a la consulta rápida, dependiendo de su estado.

Si es una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en la consulta, se trasladará a un box. En cambio, si se prevé que precisará de algunas de las siguientes técnicas: punción lumbar, sondaje vesical, sondaje nasogástrico, canalización vía o extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con yeso, o administración de oxígeno, se pasará siempre a un box del interior, donde será valorada por enfermería.

Por último, el paciente blanco o de patología banal será atendido en la consulta rápida por el médico encargado de la misma con la ayuda de la enfermera de triage cuando sea preciso.

Es muy importante que los pacientes vistos en consulta rápida sean seguidos por la enfermera de triage mientras estén en la sala de espera de resultados. Ella se encargará, en la medida de lo posible, de su traslado a otras zonas del hospital.

Si los pacientes de consulta rápida pasan a camas de observación, serán seguidos por las enfermeras responsables de la zona interior y serán responsables del acompañamiento del paciente todo el tiempo.

Una vez realizada la distribución, la enfermera comunicará al paciente y a su familia dónde será atendido y dónde debe realizar su espera. A su vez, durante el triage, el enfermero informará a sus compañeras de boxes generales de los pacientes que serán pasados a los mismos, así como de sus principales problemas. Asimismo, la enfermera de triage informará

al médico de consulta rápida de los pacientes que tiene por atender, para poder generar una mejor organización.

Siempre, ante la existencia de dos o más enfermos por valorar, el orden de atención será el siguiente: primero se atiende al paciente de mayor gravedad, y en caso de similar gravedad, al que antes haya llegado al servicio.

En todo servicio de urgencias, la enfermera de triage tiene un gran número de tareas a realizar, lo cual le puede llevar, en ocasiones, a una saturación excesiva de su trabajo y de las tareas a ejecutar. Por lo tanto, se hace preciso una priorización de las labores que lleva a cabo, y para ello cuenta con los auxiliares de enfermería, que la acompañan en su labor y siguen sus indicaciones.

Parece claro que para llevar a cabo todo proceso de triage de una manera óptima precisamos de un área delimitada dedicada a tal fin. Sin embargo, si no se dispone de ella, se solicita a la Comisión del Servicio de Urgencias y a la Dirección Asistencial la búsqueda de la mejor solución que se adapte a las necesidades del triage, pero sin perjudicar a otros estamentos.

Esta consulta deberá estar dotada, al menos, con los siguientes elementos:

- Camilla
- Mesa
- Sillas
- Carro con material
- Esfigmomanómetro
- Pulsioxímetro
- Termómetro
- Armario para camisones, pijamas y bolsas
- Y perchero

