

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE EN LAS ENFERMERAS
PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL OBRERO Nº 1, GESTIÓN 2018**

POSTULANTE: Lic. Julia Elena Mamani Candia

TUTORA: Lic. M. Sc. Petronila Aranda Quino

**Tesis de grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum
en Enfermería en Médico Quirúrgico**

**La Paz – Bolivia
2019**

AGRADECIMIENTO

- En primer lugar a nuestro Señor el creador por ser el arquitecto de mi vida.
- De forma especial a la **Lic. Maritza Aliaga** quien en forma incondicional me brindó su apoyo para que este trabajo de investigación pueda ser realidad, y a las Colegas Profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencia en diferentes turnos por su apoyo de forma voluntaria con la presente investigación.
- A mis hijos que resultaron ser la fuente de mi inspiración en el presente trabajo de investigación, por tenerme mucha paciencia durante la elaboración del presente trabajo de investigación.
- A la Universidad Mayor de San Andrés, Unidad de Postgrado de enfermería por darnos la oportunidad de continuar superándonos en nuestra formación profesional.

DEDICATORIA

- De manera especial agradezco a la Institución Hospital Obrero N° 1 al Servicio de Emergencias de la Caja Nacional de Salud por abrirme la puerta y dejar que realice la investigación.
- A una persona en especial que tuvo toda la voluntad de colaborar en la realización del presente trabajo de investigación, dedicándome su tiempo y paciencia durante el desarrollo del trabajo de investigación **Lic. Petronila Aranda Quino por ser Tutora de la investigación.**
- El tiempo perdido, los momentos de insomnios, la desesperanza de ver concluido este trabajo de investigación, fue lo que me llevo a continuar luchando hasta ver plasmado esta investigación, tus palabras de apoyo que siempre me alentaron.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
2.1 antecedentes del Hospital Obrero	18
III. JUSTIFICACIÓN	22
IV. MARCO TEORICO	24
4.1. Antecedentes históricos de la triaje	24
4.2. Historia del triaje en servicios de urgencia	25
4.3. Concepto y definición de Urgencia	26
4.4. TRIAJE	29
4.4.1. Definición y evolución del término “Triaje”	29
4.4.2. Aplicación del Triaje	31
4.4.3. Justificación del uso de Sistemas de Triaje en los Servicios de Urgencias	32
4.4.4. Los beneficios del Triaje Manchester y sus Herramientas	33
4.4.5. Forma de aplicación del Triaje	34
4.4.6. Modelos de Triaje	35
4.4.7. Clasificación de los 6 sistemas de Triaje	36
4.5. Sistema Manchester de Triaje (MTS)	37
4.5.1. Beneficios del Triaje Sistema Manchester	39
4.5.2. Proceso de Triaje	40
4.5.3. Aplicación del Sistema Manchester en los Hospital	43
4.6. Profesionales implicados	44

4.6.1. Perfil del enfermero experto	45
4.6.2. Valoración de los Sistemas de Triage	46
4.6.4. HABILIDADES DE ENFERMERA DE TRIAJE	47
4.6.4.1. Empatía	47
4.6.4.2. Capacidad de valoración	48
4.6.4.3. Pensamiento crítico	49
4.6.4.4. Conocimientos clínicos	49
4.6.4.5. Manejo de las herramientas de Triage	50
4.6.4.6. Autocontrol emocional	51
4.6.4.7. Experiencia	51
4.6.4.7. Intuición	52
4.6.4.8. Confianza	52
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	53
VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	55
VII. HIPÓTESIS	56
VIII. OBJETIVOS	57
IX. DISEÑO METODOLÓGICO	58
9.1. Área de estudio	58
9.2. Tipo de estudio	58
9.3. Universo y muestra	58
9.4. Criterio de Inclusión y Exclusión	59
9.5. Lista de variable	59
9.6. Operacionalización de variables	60
9.7. Técnicas y procedimiento	63

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS	64
XI. RESULTADOS	65
XII. DISCUSIÓN	87
XIII. CONCLUSIÓN	89
XIV. RECOMENDACIÓN	91
XV. BIBLIOGRAFÍA	92
XVII. ANEXOS	99

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo N° 1 Cronograma de actividades	100
Anexo N° 2 Presupuestos	101
Anexo N° 3 Cartas de solicitud de permiso	102
Anexo N° 4 Consentimiento informado	103
Anexo N° 5 Cuestionario	107
Anexo N° 6 Graficas de los resultados	108
Anexo N° 7 Guía de atención según sintomatología	129
Anexo N° 8 Clasificación según 39 Ítems.	130
Anexo N° 9 Criterio de clasificación según signos y síntomas	131
Anexo N° 10 Diferencia semántica	145
Anexo N° 11 Glosario según Triage sistema Manchester	149
Anexo N° 12 Organigrama de actuación en Triage	155
Anexo N° 13 Diseño metodológico	156
Anexo N° 14 Anexo fotos	158

ÍNDICE DE TABLAS

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

	Pág.	
Tabla N° 1	Edad de los encuestados	65
Tabla N° 2	Genero de sexo	66
Tabla N° 3	Grado académico alcanzado como profesional	67
Tabla N° 4	Tiempo de trabajo en el Servicio de emergencia	68
Tabla N° 5	Tiempo tiene trabajo en el área de triaje	69
Tabla N° 6	Asistencia a cursos, talleres o Jornadas en relación al Triage	70

II. DATOS COGNITIVOS DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Tabla N° 7	Definición correcta del Triage	71
Tabla N° 8	El Triage que existe en el servicio de Emergencia aplica el Sistema Manchester para la admisión del paciente	72
Tabla N° 9	Y sabes en que consiste el sistema Manchester	73
Tabla N° 10	Si su respuesta es afirmativa aplica los 4 niveles de atención según Sistema Manchester	74
Tabla N° 11	Determinar los 4 niveles de atención según el sistema Manchester	75
Tabla N° 12	Colores identificativos en orden según el sistema Manchester para la admisión de los pacientes en Triage	76
Tabla N° 13	Funciones de la enfermera de Triage	77

Tabla N° 14	Determinación de la patología según la sintomatología que el paciente le refiere para su admisión y designación a la especialidad.	78
Tabla N° 15	Explicación a todos los pacientes los pasos a realizar para recibir una atención medica	79
Tabla N° 16	Realización del reetriage durante la espera de los pacientes que fueron admitidos para ser atendidos	80
Tabla N° 17	Existe en el área de Triage guía de admisión de pacientes según sistema Manchester para su atención y recepción	81
Tabla N° 18	Utilización del implemento de bioseguridad durante la admisión de paciente en Triage especialmente en código rojo? Barbijo, turbante, mascara, bata	82
Tabla N° 19	Algunas veces has sentido estrés laboral en el área de triaje	83
Tabla N° 20	Con frecuencia a qué tipo de exposición laboral estás expuesta en tu puesto de trabajo	84
Tabla N° 21	Te gustaría recibir mayor información sobre Triage sistema Manchester y su competencias de actuación como Enfermera Profesional	85
Tabla N° 22	Conocimiento sobre los 52 Ítems que plantea el sistema Manchester para la admisión de pacientes según la sintomatología	86

ÍNDICE DE GRAFICAS

	Pág.	
GRAFICA N° 1	Edad de los encuestados	107
GRAFICA N° 2	Genero de sexo	108
GRAFICA N° 3	Grado académico alcanzado como profesional	109
GRAFICA N° 4	Tiempo de trabajo en el servicio de emergencias	110
GRAFICA N° 5	Tiempo de trabajo en el área de Triage	111
GRAFICA N° 6	Asistencia a algún curso, taller o jornadas sobre triaje	112
II. DATOS COGNITIVOS DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA		
GRAFICA N° 7	Definición correcta sobre el significado de triaje Sistema Manchester	113
GRAFICA N° 8	El triaje que existe en el servicio de emergencias aplica el Sistema Manchester para su admisión	114
GRAFICA N° 9	Y sabes en que consiste el sistema Manchester	115
GRAFICA N° 10	Si su respuesta es afirmativa aplica los 4 niveles de atención según Sistema Manchester	116
GRAFICA N° 11	Determinación de los 4 niveles de atención según sistema Manchester.	117
GRAFICA N° 12	Colores identificativos en orden según el sistema Manchester para la admisión de Paciente en Triage	118
GRAFICA N° 13	Funciones de la Enfermera de Triage	119

GRAFICA Nº 14	Determinación de la patología según la sintomatología que el paciente le refiere para admisión y designación a la especialidad.	120
GRAFICA Nº 15	Explica sobre los pasos a realizar para recibir una atención medica	121
GRAFICA Nº 16	Realización del reetiaje durante la espera de los pacientes que fueron admitidos en triaje.	122
GRAFICA Nº 17	Existe en el área de Triage una guía de admisión de pacientes para su admisión y atención	123
GRAFICA Nº 18	Utiliza el implemento de bioseguridad durante la admisión de paciente en Triage especialmente en código rojo. (Barbijo, turbante, mascara, bata)	124
GRAFICA Nº 19	Algunas veces has sentido estrés laboral en el área de triaje	125
GRAFICA Nº 20	Con frecuencia a qué tipo de exposición laboral estás expuesta en tu puesto de trabajo	126
GRAFICA Nº 21	Recibió mayor información sobre Triage sistema Manchester y sus competencias de actuación como Enfermera Profesional.	127
GRAFICA Nº 22	Conocimiento sobre los 52 Ítems que plantea el sistema Manchester para la admisión del paciente según la sintomatología	128

ÍNDICE

GUÍA DE ADMISIÓN EN TRIAJE SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS

	Pag.
Tabla N° 1 Signos y síntomas Abdominales y Gastrointestinales	131
Tabla N° 2 Signos y síntomas Cardiovasculares	132
Tabla N° 3 Signos y síntomas respiratorios	133
Tabla N° 4 Signos y síntomas neurológicos	134
Tabla N° 5 Signos y síntomas musculo esqueléticos	135
Tabla N° 6 Signos y síntomas del ojo	136
Tabla N° 7 Signos y síntomas de los genitales masculinos	137
Tabla N° 8 Signos y síntomas del oído	138
Tabla N° 9 Signos y síntomas urinarios	139
Tabla N° 10 Signos y síntomas de nariz, boca y garganta	140
Tabla N° 11 Signos y síntomas de los genitales y del sistema reproductor femenino	141
Tabla N° 12 Signos y síntomas del sistema tegumentario	142
Tabla N° 13 Signos síntomas Endocrinología	143
Tabla N° 14 Signos y síntomas Psicológicos	144
Tabla N° 15 Signos vitales en relación a la edad de los pacientes	144

RESUMEN

El Triage es un método de selección y clasificación de los pacientes según la sintomatología que refiere el paciente en busca de atención Médica al servicio de Emergencias, la Enfermera Profesional del área de Triage identifica el riesgo vital que presenta el paciente al momento de su admisión según Sistema Manchester. El objetivo es evaluar el nivel de conocimiento sobre Triage Sistema Manchester en las Enfermeras Profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencias y Triage del Hospital Obrero N° 1, tercer trimestre, gestión 2018. Esta investigación es descriptiva cuali-cuantitativa, de corte transversal, el instrumento de la investigación es de 22 ítems que se aplicó a 24 Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de emergencias y triaje. Los resultados serán un aporte importante al departamento de enfermería por ser un tema novedoso, el 58.8% no cuenta con cursos de posgrado, el 79,2% no asistieron a ningún curso sobre Triage, el 50% sabe el significado de Triage, el 62,5% sabe el identificativos de colores, el 70,8% indico que esta expuestos a amenazas por pacientes y familiares, el 95,8% no utiliza ningún implemento de bioseguridad durante la admisión y atención de los pacientes en código rojo. La discusión esta entre los artículos revisados y los resultados obtenidos, que si existe falta de conocimiento sobre triaje Sistema Manchester y la falta de capacitación. En conclusión se llegó a evaluar el nivel de conocimiento sobre Triage sistema Manchester que tienen las enfermeras profesionales que trabajan en emergencias y triaje, se logro mejorar el nivel conocimiento con la guía de admisión de pacientes.

Palabras claves: Conocimiento sobre Triage, Sistema Manchester, Enfermera profesional.

SUMMARY

The Triage is a method of selection and classification of patients according to the symptoms that the patient refers to in search of medical attention to the emergency service, The Professional Nurse in the Triage area identifies the vital risk presented by the patient at the time of admission according to Manchester System. The objective is to evaluate the level of knowledge about Manchester System Triage in the Professional Nurses that work in the Emergency and Triage Service of Hospital Obrero No. 1, third quarter, 2018 management. This research is descriptive qualitative-quantitative, cross-sectional, the instrument of the research is 22 items that was applied to 24 Professional Nurses who work in the emergency service and triage. The results will be an important contribution to the nursing department for being a novel subject, 58.8% do not have postgraduate courses, 79.2% did not attend any Triage course, 50% know the meaning of Triage, 62.5% know the identifiers of colors, 70.8% indicated that they are exposed to threats by patients and relatives, 95.8% do not use any biosafety implement during the admission and care of patients in red code. The discussion is between the articles reviewed and the results obtained, that if there is a lack of knowledge about Manchester system triage and the lack of training. In conclusion it was possible to evaluate the level of knowledge about Triage Manchester system that have professional nurses working in emergencies and triage, it will be possible to improve the level of knowledge with the guide of admission of patients

Keywords: Knowledge about Triage, Manchester System, Professional Nurse

I. INTRODUCCIÓN

El termino triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa Trier que se define como escoger, separar o clasificar, desde que este término comenzó a utilizarse en las batallas Napoleónicas persiste como concepto de clasificación o priorización de la atención urgente de los pacientes. ⁽¹⁾

El Triage es una asistencia eficaz y eficiente por lo tanto herramienta rápida, fácil de aplicar y posee un gran valor predictivo para la atención rápida a los pacientes.

El Servicio de Emergencias es el primer lugar de contacto dentro del Hospital; por ello, en la medida en que el Servicio de Emergencia se encuentre bien organizado, el Hospital es valorado como eficiente, porque en caso contrario se puede incrementar los tiempos de estancia y el porcentaje de camillas ocupadas.

La presencia de Médicos Especialistas y las Enfermeras Profesionales con Especialidad en Servicio de Emergencia ha permitido una mejora, en la calidad de atención, porque permite la mejor forma de clasificación según su gravedad y estabilización del paciente, sin embargo aún es necesario lograr que los pacientes con una urgencia real que ponga en peligro la vida, sean atendidos antes de quienes únicamente acuden a revisión.

El propósito del Servicio de Emergencias del Hospital Obrero N° 1, es proveer un nivel de atención y asistencia uniforme las 24 horas y los 7 días de la semana y los 365 días del año, independientemente del número de pacientes que se admitan según su gravedad del caso, es probable que el día lunes sea el peor día en lo que respecta al número de visitas, porque incrementan, esto justifica esperas largas de los pacientes para recibir atención médica, a lo que conlleva un grado elevado de insatisfacción de los usuarios y quizá un

porcentaje mayor eventos de adversos, la actual crisis de saturación del Servicio de Emergencia, tiene consecuencias adversas para el paciente, por ejemplo mayor riesgo de error médico o tratamiento no adecuado.

La naturaleza de los padecimientos de urgencia, la inquietud que despierta es el paciente y familiares, ver amenazada la salud o la vida, más las circunstancias propias de un servicio que en muchas de los casos se ve demandado por casos fortuitos y de alta complejidad, así como los recursos muchas veces limitados de los sistemas de salud, pone a prueba la capacidad de respuesta, juicio clínico y resultado más capaz que experimenta los profesionales de la salud.⁽¹⁾

El presente trabajo, está orientado a la identificación del nivel de conocimiento sobre Triage sistema Manchester en las Profesionales en Enfermería, que es aplicado al momento de admisión con la ficha de Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital Obrero N°1, de la ciudad de La Paz, en la cual se pretende mejorar el nivel de conocimiento, implementando una guía de admisión, en el caso de ser necesarias, realizando los ajustes correspondientes, según las deficiencias detectadas.

II. ANTECEDENTES

El vocablo Triage proviene del idioma francés y significa elegir o clasificar , se aplicó inicialmente en la medicina militar ante la presencia de un gran número de bajas en combate y la llegada masiva y de manera repentina la llegada de pacientes al servicio de emergencia, con insuficiencia de recursos médicos y de insumos. ⁽³⁾

Entre los antecedentes internacionales y los procesos de mejora de los Servicios de Emergencia se encuentra que el Triage es un sistema útil ya que permite tener mayores controles, confiabilidad, reproducibilidad y validación estadística, el impacto fijará, un mejor esquema de la atención medica justificando la importancia del servicio y no la “urgencia” del mismo

El Triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes en el servicio de Emergencia, cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos, actualmente se utiliza sistemas de Triage con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. ⁽²⁾

El servicio de Emergencia apertura el área de Triage para la admisión de paciente que serán atendidos por los médicos especialista, con el modelo de Manchester, esto sistema de admisión ha venido a solucionar en parte las quejas y molestias de los paciente por la falta de organización y el tiempo de espera hasta que reciban la atención médica, la faltante de médicos en la consulta externa de los Policlínicos, convirtiendo este servicio en una consulta

extemporánea, donde se atienden pacientes que no logran obtener un lugar para ser atendidos con la modalidad de atención integral, usuarios referidos por médicos de la consulta externa, el Servicio de Emergencia del Hospital Obrero N° 1 enfrenta serios problemas de sobre saturación de pacientes, además se atienden, aunque en menor número pacientes trasladados, lo que equivale a un aumento en el número de pacientes atendidos en Emergencias, la mayor parte de las consultas no corresponden a verdaderas urgencias, lo que puede denotar ineficiencia en la consulta externa, al no poder solventar las necesidades de atención de un gran número de usuarios, que optan por buscar la atención médica de especialidad en el servicio de urgencias, con el propósito de mejorar la calidad y la eficiencia del desempeño de las actividades relacionadas con el proceso en la atención de pacientes en el Servicio de Urgencias, se debe decidir con antelación lo que se debe hacer, cómo hacerlo, cuándo y quién lo hará. Observar y analizar el Ciclo de Servicio desde la perspectiva del cliente externo, nos lleva a identificar puntos críticos en el proceso de atención en urgencias, a fin enfocar nuestra atención en ellos y aplicar medidas tendientes a realizar los cambios necesarios para obtener de manera más eficiente el producto final.

El Triage se utiliza como un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos, sintomatológicos y de los recursos disponibles. El triaje Hospitalaria es un método de selección y clasificación a los pacientes, Evalúa las prioridades de atención, priorizando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, por lo tanto, evalúa el riesgo inmediato de muerte y las posibles complicaciones derivadas de la espera, se selecciona a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según la gravedad y la disponibilidad de recurso.⁽²⁾

La aplicación de los diferentes conceptos sobre el Triage de los lesionados comprende una serie de acciones que se complementan entre sí, como son:

1. Evaluación de los lesionados según su gravedad.
2. Asignación de prioridades según la posibilidad de sobrevivencia
3. Identificación.
4. Estabilización.
5. Asignación de un destino inmediato final

Se evidencia el desequilibrio entre la oferta y la demanda, todo esto debido al aumento en el número de pacientes con enfermedades crónico - degenerativas, que frecuentemente acuden a los servicios de urgencias por agudización de su patología, además de otro tipo de enfermedades, que forman parte del Síndrome Metabólico (Hipertensión arterial sistémica, Diabetes mellitus, obesidad). ⁽⁴⁾

Esto es muy importante, pues hace 10 años, parecía impensable que una persona de 20 años tuviera hipertensión arterial crónica, o bien una mujer de 30 años tuviera un Infarto agudo al miocardio, todo esto ha cambiado, y por lo tanto la necesidad de ser expeditos en la oportunidad de atención, que se ha vuelto una prioridad. Sin embargo, no resulta fácil demostrar si este desequilibrio, no negado en ningún foro de debate político o social, es en realidad consecuencia de una demanda inadecuada que ha conducido a la saturación de la oferta o si, por el contrario, la oferta se ha mostrado incapaz de adaptarse, con nuevos recursos estructurales, humanos y organizativos, a la creciente demanda. ⁽⁴⁾

Las evidencias parecen indicar que el problema actual es la sobrecarga de paciente internados en servicio de emergencia, no radican en el número de visitas inadecuadas que reciben, sino más bien en una insuficiencia de la oferta, concretada sobre todo en la dificultad creciente, que supone encontrar

una cama hospitalaria donde poder atender al paciente, en algunos hospitales se consideran ingresos urgentes los que proceden del servicio de urgencias del propio hospital. No obstante, existe paralelamente otro tipo de ingreso denominado programado, que, como su nombre lo indica, procede de la consulta externa o viene remitido de otro Hospital y policlínicos. ⁽⁵⁾

Los usuarios de un Servicio de Emergencias tienen particularidades relacionadas con los problemas de salud que presentan, en su mayoría agudos, que requiere una pronta solución, por tanto son más sensibles y necesitan el calor humano de una mano amiga, en materia de calidad y calidez en el servicio, los elementos que nos suelen parecer más simples, pueden ser de suma importancia para el cliente externo y si bien es cierto, que esta investigación se realizó en una zona específica del País y que sus resultados no se pueden extrapolar a todo el país, podrían llegar a ser un buen reflejo de lo que espera gran parte de los usuarios de otras Áreas de salud. ⁽⁶⁾

La calidad de servicio que reciben los pacientes en los establecimientos de salud es motivo de preocupación e investigación constante en los diversos países y niveles de atención. El concepto de calidad en el cuidado de la salud incluye aspectos adicionales a la calidad técnica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, abarcando aspectos como responder en forma pronta, satisfactoria, culturalmente relevante y fácil de entender a las preguntas de los pacientes o plantear y realizar los procedimientos médicos en forma tal que no sean percibidos como atemorizadores. ⁽⁶⁾

Molina y Zavala (2014), en México realizaron un trabajo descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue identificar el conocimiento de la Guía de Práctica Clínica “Triaje Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel de Atención”. Se llevó a cabo en un Hospital General Regional, empleando un cuestionario basado en la GPC. La

muestra estuvo conformado por 19 profesionales de enfermería, los resultados que se encontraron: la edad promedio del personal fue de 36 años. El personal se distribuyó como sigue: el 79% correspondió el sexo femenino, 53% al turno matutino. El 26% del personal de enfermería no conoce la GPC (n=5). El personal que cuenta con formación de nivel superior resulto ser quien conoce la mayor proporción la GPC (64%). Llegando a la conclusión de implementar estrategias de capacitación y evaluación al personal para mejorar su desempeño; proyectos de mejora continua que incluyan la introducción de programas informáticos que sirvan como guía y faciliten la derivación del paciente: son aspectos imprescindibles para la adecuada implementación de este sistema en nuestro país. ⁽⁷⁾

En México, se reportó que la demanda de atención de pacientes se ve reflejada en la saturación del servicio, aumentando de forma anual el número de pacientes con mayor tiempo de espera, por lo que implementaron un módulo de Triage, siendo esta estrategia útil ya que lograron disminuir tiempo de espera. Los tiempos de espera no solamente colocan a los pacientes en situación de riesgo sino que también generan malestar, insatisfacción y en ocasiones agresividad contra la institución y sus empleados. Y en los Estados Unidos, el CDC (Centers for Disease G Control and Prevention) encontró que, de aquellos pacientes que los enfermeros de Triage juzgaron como críticos, más del 10% tuvo que esperar más de 1 hora para ver a un médico en el departamento de emergencias. ⁽⁸⁾

Por otro lado, Ramiro, Cumbal y Escobar (2014) en Medellín, Colombia, estudiaron “Satisfacción de los usuarios frente al procedimiento de Triage en el servicio de Urgencias del Hospital Eduardo Santos”. Con el objetivo de determinar la satisfacción de los usuarios frente al procedimiento de Triage en el servicio de Urgencias, siguiendo una metodología cuantitativa, descriptiva correlacional. La muestra estuvo compuesta por 292 usuarios que asistieron

al servicio de urgencias y fueron clasificados en Triage. Se utilizó como instrumento de captación de la información el cuestionario, el cual contenía nueve preguntas que evaluaron el nivel de satisfacción del usuario. En relación con los resultados se encontró que los usuarios están satisfechos (70%) con el tiempo de espera en su atención, (83%) en la atención de Triage; en relación con la atención recibida por parte del personal de enfermería (95%), médico (89%). Concluyeron que los pacientes se sienten satisfechos en general con la atención recibida, sin embargo, es necesario motivar e impulsar al personal en la búsqueda continua de mejores condiciones para la atención de los pacientes y sus familias. ⁽⁹⁾

Flores (1999) en México, estudio “Factores que influyen en la participación del personal de enfermería en la educación continua”, teniendo como objetivo terminar el efecto de los factores personales, profesionales y las orientaciones motivacionales sobre la participación del personal de enfermería en la educación continua en dos instituciones de salud, una pública y una privada., siguiendo una metodología, de tipo cuantitativa, el diseño fue descriptivo, comparativo y correlacional, el tipo de muestreo para la institución probada fue muestreo a través del tiempo y se estudiaron 105 sujetos y en la institución pública fue probabilístico, aleatorio con un límite de erros de estimación de 0.05 y un nivel de confianza del 95% con un tamaño de muestra de 200, teniendo como resultados % , De los factores profesionales se identificó que el nivel académico de enfermería y el puesto que ocupa son predictores de la participación del personal de enfermería en la educación continua, mostrándose una mayor participación de las Licenciadas en enfermería, 60% y que el puesto de jefatura y supervisión, 74%, presentan los mayores puntajes de participación en educación continua, tiene como conclusiones al aplicar el modelo de regresión logística se observó que el ingreso económico tiene efecto sobre la educación continua y se muestra que a mayor ingreso económico mayor participación. ⁽¹⁰⁾

Escobar, Fredes, Toconas y Villafuerte (2010) en Argentina, realizaron una investigación titulada “Triage de Enfermería, Factores que dificultan su aplicación en servicios de guardia Medica”, teniendo como objetivo determinar cuáles son los factores que dificultan a los enfermeros aplicar la técnica de triaje en los servicios de guardia medica: en dos clínicas privadas de la capital federal utilizaron como metodología el enfoque cuantitativo y una investigación de campo, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 60 enfermeros profesionales, 30 por cada clínica, con experiencia en el servicio de guardia médica, que presenten más de 5 años de experiencia los resultados que presenta la investigación son: El 73 % de los encuestados no se capacita; el 17 % alguna vez se capacito y el 10 % frecuentemente se capacita. El espacio físico resulto ser inadecuado en un 82 %; poco adecuado en un 15 %; y adecuado en un 3%. Finalmente, en el 82 % de las encuestas no asigna recurso humano; en el 18 % se asigna personal para la aplicación de triaje. Llegando la conclusión se identificó en esta investigación que el conocimiento de los enfermeros encuestados sobre triaje que un 64% posee elevado conocimiento, 13% moderado conocimiento y un 23% bajo conocimiento, lo cual determina que en aspectos generales los enfermeros poseen un buen nivel de conocimiento sobre triaje, lo mismo facilitara su aplicación en los servicios de guardia medica donde aún se aplica dicha técnica. ⁽¹¹⁾

Blascetta y Guzman (2007) en Argentina, estudiaron, “Factores que intervienen en la realización del informe de enfermería según la opinión de los enfermeros”, esta investigación se fundamentó en las teorías de los factores y la comunicación, determina si estos factores afectan a la hora de redactar el informe de enfermería, Observándose: Factores Institucionales: Respecto a la Motivación el x2 obtenido es mayor en este caso, rechazando la hipótesis 0 y aceptando la hipótesis que nos afirma que están relacionadas. Entonces afirmamos que el enfermero que este motivado en su trabajo realizara un informe de enfermería valido y apto, en tanto los enfermeros desmotivados

parecería que tuvieran una dificultad mayor a la hora de la redacción del informe que se podría llegar a pensar que sería por la mala relación con compañeros y jefes, la falta de compañerismo. Respecto a la Cantidad de Pacientes Asignados el x2 obtenido es mayor en este caso, rechazando la hipótesis 0 y aceptando la hipótesis que nos afirma que están relacionadas.⁽¹²⁾

Silveriano, Acevedo y Moyano (2011) en Uruguay estudiaron, “Experiencia de Triage estructurado en el departamento de urgencia”, tuvo como objetivo evaluar la eficacia del Triage estructurado como herramienta de gestión clínica, donde se recolectaron de forma prospectiva datos patronímicos y controles vitales de 500 pacientes consecutivos y se auditó de manera retrospectiva la historia clínica de los mismos en busca de parámetros que permitan evaluar la efectividad del Triage estructurado. Los resultados mostraron que el tiempo global de estadía en el departamento de urgencia fue de 101,5 minutos, el tiempo entre Triage y consulta médica 50,1 minutos; 63% a 100% de las consultas fueron asistidas dentro de los tiempos preestablecidos para cada categoría de riesgo. Se concluye que el Triage estructurado es una herramienta eficaz de gestión clínico-asistencial.⁽¹²⁾

García G. R. en su tesis denominada, ¿Se ha reducido el tiempo de espera en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes con la utilización del sistema de Triage Manchester?, realizado en España en el año 2013, propone como objetivo determinar si se han reducido los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias Generales del Hospital de Cabueñes hasta la atención por parte del facultativo con la implantación del Sistema de Triage Manchester. Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, los datos se obtienen de archivo, de la historia clínica de cada paciente. La muestra se calculó sobre 15.754 pacientes, que fueron los atendidos desde el 1 de Octubre al 31 de Marzo de 2013. Obteniendo como resultado en cuanto al tiempo de espera según el código de color destaca que en ambos grupos

se superan los tiempos establecidos para la atención. En el caso del Triage convencional sólo 33 pacientes son atendidos en el tiempo correspondiente a su código, y en el caso de STM son 4110. ⁽¹³⁾

Muñoz S.E. es su tesis denominada Estudio de la frecuentación del Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de Palencia realizado en España-2015 la cual tiene por objetivo conocer los tiempos de espera de los pacientes, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias de Palencia; observar si los pacientes que demandan atención urgente acuden por orden facultativa o por iniciativa propia y determinar las características socio demográficas de los pacientes que acuden al Servicio .Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, teniendo una muestra total a 889 casos, la edad media fue de 51 años y el 51,3% fueron mujeres. Los pacientes entre 81 y 90 años asistieron con más asiduidad al Servicio. La frecuencia resultó mayor en el turno matutino, existiendo una hora de máxima atención a las 12 de la mañana y siendo el lunes el día de mayor afluencia; 366 pacientes fueron triados con un nivel III de urgencia (41,2%) y 512 casos (57,6%) acudieron al Servicio por orden facultativa;231 casos requirieron hospitalización (26%). El tiempo medio de espera desde la filiación administrativa hasta el Triage, fue de 8 minutos. El tiempo de espera desde la clasificación a la atención médica, fue superior al protocolizado en cada nivel de urgencia. Concluyendo que el porcentaje de pacientes que acude por orden facultativa es elevado, a pesar de ello, un alto porcentaje podría haber sido tratado en niveles asistenciales primarios para evitar el colapso en este Servicio. ⁽¹⁴⁾

Vargas R.G, González V.M. en su tesis Comparación de Parámetros de Atención en una Escala de Triage de 5 Niveles con los parámetros estándar, Colombia 2015, tuvo como objetivo comparar los parámetros de atención por niveles de Triage de la escala de severidad ESI versión 4.0 de la Fundación Santa Fe de Bogotá con los parámetros estándar de la guía ESI 4.0 como

medida de calidad de la atención en urgencias para evaluar su implementación. Se trata de un estudio observacional analítico de corte transversal. Se incluyeron 385 pacientes aleatorizados por nivel de atención. Se tomaron datos demográficos y variables como consumo de recursos y destino del paciente para su descripción y análisis; los resultados fueron que el promedio de edad fue 44.9 años IC 95%42.9–46.9, el 54.5% fueron mujeres. Se encontró un tiempo promedio de espera para nivel 1 de 1.39 min, para el nivel 2 de 22.9 min, para el nivel 3 de 41.9 min, para el nivel 4 de 56.9 min y para el nivel 5 de 52.1 min. El tiempo promedio de estancia en urgencias fue 5.9 horas y el 78.9% consumió recursos. Al comparar los tiempos con estándares mundiales en el nivel 1, 2 y 3 son significativamente mayores ($P < 0,05$), en el nivel 4 es similar ($p = 0,51$) y en el nivel 5 es significativamente menor ($p = 0,00$). Se concluye que la aplicación de la ESI 4.0, muestra un impacto positivo en la oportunidad de atención a los pacientes, en todos los niveles de atención. ⁽¹⁵⁾

Zambrano T. C. en su tesis denominada Sistema de Triage y Disminución de Tiempos de Espera en el Hospital San Vicente de Paúl de la Ciudad de Ibarra, Ecuador 2012, tuvo como objetivo Implementar un Sistema de Triage para disminuir los tiempos de espera de los usuarios; donde utilizó un método con enfoque multimodal, es decir de carácter cualitativo y cuantitativo, el estudio concluye en que la implementación del Sistema de Triage y disminución de tiempos de espera causa un impacto alto positivo, por lo que es recomendable que se ejecute la presente propuesta, ya que va ayudar a brindar un mejor servicio de salud y atención a la comunidad del norte del País. En su estudio Experiencia de triaje estructurado en el departamento de urgencia - Uruguay, tuvo como objetivo evaluar la eficacia del Triage estructurado como herramienta de gestión clínica, donde se recolectaron de forma prospectiva datos patronímicos y controles vitales de 500 pacientes consecutivos y se auditó de manera retrospectiva la historia clínica de los mismos en busca de

parámetros que permitan evaluar la efectividad del Triage estructurado. Los resultados mostraron que el tiempo global de estadía en el departamento de urgencia fue de 101,5 minutos, el tiempo entre triaje y consulta médica 50,1 minutos; 63% a 100% de las consultas fueron asistidas dentro de los tiempos preestablecidos para cada categoría de riesgo. Se concluye que el Triage estructurado es una herramienta eficaz de gestión clínico – asistencial. ⁽¹⁶⁾

Interiano C., Estrada G., Gross M. E., en su tesis Mejoramiento de los Tiempos de Atención de Emergencia en el Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, tuvo como objetivo proponer la implementación del sistema de Triage para disminuir el tiempo de atención. Para el diseño de la investigación se utilizó un enfoque mixto dominante cuantitativo con un pre-experimento de un escenario pre y pos prueba. Se concluyó que el sistema de Triage no influye en la reducción del tiempo total pero si en el tiempo de primera asistencia en un 56.06%. Sin embargo, no reduce significativamente el tiempo de segunda asistencia, ya que este se ve influenciado por los tiempos de laboratorio, rayos-x y espera para sala de operaciones. Se recomienda implementar el sistema del Triage y reestructurar la infraestructura, personal, equipo y suministros para mejorar el proceso de atención actual. ⁽¹⁷⁾

Isa Kroon, Scandra Antoinette, Cordoba Ramírez, Gilberto Horacio en su estudio Triage en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía el cual fue descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue implementar el sistema de Triage como prueba piloto en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de la Policía para valorar si contribuiría a la disminución de los tiempos de espera, mejoraría la satisfacción del usuario y la capacidad resolutoria del Servicio. Se utilizó la escala de Triage pediátrico canadiense modificado para adaptarla al instrumento para la realización del Triage de la historia clínica institucional. los tiempos de espera para la atención en el Triage oscilaron entre tres minutos y una hora y ocho

minutos. El tiempo de espera para la atención en consulta de urgencias varía de 1 minuto hasta 360 minutos (seis horas) tomando todos los niveles de Triage. los tiempos de espera para la atención según la clasificación Triage varían para Triage II de tres minutos a 40 minutos, Triage III en tres minutos a 60 minutos y para T q L estar sujeta a la realización del Triage en razón de que esto permite establecer la prioridad de atención mejorando la posibilidad de intervenir rápida y oportunamente los casos que así lo requieran, disminuyendo los riesgos para los pacientes y a la vez disminuir los tiempos de espera para la atención a pesar de que el grueso de la clasificación sea Triage IV. Concluyen que La realización del Triage mejora la percepción del usuario del servicio ya que desde el primer contacto con el profesional del Triage se le está informando sobre el estado del paciente, de los tiempos de espera según la clasificación Triage generando esto tranquilidad en los padres o cuidadores. ⁽¹⁸⁾

De Argila N. ,Egea B. , Carnevall D. en su estudio de Evaluación del impacto tras la implantación del Triage de adulto gestionado por enfermería en un servicio de urgencias hospitalarias en España , el cual tuvo como objetivo analizar el impacto de un programa de Triage en la demora en la atención de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias y conocer la valoración del personal de enfermería que ha iniciado la gestión del Triage, donde se realizó un estudio observacional prospectivo de tipo cohortes del total de 1413 pacientes que son atendidos en urgencias se analiza esta herramienta desde la experiencia de los profesionales de enfermería en plantilla con una encuesta estructurada simple. Entre los diez primeros sin Triage y los seis siguientes con Triage, se evidencia una diferencia significativa; se obtuvo como resultado la mejora en los tiempos en la primera atención ($p < 0.05$); sin embargo, no se aprecia diferencia significativa en el tiempo total de estancia en urgencias. ⁽¹⁹⁾

En Perú Vilchez y Zapata (2010) en Perú, estudiaron “Aplicación de un sistema de Triage de cinco niveles en pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital III Chimbote EsSalud”, La edad promedio de los pacientes atendidos en Triage fue de 58 años, siendo la edad más frecuente los mayores de 70 años y con respecto al sexo el masculino predominó sobre el sexo femenino. Los antecedentes encontrados en los pacientes atendidos en el servicio de Triage la proporción mayor la tuvo la Hipertensión arterial 51.6 % y la Diabetes Mellitus 44.17% por otro lado un 28.83 % no refirió ningún antecedente. Respecto a pacientes perdidos sin ser clasificados en Triage no se pudo determinar por no existir un registro de pacientes antes de ingresar al Triage médico. ⁽²⁰⁾

Amaya (2014) en la localidad de Chota, Cajamarca, estudió “Percepción de la calidad de atención en el Servicio de Emergencia del Hospital General I “José Soto Cadenillas”- Chota (HGJSC)”. El estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal; tuvo como población muestra a 24 trabajadores que laboran en el servicio y 81 pacientes que permanecieron en observación en el Servicio de emergencia del HGJSC. Los datos fueron recolectados a los trabajadores a través de un cuestionario y a los pacientes a través de una encuesta estructurada, previa firma del consentimiento informado. Se encontró que el 75 % de trabajadores del servicio de emergencia, tienen una percepción de la calidad de atención es regular y el 67 % de los pacientes que permanecieron en observación, tienen una percepción regular de la calidad de atención. Los resultados obtenidos son indicativos que los trabajadores y pacientes que acuden al servicio de emergencia perciben la calidad de atención en un nivel regular, por lo que queda la responsabilidad de los directivos y los trabajadores del servicio de revertir estos resultados. ⁽²⁰⁾

Regalado (2015) en Ica Perú, estudio, “Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia

Hospital Ramos Guardia” Factores Personales: son aquellos referidos a aspectos inherentes a las personas que afectan su conducta, que favorecen o desfavorecen una determinada acción, entre ellos podemos mencionar: Edad: la edad está estrechamente relacionada con las características del comportamiento de las personas, es así, que en enfermería este factor se manifiesta en el personal de mayor edad como una añoranza del pasado o a mantenerse el estatus que por considerar que la experiencia lograda es el máximo aprendizaje y se resisten a innovación que provocan el cambio . También psicológicamente, en el adulto maduro, es la edad realista en el cual la persona se comporta con todo el sentido común requerido para realizar o tomar decisiones. En esta edad, se alcanza el máximo de facultades mentales, estas características van a favorecer que la persona logre un desempeño óptimo y eficiente en el ejercicio o desarrollo de una actividad. Conocimiento: Se considera que existe una relación directa entre la formación de una persona y la calidad de atención que ella brinde, ya que no es posible responder a las exigencias propias de un trabajo, sin los conocimientos básicos necesarios; y más aún, el trabajo será mejor desempeñado si el individuo cuenta además con los conocimientos amplios sobre los aspectos que directa o indirectamente están relacionadas con el tipo de trabajo que desempeña. Motivación: según la teoría de motivación humana para dirigir se requiere conocimientos acerca del comportamiento humano, conocer los factores que motivan a las personas a desempeñar correcta o incorrecta su trabajo. ⁽²¹⁾

Los investigadores con calidad de trabajadores en la clínica Ricardo Palma del servicio de emergencia encontramos mucha dificultad en la atención de triaje por los profesionales de la salud que no manejan la clasificación de pacientes críticos (por prioridades), la atención se congestiona y los familiares reclaman con justa razón por una atención inoportuna, observamos que en determinadas oportunidades no se aplica adecuadamente el manual de atención de triaje, cabe recalcar existe edades diversas, predominantemente

mujeres, que trabajan en su gran mayoría en más de dos lugares, su estado civil es oscilante, y el número de hijos diverso, cuentan con una determinada carga laboral y hace que el personal de salud tenga problemas como estrés entre otros enfermedades psicológicas que se puede presentar, entre otros realizando cursos de post grado que ya sea especialidad, maestría, y más frecuente el realizar horas extras, al observar dichos factores, optamos realizar nuestra variable factores personales con cada uno de los indicadores ya mencionados y recurrimos investigar si tienen alguna influencia en la aplicación del manual de atención de triaje. El presente trabajo se realiza con el objetivo de mejorar el manual de atención de triaje para el buen funcionamiento y atención hacia los usuarios: por parte del equipo multidisciplinario de la clínica Ricardo Palma en especial para el personal de enfermería, cumpliendo con los protocolos y algoritmos de actuación ante los principales problemas en la atención al usuario. ⁽²¹⁾

En Perú, como en muchos países los servicios de emergencias de los hospitales públicos vienen experimentando un incremento en la demanda de atención de los pacientes, es así que en la ciudad de Lima el Hospital Nacional Cayetano Heredia pasó de 65 462 atenciones en el 2009 a 80743 en el 2013. Generalmente la demanda en éstos siempre es más alta que la oferta. La atención al paciente es deficiente en la mayoría de los casos; considerando el largo tiempo de espera, la falta de capacidad física en instalaciones y la poca información que recibe el familiar son las quejas más comunes que presentan los usuarios de estos servicios. ⁽²²⁾

Sanizo (2013) en Bolivia, estudió “Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013, La Paz”, tuvo por objetivo evaluar el sistema de atención al usuario que acude al servicio de emergencia, este estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; los resultados fueron tiempo de

espera para la atención, una hora y más de dos horas para la valoración por especialidad; el 72% es atendido de acuerdo a la llegada, sólo 5% al 7% son atendidos en menos de 15 minutos en el espacio físico disponibles. De acuerdo a resultados de la investigación se plantea una nueva reorganización e implementar el triaje para garantizar una asistencia integral y modular la asistencia de los procesos no urgentes, en un marco de continuidad asistencial. ⁽²³⁾

2.1. ANTECEDENTES DEL HOSPITAL OBRERO Nº 1

La Caja Nacional de Salud (CNS), inicia sus actividades como Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS), etapa que abarca de diciembre de 1956 hasta marzo de 1987 y comprende la promulgación del Código Seguridad Social en fecha 14 de diciembre de 1956 y la de su Decreto Reglamentario o Reglamento del Código de Seguridad Social el 30 de septiembre de 1959. ⁽²⁴⁾

En esta etapa también están comprendidos el Decreto Ley de Racionalización de Aportes de 28 de marzo de 1972, el Decreto Ley de Reformas al Código de Seguridad Social y el Decreto Ley de Complementación de Reformas de 3 de junio de 1977.

La promulgación del Código de Seguridad Social significó un avance de la Seguridad Social Boliviana con relación a los demás países latinoamericanos. Sin embargo, desde su inicio la administración de los seguros establecidos en el citado Código no cumplieron con el principio de unidad de gestión, por cuanto se encargó la gestión del Seguro Social Obligatorio a varias instituciones, siendo la más importante, la Caja Nacional de Seguridad Social, entidad matriz gestora del Seguro Social Obligatorio integral, con más del 80% de asegurados activos y pasivos, pertenecientes a la mayoría de las ramas de actividad económica.

Las prestaciones señaladas en el Código de Seguridad Social comprendían los regímenes de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte y el régimen especial de asignaciones familiares.

Después de 30 años de administración integral del Seguro Social, el 15 de abril de 1987 se promulga la Ley Financial 0924, que en su artículo tercero afecta los esquemas administrativo y financiero del sistema de Seguridad Social, procediéndose a la separación de los seguros, administrados integralmente hasta ese entonces. Dejándose a las Cajas la administración de los seguros a corto plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a corto plazo y a los Fondos Complementarios la administración de las prestaciones a largo plazo: Invalidez, Vejez y Muerte, aspectos que son ratificados por su Decreto Reglamentario No. 21637 del 25 de junio de 1987.

En consecuencia la Caja Nacional de Seguridad Social que hasta marzo de 1987 administraba el seguro integral, se convierte en la Caja Nacional de Salud, institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión aplicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a Corto Plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales, instituidos por el Código de Seguridad Social, su Reglamento, la Ley Financial 924, el Decreto Supremo 21637 y demás disposiciones legales conexas.

La Caja Nacional de Salud, es una institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión, aplicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a corto plazo (Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales).

2.1.1. Misión y Visión

- **La misión** de la Caja Nacional de Salud a través de sus Administraciones Regionales y Agencias Distritales es brindar protección integral en el campo de la salud a toda su población protegida, como parte activa y componente de la población boliviana. Se rige por los principios de Universalidad, Solidaridad, Unidad de Gestión, Economía, Oportunidad y Eficacia en el otorgamiento de las prestaciones de salud, optimizando el uso de recursos y buscando ampliar el nivel de cobertura.
- **Visión** La Caja Nacional de Salud busca mantener el liderazgo nacional en la provisión de seguros de corto plazo, con efectividad, equidad y calidad probada.

2.1.2. Objetivos Institucionales

1. Optimizar la gestión de recursos humanos asignando y utilizando personal médico, paramédico, administrativos y de servicios en función de parámetros e indicadores estándar.
2. Remodelar, refuncionalizar y construir hospitales además de policlínicos, acorde a los niveles de la demanda.
3. Brindar atenciones en salud con calidad a la población asegurada con la implementación de planes, programas y control de calidad.
4. Lograr el equilibrio financiero, incrementando los ingresos y optimizando el gasto.
5. Incrementar la población cubierta y disminuir el nivel de desafiliaciones.
6. Refuncionalizar el modelo de atención en salud (Medicina Familiar y Comunitaria) hasta alcanzar niveles óptimos de eficacia, eficiencia y economía.
7. Implementar por fases, un modelo de administración con desconcentración administrativa, financiera y técnica.

8. Proveer a los centros médicos de manera oportuna, suficientes medicamentos, insumos, materiales y equipo médico.
9. Mejorar los índices de productividad y rendimiento (salud y administración) hasta cubrir la demanda insatisfecha.

III. JUSTIFICACIÓN

EL Servicio de Emergencias es una sección del Hospital en la que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados inmediatos. La Organización Mundial de la Salud puntualiza que Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

El triaje es un método de selección y clasificación que define la prioridad para la atención de un paciente en el Servicio de Emergencias según la gravedad de su estado clínico, mediante la valoración clínica en el área de triaje, que es realizado por un profesional en enfermería capacitado.

El propósito de esta investigación tiene gran importancia y relevancia, porque pretende evaluar el nivel de conocimiento sobre triaje sistema Manchester en las Enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencias y triaje.

En el servicio de emergencias desde un tiempo a esta parte se encuentra sobresaturado de pacientes, se observó que existe rotes del personal Profesional de Enfermería en el área de Triage, argumentando que hay colegas nuevas que rotan en el área de triaje y que no tienen conocimiento sobre triaje y la admisión, lo cual influye en su actuación frente a los pacientes, de la misma forma solo se brindó una información al iniciar el proyecto a 6 Enfermeras profesionales que trabajábamos en servicio de emergencia, los cuales también realizamos rotes y el resto del personal profesional no recibió ninguna información o capacitación ni instrucción para asumir esta responsabilidad, solo cuentan con la experiencia laboral, y se hace posible que esta área de

Triage funciones, lo cual se traduce en una mala selección de pacientes durante la admisión de los pacientes y la designación inadecuada a los especialistas, según la observación realizada se llega a la conclusión de que la enfermera profesional no maneja de forma correctamente la selección y clasificación de los pacientes en triaje y esta situación ocasiona perjuicios, molestias y largas esperas a los pacientes y familiares desencadenando en molestias e insatisfacción de los pacientes y molestias de los especialistas, esto fue el motivo y la inquietud personal que me impulso a realizar esta investigación.

El beneficio será para el departamento de enfermería, con mayor prioridad para las Enfermeras Profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencias y Área de Triage, porque según los resultados obtenidos de la investigación se pudo identificar la deficiencia que tienen y de esta manera para dar solución del problema encontrado se propone una Guía de admisión de pacientes en triaje a base de sintomatología según sistema Manchester.

IV. MARCO TEORICO

EL TRIAJE

4.1. Antecedentes históricos de la Triaje

Aunque el concepto de clasificación y espera son presumiblemente tan viejos como la medicina, el proceso que entendemos como Triaje fue primero descrito por Barón Dominique Jean Larrey (1766-1842), fue Médico Cirujano Militar, jefe de los servicios sanitarios del ejército de Napoleón, quien comenzó a utilizarlo como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla, desde entonces se conoce de la implementación de las ambulancias y hospitales de campo lo que disminuyó el tiempo hasta la atención sanitaria. ⁽²³⁾

La primera descripción sistemática de implementación del Triaje en la medicina civil fue hecha por E. Richard Weinerman en Baltimore en 1964. El primer australiano que aplicó la escala de Triaje en el área de choque fue Pink y Brentnall en 1977, ellos usaban las descripciones verbales clasificando a los pacientes en 5 categorías. ⁽²³⁾

A nivel internacional existen reportes de implementación de un sistema de Triaje estructurado de 5 escalas o niveles en los departamentos de emergencia, dejándose atrás el sistema clásico que abarcaba hasta 3 y 4 niveles de atención. En el área latinoamericana, uno de los que ha tenido mayor aplicación y cuya fiabilidad ha sido validado en varios consensos es el Triaje canadiense y la escala de acuidad (CTAS) que se introdujo desde 1999 siendo este el que ha tenido mayor aceptación en los países que ya implementan este sistema en los departamentos de emergencia. ⁽²³⁾

4.2. Historia del Triage en servicios de urgencia

A principios del siglo XIX, en Francia, un médico cirujano del ejército de Napoleón, el Barón Dominique Jean Larrey (1766 – 1842) se dio cuenta que para mejorar la supervivencia de los soldados era necesario atender primero y de la forma más rápida a los más graves, él aunque nunca llegó a utilizar el término Triage que proviene de traer, fue el primero en actuar antes de que acabara la batalla, ignorando el rango y bando del soldado, y considerando la prioridad de su asistencia dependiendo de las lesiones que presentaban: “El mejor plan que puede adoptarse en estas emergencias, para prevenir las desastrosas consecuencias de dejar a los soldados gravemente heridos sin asistencia, es poner las ambulancias lo más cerca posible del campo de batalla y establecer cuarteles, en los que todos los heridos, que requieran delicadas intervenciones quirúrgicas, puedan ser reunidos para ser operados por el cirujano general, aquellos que estén gravemente heridos deben recibir la primera atención, independientemente del rango o distinción, aquellos lesionados en menor grado deben esperar hasta que sus compañeros de armas, que estén gravemente mutilados, hayan sido operados y curados, pues en caso contrario estos no sobrevivirían muchas horas y rara vez más allá del día siguiente, por otro lado, las heridas ligeras pueden ser reparadas fácilmente en los hospitales de primera o segunda línea, especialmente en los oficiales que tienen medios de transporte, en último extremo, la vida no corre peligro por estas heridas”.⁽²³⁾

El Triage sanitario se desarrolló en el campo de batalla por dar prioridad a los soldados heridos con la finalidad de conocer el estado de éstos y saber cuándo podrían volver al campo de batalla. Durante el siglo siguiente, esta práctica se extendió por todos los campos de batalla, de esta forma los soldados que no podían ser operados inmediatamente eran mantenidos en las mejores condiciones posibles. El Triage ha sido una ayuda muy importante en tiempos de guerra. El Triage en los servicios de urgencias empieza a introducirse

durante el siglo XX, un pionero en la introducción de una sistematización del Triage en urgencias y emergencias fue E. Richard Weinerman en el año 1964 en Baltimore. ⁽²³⁾

4.3. Concepto y definición de Urgencia

El concepto de Urgencia tiene varias acepciones, la Real Academia Española define este término como la cualidad de urgente. Necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio. Inmediata obligación de cumplir una ley o precepto. ⁽²⁴⁾

También hace referencia al ámbito hospitalario, que denomina al Servicio de Urgencias como: Sección de los hospitales en la que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados inmediatos.

La Organización Mundial de la Salud puntualiza que Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. ⁽²⁵⁾

En base a estos conceptos, podríamos decir, que la atención urgente hospitalaria es la inmediata acción de lo que es menester para la salud de un paciente. Puede entenderse menester como lo que realmente necesita, esto diferencia la urgencia de la no urgencia.

Para Martínez Veny (2003), el Servicio de Urgencias es una de las puertas de entrada que tiene todo paciente que acude a un hospital cuando requiere cuidados de salud para satisfacer aquellas necesidades en las que ha perdido su independencia. ⁽²⁵⁾

En esta misma línea, la definición de Urgencia, según Jiménez Murillo y col. (2003), se compone de una parte objetiva que son la gravedad y la agudeza del proceso, y de un componente subjetivo que se relaciona con el grado de sufrimiento del paciente (donde participan el dolor y la intolerancia a la espera), y sus expectativas (cobertura de necesidad).

Romero y col. (2008). La presencia de los mismos, implica una gran variedad de Urgencias, lo que genera una confusión a la hora de denotar la gravedad y agudeza de los síntomas, y afecta en la atención al usuario. ⁽²⁶⁾

Ahondando en estos aspectos, Gómez Jiménez (2006), considera que ambos componentes son fundamentales, pero el factor objetivo siempre va a tener mayor peso en la atención asistencial. Es de suma importancia clarificar el término gravedad, ya que en ocasiones una urgencia no es grave. La gravedad es una cualidad relacionada con el riesgo de mortalidad y/o de descompensación fisiológica, de pérdida de función orgánica, y probabilidad de muerte. Se relaciona con el término Urgencia pero tienen matices diferentes. ⁽²⁶⁾

Una urgencia siempre es un proceso que requiere una intervención asistencial rápida, mientras que un proceso grave no tiene por qué ser urgente, este es el punto diferencial clave.

Figura (1)

Esquema de los componentes conceptuales del término Urgencia.



Jiménez Murillo y col. (2003) Adaptación de Martínez Pastor A y González Romero GM (2010).

Para Gómez Jiménez y col. (2006), el concepto de Urgencia no está bien comprendido a nivel social, por lo que los términos como: Urgencia, Emergencia, no Urgente o Crítico, no se encuentran adecuadamente explicados a nivel poblacional. La confusión fundamental es que no comprendemos que estos estados se definen por la prioridad asistencial, y no por la gravedad. La respuesta asistencial va a estar definida SIEMPRE por el grado de urgencia, por lo que un mayor o menor grado de urgencia va a diferenciar un nivel u otro de prioridad asistencial. ⁽²⁶⁾

La mala percepción de salud puede dar lugar a un mal uso de los Servicios de Urgencias, y cuya consecuencia influye en la saturación de los mismos. Es necesario establecer la diferencia entre emergencia y urgencia para identificar con prioridad la necesidad de los pacientes. ⁽²⁷⁾

- **Emergencia:** es una situación de salud en la que está presente un riesgo de perder la vida o la función de uno de sus órganos.
- **Urgencia:** son manifestaciones agudas que requieren asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según las condiciones del paciente, para evitar complicaciones.

A lo largo de los años en la realidad sanitaria hemos visto diferentes sistemas como por ejemplo:

1. El Triage realizado por un/a administrativo, es decir, no existe tal triaje, se produce una recogida de datos (admisión del usuario) y se le otorga un orden de espera para ser visitado y sin diferenciar a la especialidad que competa, este orden depende de la hora de la llegada del usuario al servicio de urgencias, a no ser que se produzca una gravedad obvia.
2. El Triage realizado por un médico, el facultativo realiza una visita rápida a los usuarios que llegan al servicio y según la orientación diagnóstica decide la prioridad de la atención.
3. El Triage realizado por una Licenciada en enfermería de igual forma realiza una visita rápida previa valoración de constantes vitales y síntomas referidos por los pacientes y signos de graves observada a los pacientes que acuden al servicio de emergencia, para orientar y designar la prioridad de atención.

4.4. TRIAJE

4.4.1. Definición y evolución del término “Triage”

Según el diccionario de la lengua española, el término “*triar*” se define en su primera acepción como “acción y/o efecto de escoger, separar, entresacar”.⁽²⁸⁾

Esta palabra proviene del inglés “*triage*”. Esta palabra se utiliza para referirse a la jerarquización de necesidades asistenciales, y a su vez proviene del término francés “*trier*” que significa seleccionar o escoger o elegir o clasificar. Se empezó a usar para ubicar a los heridos en desastres y situaciones de conflictos bélicos. El pionero en emplear este término fue el barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842), médico cirujano militar, Jefe de los Servicios Sanitarios del ejército de Napoleón, como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla. En la Guerra de Crimea entre 1853

y 1856 la labor de Triage empezó a ser desempeñada por enfermeras en las zonas habilitadas para dicha actividad. ⁽²⁸⁾

(Figura 2). Triage en la guerra de Crimea



[http://2.bp.blogspot.com/_7nYVVU1iWUg/SbgQnO1LeBI/Adk/weRZSNHMvxM/s400/tria ge+guerra.jpg](http://2.bp.blogspot.com/_7nYVVU1iWUg/SbgQnO1LeBI/Adk/weRZSNHMvxM/s400/tria+ge+guerra.jpg)

Esta herramienta contribuyó a la disminución del número de fallecimientos, ya que, se realizaba una primera valoración de las heridas, y prestaba una rápida atención a aquellos heridos más graves.

En el siglo XX este vocablo se trasladó a nivel civil, donde se empezaron a manejar este tipo de sistemas en los servicios sanitarios a nivel mundial. A partir de la década de los años 60, se implantaron en los servicios de Urgencias hospitalarias de Estados Unidos. En España, aproximadamente en 1980, comenzó a utilizarse el Triage para clasificar a los pacientes según su nivel de prioridad. ⁽²⁸⁾

La Sociedad Española de Enfermería en Urgencias recomienda aplicar el término recepción, acogida y clasificación (RAC), entendiéndose como la de pacientes, ya que el término Triage se aplica en situaciones de catástrofes, que fue su asignación inicial. El Manchester triage Group nació en noviembre de 1994 y sus esfuerzos se enfocaron en 5 objetivos: ⁽²⁹⁾

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de Triage.
4. Implementar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de Triage desarrollado.

Se establece un sistema de clasificación de 5 niveles y cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color, y un nombre que se definió en términos de “tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta.

Figura N^o 3

Clasificación de emergencias (triaje de Manchester) (Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos)

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RESUCITACIÓN	ROJO	Atención de forma inmediata
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

FUENTE: (Mackway-Jones K., Marsden J., Windle J. 2006, ed. Emergency Triage: Manchester Triage Group. Second Edition. London: BMJ Publishing Group)

4.4.2. Aplicación del Triage

La aplicación del Triage tal como lo conocemos, proviene del mundo Anglosajón que desarrolla a partir de los 60 años diversos planteamientos basados en la escala de 3 ó 4 niveles de categorización que, al haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por una nueva escala de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado Triage estructurado.

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en Triage: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente, ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del “grado de urgencia”, de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser atendido, en consecuencia, que las funciones del Triage deben ser: ⁽²⁹⁾

1. Identificación de los pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
4. Decidir el área más apropiado para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

4.4.3. Justificación del uso de Sistemas de Triage en los Servicios de Urgencias

Casi todos los servicios de Urgencias funcionan con sistemas de triaje estandarizados que son la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, se agiliza la atención y se mejora la comunicación con el paciente mejorando la satisfacción del mismo. ⁽²⁹⁾

Estos sistemas, según Álvarez Baza (2001) y Rojas Ocaña (2000), tienen el objetivo de asignar, de manera rápida y concisa, la prioridad adecuada a cada paciente, y ubicarle en la Unidad apropiada dentro del Servicio de Urgencias Su forma de aplicación debería ser rápida y fácil, siendo necesario disponer de una escala de Triage fiable, útil, y válida, afirman el grupo español de Triage Manchester.

Por todo lo mencionado en este apartado, es necesario que los Servicios de Urgencias cuenten con Sistemas de Clasificación de pacientes, y más en la actualidad, ante la creciente demanda asistencial.

4.4.4. Los beneficios del Triage Sistema de Manchester y sus herramientas.⁽³⁰⁾

a. Para los usuarios-pacientes del Área de Urgencias:

- Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria, otorgándole una respuesta clara en función de estado de salud.
- Acerca al profesional sanitario y al paciente en un entorno donde calibrando su estado de salud se le informa de los pasos a seguir.

Los pacientes que precisan una atención prioritaria son atendidos con la inmediatez requerida. Ello genera en los usuarios confianza en el sistema hospitalario.

b. Para el propio Servicio o Área de Urgencias:

- Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad clínica.
- Permite en cualquier momento del ciclo de trabajo, la reordenación de recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
- Genera información útil para la orientación de los recursos de los que debe disponer el área de urgencias.
- Crea estadísticas de tiempos de demora según escalas de priorización clínica.

c. Para la dirección del centro hospitalario:

- Da una respuesta eficaz, basada en el paciente, a un problema como es la gestión de pacientes en el área de urgencias.
- Permite realizar controles de calidad de los tiempos de espera en la atención.
- Van a ser enfermeros/as quienes realicen el Triage.

- Permite realizar políticas encaminadas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función del nivel de urgencia de los casos atendidos.

4.4.5. Formas de aplicación del Triage

El proceso de Triage se puede llevar a cabo con diferentes sistemas de Triage, por distintos profesionales, en diversos ámbitos e incluso con soportes variados para ello, admitiendo matices.⁽³⁰⁾

Los principales soportes de Triage son:

- **En hoja de registro (papel):** Este soporte está casi en desuso, salvo en lugares donde no existe la posibilidad de contar con un software informático por barreras medioambientales o físicas, o bien no se dispone de medios económicos para ello.
- **Computarizado:** Este sistema es el más utilizado. Se ha demostrado que se acorte el tiempo empleado en el proceso de Triage, para los profesionales es el mejor método porque mejora el ambiente de trabajo, y el Triage se realiza con una mayor fluidez disminuyendo los tiempos de interrupción.

A su vez su aplicación puede ser In situ o telefónica:

- **In situ:** Se realiza en una sala o área de clasificación donde se realiza la entrevista al paciente, familiares.
- **Telefónico:** Es el sistema utilizado por los servicios de Urgencias extra hospitalarios y servicios de ambulancias. Es de mayor complejidad, se establece la prioridad en base a datos indicados por el paciente, no hay un componente observacional o de inspección.

4.4.6. Modelos de Triage

Existen numerosas y diferentes escalas de Triage a nivel mundial. Las escalas de clasificación de pacientes o triaje abarcan desde 3 a 5 niveles de clasificación. En la década de los 80, la tendencia nacional era priorizar en 3 niveles.⁽²⁹⁾

Tabla 2

Escala de clasificación utilizada en España, dividida en 3 niveles de prioridad

Nivel I	Emergencia
Nivel II	Urgencia
Nivel III	No urgente

Actualmente, algunos servicios sanitarios autonómicos, utilizan escalas de 4 niveles.

Tabla 3

Escala de clasificación de 4 niveles de prioridad.

NIVEL	DEFINICIÓN
Nivel I	Emergencia o riesgo vital inminente para el paciente
Nivel II	Procesos agudos inestables, críticos. Grave deterioro respiratorio, neurológico y/o hemodinámico.
Nivel III	Procesos agudos estables, no críticos. Consulta preferente.
Nivel IV	Procesos banales o sin gravedad que pueden requerir atención médica pero no de urgencia.

Disponible en: <http://www.triagemanchester.com/Descripcion2.htm>

Las comunidades científicas internacionales, las sociedades científicas, y expertos en este ámbito, recomiendan la elección de sistemas de clasificación de 5 niveles ya que son más efectivos en los Servicios de Urgencias.

Tabla 4
Clasificación en 5 niveles de mayor fiabilidad y validez

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR
Critico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	60 minutos	Amarillo
Estándar	120 minutos	Verde
No urgente	240 minutos	Azul

Disponible en: <http://www.triagemanchester.com/Descripcion2.htm>

En las últimas décadas se han diseñado variados sistemas de triaje, y en la actualidad existen, de acuerdo con las recomendaciones de la Medicina basada en la evidencia, 4 escalas de triaje estructurado, reconocidas a nivel internacional. En España y Andorra existen dos modelos que también se aplican en varios hospitales nacionales, el MAT y el SET. (29)

4.4.7. Clasificación de los 6 sistemas de Triaje mencionados en este trabajo:

1. Australasian Triage Scale (ATS). Modelo Australiano de Triaje
2. Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). Sistema Canadiense de Triaje.
3. Emergency Severity Index (ESI).
4. Sistema español de Triaje (SET) Modelo andorrano de Triaje (MAT).
5. Manchester Triage System (MTS). Sistema de Triaje Manchester.
6. Triaje Estructurado

Estas escalas se caracterizan por tener un formato electrónico y un manual para sus diferentes ámbitos de aplicación. Algunas cuentan con ayudas o soportes informáticos. De los 4 sistemas internacionales, sólo el sistema Manchester y el modelo canadiense están traducidos al español.

En el ámbito nacional no se ha constatado ningún servicio de urgencias que trabaje en la actualidad con el sistema Emergency Severity Index (ESI) o el sistema australiano (ATS). Los modelos andorrano (MAT) y el español (SET)

se están aplicando en Andorra y en España. Cabe destacar que solo el CTAS (Canadiense) y el MAT-SET (Modelo andorrano, español) tienen una aplicación específica para el triaje pediátrico, mientras que los otros sistemas solamente contienen algún algoritmo pediátrico.

Estos cuatro niveles de clasificación se establece en base a:

- **Descriptorios clínicos**, sintomatologías, categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas de atención.
- **Discriminantes del nivel de urgencia**: riesgo vital alto, constantes fisiológicas alterados, tiempo de evolución del problema de salud, grado de dolor según escala EVA, mecanismo de lesión, etc.

4.5. Sistema Manchester de Triage (MTS)

Este sistema introducido en 1996 en el Reino Unido, y deriva del ATS. Ha sido revisado en el año 2006. Está traducido a varios idiomas: Español y Alemán. Al igual que el sistema Australiano, cuenta con algunos algoritmos pediátricos, pero no tiene una aplicación específica pediátrica, a diferencia del sistema canadiense. Se presenta en soporte informatizado. ⁽³¹⁾

Durante el diseño del sistema se creó el Grupo Manchester cuya función es divulgar y apoyar el uso de esta herramienta, incluyendo la formación de instructores para la formación de las plantillas de los Servicios de Urgencias. En el año 2004 se formó el Grupo Español de Triage Manchester cuya función es similar, pero limitada al territorio nacional. Aparte de la formación específica la herramienta cuenta con un manual de apoyo.

Es un sistema basado en 5 niveles de prioridad, con los siguientes tiempos de espera para la asistencia del paciente, como se muestra a continuación (tabla 11):

Tabla 5

Niveles de clasificación del sistema Manchester, y tiempos de espera. 2004.

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR
Crítico	0 minutos	Rojo
Emergencia	10 minutos	Naranja
Urgencia	60 minutos	Amarillo
Estándar	120 minutos	Verde
No urgente	240 minutos	Azul

Grupo Manchester español. Disponible en: <http://www.triagemanchester.com/Descripcion2.htm>

El sistema está conformado por 52 Ítems o motivos de consulta (anexo nº 8).

Dentro de estos motivos de consulta se engloban un total de 189 discriminadores, la gran mayoría son signos y síntomas, y algunos de ellos, están relacionados con el tiempo de evolución del cuadro clínico. Se enuncian y describen según 6 puntos clave en la discriminación: riesgo vital, dolor, hemorragia, tiempo de evolución, nivel de conciencia y temperatura.

El Sistema Manchester cuenta con un diccionario de discriminadores, en el cual se enuncian, definen y describen cada uno de ellos (Anexo II), cuyo objetivo es la estandarización y objetividad de los mismos, con independencia de la interpretación del profesional sanitario que realice el triaje.

Los discriminadores nos indicarán el nivel de prioridad del paciente, ya que estos se dividen en 5 grupos. Para la selección, se van realizando preguntas cerradas muy concretas, hasta determinar el color asignado. Estas cuestiones son dicotómicas, se responden con Si/No. Cuando una respuesta es “Sí”, el nivel de prioridad en el que se encuentre esa pregunta será el asignado al

paciente, en su defecto continuaremos descendiendo en el diagrama hasta asignarle el adecuado.

La toma de constantes vitales se considera “triaje secundario” dentro de esta herramienta, aunque para discriminar algunos signos del triaje primario se precisa la toma de ciertas constantes vitales.

4.5.1. Beneficios del Sistema de Triage Manchester

Los beneficios del sistema Manchester puestos de manifiesto por diferentes autores, y sus artículos que lo avalan, destacan principalmente que:⁽³¹⁾

- Clasifica a los pacientes por niveles de prioridad, lo cual disminuye los tiempos de espera de aquellos pacientes que tienen una prioridad alta para la asistencia.
- Es una escala de 5 niveles, lo cual incrementa su fiabilidad, según los estudios de Fernández (2005) y de Considine (2000).
- Utiliza algoritmos generales.
- Tras el triaje, nos permite ubicar adecuadamente a los pacientes en la Unidad correspondiente.
- Este sistema cuenta con indicadores pediátricos para clasificar a los niños.
- Es sencillo de manejar ya que sólo son 52 ítems, frente a otros sistemas de triaje como el CTAS (Sistema de Triage Canadiense).
- Plantea las preguntas que se deben preguntar en cada nivel, por lo que ayuda en el proceso de entrevista.
- Cuenta con soporte informático e información para aclarar dudas referentes a algún discriminador, lo cual favorece que el triaje sea un proceso estructurado, seguro y de mayor calidad, como comenta Schellein (2009) en su artículo.
- Existe material de formación para este sistema.

Los discriminadores están definidos en el programa, siendo posible consultar la definición de cada uno de ellos.

- La valoración se basa en signos y síntomas, es decir, no se centra en diagnósticos médicos o en peticiones de pruebas complementarias, como los sistemas ESI y MAT.
- Tiene en cuenta el tiempo de evolución de los síntomas, que es algo fundamental para priorizar.
- Permite redactar el motivo de consulta referido por el paciente en texto libre, ello nos permite complementar el motivo de consulta, o indicar alguno que no figure en los ítems o discriminadores.
- Un discriminador importante de esta escala es el dolor, medido en un puntuación sobre 10 según la Regla del dolor que se usa comúnmente y que está validada, según redactan Lyon y col. (2005) en su investigación.

4.5.2. Proceso de Triage

1. Fases y características: Este proceso se realiza dependiendo de la idiosincrasia de cada Servicio de Urgencias, de los recursos físicos y técnicos, así como de los profesionales sanitarios que aplican el Sistema de Triage.⁽³²⁾

Debe ser breve y exacto, y no podemos obviar que el triaje evoluciona paralelo al paciente y aunque se determine una prioridad inicial, la situación puede cambiar a lo largo de su estancia en Urgencias. La duración no debe ser superior a 5 minutos. Lo recomendado es que esté entre los 2 y 5 minutos, según Travers y col. (1999), Macho Narganes y col. (2004).

Con independencia de la escala utilizada, las etapas genéricas de este proceso son:

a) Recepción del paciente: Llamada al paciente a la consulta de clasificación, donde haremos la primera toma de contacto con él y comenzaremos la siguiente fase.

b) Valoración: Todo el conjunto de datos obtenidos en esta fase determinarán el nivel de prioridad a establecer a posteriori.

2.1) Entrevista: Consiste en la realización de una serie de preguntas que nos aportan conocer el motivo de consulta del paciente y los antecedentes personales más relevantes. Nos ayudará a determinar la prioridad.

Las preguntas deben ser: Claras, breves, y sencillas. Siendo la sencillez un término importante puesto que el objetivo es que el paciente y sus familiares entiendan lo que se les pregunta.

2. Fases de la entrevista:

- Iniciaremos el proceso con preguntas abiertas que permitan al paciente relatarnos el motivo de consulta, este tipo de preguntas tienen un componente subjetivo, siempre debe tenerse en cuenta.
- Según vayamos obteniendo información sobre el motivo de consulta, iremos realizando preguntas cerradas que nos ayuden a concretar para poder determinar la prioridad del paciente.

3. Inspección ocular: Consiste en observar al paciente para obtener signos que puedan influir en la determinación de la prioridad del sujeto. Realizaremos una valoración inicial, y luego nos centraremos en aquellos aspectos que no sean normales de forma más concreta, en este punto estaremos realizando el ABCD, que es el algoritmo de valoración ante una Urgencia.

- **Aspecto general**
 - a. Piel y mucosas
 - b. Coloración.

- c. Sudoración.
- d. Temperatura.
- e. Presencia de heridas, quemaduras, deformidades

- **Respiración (A y B)**

- a. Permeabilidad vía aérea.
- b. Presencia de disnea.
- c. Tipo de respiración.

- **Circulación (C)**

- a. Pulso.
- b. Características.
- c. Perfusión.
- d. Presencia de hemorragia.

- **Neurológico (D)**

- a. Nivel de conciencia.
- b. Dolor.
- c. Motricidad.
- d. Pupilas.

- **Toma de constantes vitales**

A continuación, realizaremos aquellas mediciones que se consideren oportunas, y cuya medición no demore tiempo esencial, y sea factible en el triaje:

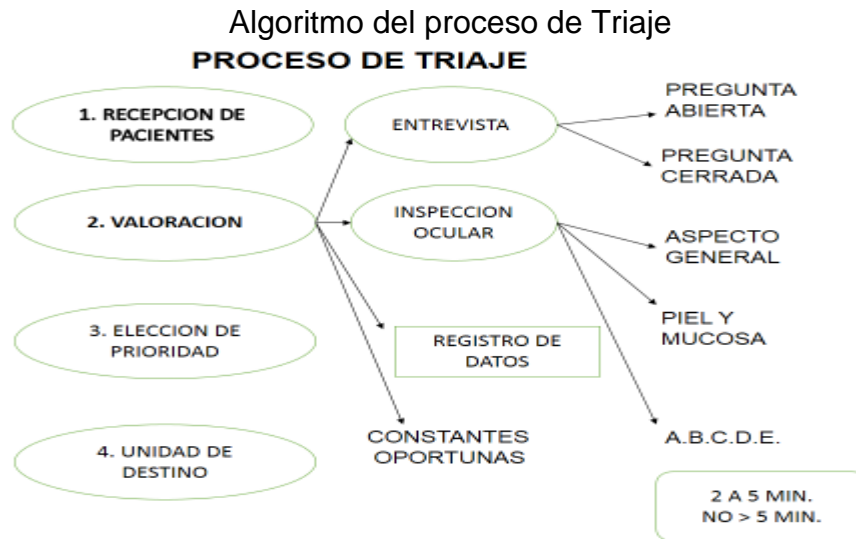
- Tensión Arterial
- Frecuencia Cardíaca
- Temperatura
- Saturación de oxígeno
- Glucemia
- Frecuencia respiratoria

- **Registro de datos:**

En el soporte seleccionado y según el sistema de Triage establecido en dicho Servicio de Urgencias.

- a. **Elección de prioridad:** En función de los datos clínicos analizados, y dependiendo de los signos y síntomas, se establece el nivel de prioridad.
- b. **Unidad de destino:** Según el motivo de consulta ubicaremos al paciente en una Unidad.

Figura 5.



Martínez Pastor, A.; González Romero, GM. (2010)

4.5.3. Aplicación del Sistema Manchester en los Hospitales

Este sistema se introdujo para la clasificación de los pacientes filiados para la Unidad de Primera Asistencia, es decir, no se aplicó inicialmente como sistema de triaje para todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias. Este proceso ha seguido una evolución continua de cambios, pero siempre el triaje ha sido realizado por los enfermeros del servicio.⁽³¹⁾

Desde el año 2007, se incluyó la figura del médico de triaje, cuya función consistía en solicitar aquellas pruebas médicas complementarias necesarias para cada paciente, decidir la unidad de destino, y asistir a aquellos pacientes que requieren una atención inmediata, pero el triaje Manchester continuo siendo realizado por enfermería.

En la actualidad, todos los pacientes, salvo aquellos críticos o que acuden en ambulancia y son de máxima prioridad, son triados por los enfermeros en la Unidad de Clasificación utilizando el Sistema Manchester. Tras la clasificación, se deriva al paciente a la Unidad correspondiente donde habitualmente es recibido por un médico que solicita todas las pruebas complementarias que considere oportunas, así como un tratamiento precoz si es preciso, con lo cual no se incrementan en exceso los tiempos de espera hasta que el paciente sea valorado en consulta o en la sala por el médico asistencial.

4.6. PROFESIONALES IMPLICADOS

Habitualmente, el proceso de Triage es llevado a cabo por los profesionales de enfermería. La mayoría modelos de triaje han sido diseñados para que esta labor sea desempeñada por los enfermeros, tales como el MTS (Manchester) o el CTAS (Canadiense), que incluso han contado con la participación de estos profesionales sanitarios para su diseño.⁽³²⁾

Hernández y col. (2007), publicaron un trabajo en el que un médico y una enfermera estuvieron triando en equipo durante un periodo de 24h en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Valoraron a 96 pacientes. Todos los pacientes de prioridad asistencial alta según el MTS (sistema Manchester, colores naranja y amarillo) se atendieron al momento, y también se decidió su ubicación. Se solicitaron pruebas complementarias en un número de 1,67 0,22, medicaciones prescritas 0,87 0,24, y los tiempos de espera hasta la valoración médica se redujeron a la mitad. Se mejoran los circuitos asistenciales. Otra investigación que se llevó a cabo durante un mes, por Muñoz y col. (2008), con una muestra de 2700, reiteró el mismo resultado, una mejora en los tiempos de espera y en la pauta de tratamiento precoz, ya que a un 70% de pacientes se les realizaron pruebas complementarias, y a un 30% se les pauta medicación tras el triaje. Se valoró como eficaz, el triaje multidisciplinar.⁽³²⁾

En Reino Unido, Terris (2004) llevó a cabo un trabajo durante los años 2001 y 2002. Se creó un equipo de impacto, compuesto por un médico y una enfermera de nivel F o G (que son los máximos niveles de enfermería asistencial, reconocidos en Reino Unido).

La muestra fue de 378 pacientes. El 48,9% fueron dados de alta inmediatamente tras la asistencia y tratamiento por el equipo de IMPACTO. Se disminuyeron los tiempos de espera al máximo, ya que este equipo era operativo y rápidamente se asistía y se trataba a los pacientes, el objetivo era “ver y tratar”, por ello el propio servicio de Urgencias implantó este tipo de asistencia tras realizar este estudio.

Subash (2004) obtuvo los mismos resultados, el equipo de triaje, enfermera y médico. Para ver al médico en consulta los tiempos se redujeron de 32 minutos a 2 minutos. Por ejemplo, para realizar una radiografía inicialmente de 44 minutos, posteriormente al estudio se redujo a 11 minutos y medio. Se disminuyen los tiempos de espera en la realización de pruebas y asistencia posterior, lo que mejora la eficiencia.⁽³³⁾

4.6.1. Perfil del enfermero experto

En los trabajos realizados por diversos autores, hemos de destacar dos aspectos, por una parte, la importancia de la formación y experiencia, y por otra, las características que debe cumplir un profesional de enfermería para realizar el proceso de triaje hospitalario, ya que conlleva una alta responsabilidad en el desempeño profesional de cara a la atención prestada a los pacientes.⁽³⁴⁾

En base a todo lo anterior las características que debe cumplir un enfermero de Triage, son las siguientes:

1. Saber realizar una entrevista clínica.

2. Capacidad para identificar y establecer la prioridad de los signos y síntomas que presenta el paciente.
3. Conocimientos básicos actualizados sobre diferentes patologías y síntomas asociados. Todo ello enfocado a establecer la agudeza del proceso, nunca el Juicio clínico médico.
4. Experiencia en el Servicio de Urgencias superior a 12 meses, y aprendizaje en el área del Triage durante 3 meses (Rojas Ocaña 2000).
5. Conocer bien el funcionamiento del servicio y de las áreas asistenciales para ubicar al paciente en el lugar adecuado.
6. Experiencia profesional formativa en el área de triaje superior a 3 meses.

4.6.2. Valoración de los Sistemas de Triage

Los conceptos fundamentales, para poder llevar a cabo una buena evaluación de estas herramientas, son los siguientes: Validez, fiabilidad y exactitud. :⁽³⁴⁾

1. Fiabilidad:

- Habilidad de un sistema para cumplir la función requerida independientemente de quien la aplique.
- Es recomendable que la comparativa se realice con personas que cuentan con un perfil similar en el uso del instrumento.
 - a. Es posible estimarla de dos maneras:
 - a. Inter observador: Diferentes profesionales valoran los mismos casos, situaciones clínicas o pacientes reales, en el contexto del proceso de triaje, tomando una decisión de clasificación de forma autónoma. Sólo puede ser retrospectivo en los casos clínicos.
 - b. Intra observador: El mismo sanitario triará al mismo individuo, o el mismo escenario, en dos momentos diferentes. Tipo prospectivo. No se ha encontrado bibliografía de investigaciones de este tipo con usuarios reales.

2. Validez:

- a. Medida en que los instrumentos miden lo que tienen por objeto medir.
- b. Puede determinarse a través de la sensibilidad y la especificidad. La sensibilidad, en este caso, sería la proporción de verdaderos positivos, es decir, pacientes cuyo nivel de triaje asignado es el que les corresponde. La especificidad o proporción de verdaderos negativos, la probabilidad de que aquellos a los que no se les asignan un nivel de prioridad, realmente no pertenecen a dicho nivel.
- c. Para ello es necesario definir un Gold Standard que verifique el resultado, es decir, una regla de oro que determine si la prioridad asignada al paciente es la adecuada.
- d. Valor Predictivo Positivo (PPP): proporción de individuos con resultado “positivo” que verdaderamente tienen la enfermedad.⁽³⁵⁾
- e. Valor Predictivo Negativo (PPN): proporción de individuos con resultado “negativo” que verdaderamente no tienen la enfermedad.

3. Exactitud/ Nivel de acuerdo:

- a. Capacidad de un instrumento de realizar una medición cercana al valor real.
- b. En los sistemas de triaje se mide en base al infratriaje o supratriage de los profesionales, con respecto a un grupo de expertos en la materia.
- c. Algunos autores como Van der Wulp (2008), Roukema (2006) valoran la exactitud como un indicador de validez.

4.6.4. HABILIDADES DE ENFERMERA DE TRIAJE ⁽³⁵⁾

4.6.4.1. Empatía

La identificación de las habilidades que una enfermera de triaje ponía en práctica para tomar decisiones, cuando realizaba el triaje en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. El método de recogida de datos para este estudio fue la observación y las entrevistas en profundidad a las enfermeras participantes,

tras la realización del triaje, la empatía se utiliza como un atributo relevante para el desempeño de esta actividad, indicándose que, aunque la priorización debería establecerse en base a las necesidades clínicas del paciente de una forma objetiva, a veces, el personal enfermero por la “educación humanista” que han recibido, enfatizaban demasiado con el paciente, dejándose influenciar por ciertos factores, como pueden ser los valores que tuviera la enfermera o la situación personal que manifestaba por el paciente, a la hora de tomar la decisión de triaje.

4.6.4.2. Capacidad de valoración

La capacidad de valoración es la toma de decisiones en los Servicios de Urgencias. En ella se hacía referencia a la capacidad de valoración como una característica que debían tener todas las enfermeras que realizaban el triaje. Era una cualidad fundamental, ya que en base a esa valoración el personal enfermero tomaba una decisión y daba un nivel de priorización al paciente.

La capacidad de valoración llevaba a la enfermera de triaje a tener una visión integral del paciente y priorizar su atención. Además, indicaba que, entre otras, una de las cualidades que la enfermera de triaje debía tener eran “*habilidades de comunicación*”. Esta característica era de vital importancia cuando el paciente acudía al Servicio de Urgencias y se le realizaba una entrevista inicial, que sería lo que permitiría clasificarle en un nivel u otro de gravedad. El poseer habilidades para la comunicación podía ayudar a que el paciente disminuyera su nivel de ansiedad, puesto que se sentía comprendido por la persona a la que estaba explicando sus problemas de salud y, a su vez, éste entendía lo que la enfermera le estaba diciendo, facilitándose la relación enfermera-paciente. :(31)

4.6.4.3. Pensamiento crítico

Los factores que incrementaban la precisión y fiabilidad inter - evaluadores del ESI (Emergency Severity Index) en enfermeras que realizaban el triaje en los Servicios de Urgencias, apuntaba que el pensamiento crítico tiene una notable importancia en el proceso de valoración que se desarrollaba durante el triaje. Afirmaba que no sólo bastaba con tener una serie de conocimientos, sino que también era necesario, para el personal de enfermería que realiza el triaje, utilizar habilidades del pensamiento crítico para clasificar a los pacientes.

De esta forma, la enfermera podía realizar una mejor valoración de la situación y hacer juicios sobre la misma basados en hechos, consiguiendo que la decisión sea más exacta y relevante. El autor afirmaba que este pensamiento crítico se desarrollaba, a su vez, con la experiencia, ya que ésta permitía relacionar situaciones pasadas y presentes. Cada enfermera utiliza una serie de estrategias de pensamiento, durante el proceso de clasificación, y que la información obtenida a lo largo de la valoración era contrastada de varias maneras hasta llegar a una decisión final. Los resultados de su estudio mostraron que, aunque cada una de ellas utilizaba diferentes estrategias de pensamiento, la precisión final que tenían en las decisiones de triaje era similar.⁽³⁶⁾

4.6.4.4. Conocimientos clínicos

El conocimiento clínico que la enfermera de triaje poseía como un aspecto de gran importancia a la hora de priorizar. En este estudio se indicaba que el no poseer conocimientos sobre algunas patologías, podía provocar que el profesional diera mayor prioridad a un paciente que a otro, por el simple hecho de desconocer la evolución y complicaciones que podía presentar ese problema de salud, lo cual suponía que la priorización realizada no fuera correcta. (37)

El conocimiento clínico y la experiencia en la precisión de las decisiones de triaje. Señalaban que, si bien la experiencia podía jugar un papel importante en la precisión de las decisiones de triaje, los conocimientos de la enfermera de triaje eran distinguidos como requisito importante porque influían directamente en la calidad y rapidez de las decisiones clínicas.

4.6.4.5. Manejo de las herramientas de triaje

Las herramientas de triaje son descriptivo de carácter cuantitativo, pretendían evaluar la diferencia existente entre usar un método estandarizado y no usarlo, en cuanto a la calidad que tenían, finalmente, las decisiones de triaje, para identificar a los pacientes que presentaban o estaban en riesgo de presentar una enfermedad potencialmente mortal; para aumentar la seguridad del paciente y aumentar el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de la atención prestada, sin un protocolo estandarizado las decisiones se basarían únicamente en las competencias individuales de cada enfermera, exponiendo la precisión de las decisiones a la subjetividad de cada profesional. Introdujeron la idea de que el hecho de que la clasificación de un paciente sea complicada, puede hacer que los profesionales de enfermería precisen de conocimientos específicos y habilidades especiales para poder llevar a cabo esta actividad. ⁽³⁶⁾

Las herramientas estandarizadas para llevar a cabo esta actividad, la agudeza de las decisiones siempre estaba influenciada por la base de conocimientos del personal de enfermería, su pensamiento crítico, la intuición y el comportamiento y forma de expresarse que presentaba el paciente. Sostenían, no obstante, que para garantizar que la variación en la toma de decisiones fuera mínima, era preciso usar como herramienta de triaje protocolos estandarizados. ⁽³⁴⁾

4.6.4.6. Autocontrol emocional

El autocontrol emocional es fundamental en un ámbito como la urgencia, caracterizado por su elevada carga de trabajo. Ésta, a su vez, incrementa el estrés de los profesionales. Los profesionales manifestaron que, precisamente, ese estrés hacía que la priorización fuera más costosa, máxime si se añadía que las decisiones debían tomarse en un breve lapso de tiempo. Ante esta situación, los profesionales de enfermería se preguntaban si estaban o no realizando de forma correcta la priorización. Eran precisamente las dudas en torno a la calidad de su actuación una de las principales fuentes de estrés, más inclusive que la carga de trabajo en sí misma. Para evitar que este estado emocional influyera negativamente en la realización del triaje, era importante que la enfermera que realizaba esta actividad dispusiera del autocontrol necesario. ⁽³⁴⁾

4.6.4.7. Experiencia

La experiencia como una característica importante para todo el equipo, ya que las enfermeras menos experimentadas manifiestan la falta de experiencia en el servicio, reconocían, además, pedir ayuda a las enfermeras con más experiencia en numerosas ocasiones cuando dudaban sobre una decisión de triaje. ⁽³⁷⁾

La experiencia y establecía algunas diferencias que aparecían a la hora de realizar la valoración entre las enfermeras expertas y noveles. Las primeras llevaban a cabo el proceso de triaje de forma mucho más rápida que las segundas, puesto que éstas decisiones (en las que también influyen la intuición y el pensamiento crítico) las tomaban de forma espontánea, mientras que las enfermeras con menos años de experiencia tenían que llevar a cabo procesos cognitivos racionales que las permitiera “*hacer memoria*” y relacionar la situación actual con situaciones anteriores o conocimientos que ellas tuvieran.

4.6.4.7. Intuición

la intuición toma partido en la clasificación de los pacientes, puesto que afirma que nada más la enfermera veía al paciente se hacía una idea de su situación clínica, siendo esta primera valoración de carácter fundamentalmente intuitivo, centrada en las manifestaciones visibles o el nivel de angustia que mostrara el paciente, la intuición fue señalada como uno de los atributos de importancia para la enfermera de triaje, específicamente a la hora de realizar la priorización de un paciente cuyos signos y síntomas no eran claros, no eran parámetros visibles o eran anormales. En estos casos, era la intuición lo que llevaría al personal de enfermería a asignarle un nivel de gravedad u otro, dependiendo así, el tiempo que iba a esperar este paciente para ser atendido. ⁽³⁸⁾

La intuición es algo que se va adquiriendo con el tiempo. También hacían referencia a este término como “*corazonada*” o “*sexto sentido*”, se señala que ésta se encuentra presente en la práctica habitual de las enfermeras de urgencias. Con la intuición se activaban, de forma espontánea, razonamientos subjetivos acerca del estado de salud del paciente.

4.6.4.8. Confianza

La confianza, concretamente hablaban de la confianza en uno mismo. La realización del triaje es una labor arriesgada, puesto que la vida del paciente en muchas ocasiones depende de esta decisión. Una enfermera de triaje debería tener la suficiente confianza en sí misma para estar segura de que la decisión de clasificación que ha tomado es correcta y realizar las actividades correspondientes en base a esa decisión con seguridad. También señalaban que altos niveles de conocimientos y de experiencia reforzaban considerablemente esta característica. Estos autores apuntaban, además, que cuando el profesional de triaje no estaba seguro de la decisión que había tomado, debería preguntar y cambiar de prioridad si es necesario, aquí es donde jugaba un papel importante la confianza en los compañeros. ⁽³⁸⁾

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Servicio de Emergencias del Hospital Obrero N° 1 suele estar sobresaturado por enfermos con patologías no urgentes, lo cual es una realidad creciente, muchos de ellos presentan problemas que se podrían haber solucionado en policlínicos.

Este aumento en la demanda de atención médica en el Servicio de Emergencias ha planteado la necesidad de diseñar estrategias para atenderla oportunamente, tradicionalmente, los Servicios de Emergencias en todo el mundo, han tenido que atender a dos tipos de poblaciones bien definidas; en primer lugar, aquellas poblaciones que requieren atención inmediata por situaciones que ponen en peligro su vida y en segundo lugar, aquellos que ven la atención de especialidad en los servicios, como su mejor alternativa, aunque sus motivos de consulta sean de atención primaria de Policlínicos, esto refleja los problemas de adecuación en la utilización de dichos servicios y las deficiencias en la coordinación entre estas.

El triaje en el mundo de la urgencia, claramente se ha identificado como un proceso de clasificación de los pacientes por el centro coordinador de urgencia y emergencia o por un equipo de atención. Este triaje, debe basarse en la valoración de los pacientes en el área de emergencia y deben formar parte de todo centro neurálgico en la organización de estos servicios, con la finalidad de identificar a los pacientes en condiciones graves y así poder garantizarles una atención urgente, según el nivel más adecuado que resuelva su demanda.

La admisión de los pacientes estaba a cargo de la Secretaria de emergencias, quien, al no contar con conocimientos sobre patologías clínicas para realizar dicha tarea, realizaba la labor de manera deficiente, por lo que se vio la necesidad de buscar estrategias para mejorar la admisión del paciente, por los

consiguiente se implementó el triaje sistema Manchester, para realizar su admisión y selección de pacientes.

Actualmente, el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero N° 1, ya cuenta con el área de triaje, bajo la responsabilidad de las Licenciadas en Enfermería, las 24 horas, los 7 días de la semana, contando con recursos humanos destinados y recursos físicos, además de un equipo multidisciplinario de diferentes áreas, la implementación fue compleja, debido a que se trataba de un nuevo modelo de atención en el servicio de emergencias, por lo que incluso, existió en un principio hasta el rechazo de los médicos especialistas.

Los pacientes deben ser atendidos inmediatamente siempre y cuando requiera y los otros pueden esperar porque estos no represente ningún riesgo para su vida, para lo cual requiere conocimiento y experiencia sobre Triage Sistema Manchester para la admisión del paciente realizada por las Enfermeras Profesionales que son un pilar fundamental en el Área de Triage para la selección y clasificación de los pacientes que acuden a esta área, sus conocimientos deben cumplir un perfil profesional específico donde se engloben cualidades determinadas como empatía, paciencia, experiencia, juicio clínico y capacidad de resolución de problemas que le permita al final realizar un Triage de calidad, mediante la actualización sobre triaje Manchester puesto que a las enfermeras profesionales que trabajan en servicio de emergencias se las denomina enfermeras RAC lo cual significa recepción, acogida y clasifica realizando estas tres funciones en favor de los pacientes que serán admitidos por triaje.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre Triage Sistema Manchester en las Enfermeras Profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero N° 1, en el tercer trimestre, de la gestión 2018?

VII. HIPÓTESIS

La hipótesis no se formula en la investigación cualitativa.

VIII. OBJETIVOS

8.1. Objetivo general:

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre Triage Sistema Manchester en las Enfermeras Profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencias del Hospital Obrero N° 1, en el tercer trimestre de la gestión 2018.

8.2. Objetivos específicos:

1. Describir los datos demográficos de las Enfermeras profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencias.
2. Identificar el nivel conocimiento que tienen sobre Triage Sistema Manchester las Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de Emergencias.
3. Implementar una guía de admisión de los pacientes según sintomatología del Triage Sistema Manchester que tiene 39 Ítems para evaluar al paciente.

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1. Área de estudio

- La investigación se realizó en el Hospital Obrero N° 1, ubicado en zona de Miraflores calle Pasos kanqui, C.N.S. Regional La Paz.

9.2. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo porque describe la realidad sobre el nivel de conocimiento que tiene la enfermera profesional que trabaja en el servicio de emergencias, considerando la edad, sexo, grado académico, tiempo de trabajo en emergencia, área de trabajo, cursos asistidos en relación a Triage Sistema Manchester, asimismo fue fundamentado bajo el enfoque cuali-cuantitativo, porque los datos obtenidos de los variables son expuestos a través de estadísticos.

Por otro lado pensando en el tiempo en que se recolecto la información es de corte transversal, porque se evaluó en un momento dado y se estudió simultáneamente las variables sobre el nivel de conocimiento de Triage Sistema Manchester en las enfermeras profesionales que trabajan en servicio de emergencias del Hospital Obrero N°1.

9.3. Universo y muestra

- **Universo de estudio:**
Está conformado por todas/os las Enfermeras profesionales que trabajan en el Hospital Obrero N° 1 de diferentes turnos.
- **Muestra:**
Está conformado por 24 enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencias y triaje que es el 100% de la población de estudio. Se aplicó una muestra no probable o dirigida es decir, que la

elección de los sujetos no dependió de la probabilidad, si no de las características de la investigación.

9.4. Criterio de inclusión y exclusión

a. Criterio de inclusión

- Enfermeras profesionales que trabajan en Servicio de Emergencias y triaje en diferentes turnos.
- Enfermeras Profesionales que estén de acuerdo en participar en el estudio.

b. Criterio de exclusión

- Enfermeras Profesionales que no deseen participar en la investigación.
- Enfermeras profesionales de otros servicios.
- Enfermeras profesionales que se encuentran de vacación

9.5. Listado de variables

a. Datos demográficos de la enfermera profesional.

- Edad
- Sexo
- Grado académico alcanzado
- Años de experiencia laboral en servicio de emergencia
- Experiencia laboral en triaje
- Asistencia a cursos

b. Conocimiento sobre la aplicación del triaje.

- Sabe la definición correcta del triaje
- Existe en el Servicio de Emergencia el triaje sistema de Manchester,
- Sabe en qué consiste el Sistema Manchester
- Si su respuesta es afirmativa aplica los 4 niveles de atención
- Usted puede determinar los 4 niveles de atención

- Mencione los colores identificativos en orden según el Sistema Manchester
- Sabe cuáles son las funciones de la Enfermera de Triage
- Determina la patología de base según sintomatología.
- Explica los pasos para recibir una atención
- Realiza el reetriage durante la espera de los pacientes
- Existe protocolo o manual de manejo de pacientes críticos.
- Utilizas implementos de bioseguridad durante la admisión de pacientes especialmente en código rojo.
- Alguna vez has sentido estrés laboral en el área de Triage?
- A qué tipo de exposición laboral está expuesta
- Te gustaría recibir mayor información sobre Triage Manchester y sus competencias de actuación
- Escuchaste sobre los 52 Ítems que plantea el sistema Manchester

9.6. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala	Indicadores
Edad	Cuantitativa continua	Características de la edad de la encuestada	*20 a 30 años *30 a 40 años *40 a 50 años *Más de 50 años	*Frecuencia Porcentual
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Características del sexo	*Masculino *Femenino	*Frecuencia Porcentual
Grado académico	Cualitativa politómica	Educación superior alcanzado postgrado	* Licenciada * Con diplomado * Especialidad * Maestría	*Frecuencia Porcentual
Tiempo de trabajo en Emergencia	Cuantitativa continua	Tiempo laboral en la institución	*Menos de 1 año *1 a 3 años *3 a 5 años *Más de 5 años	*Frecuencia Porcentual

Experiencia de trabajo en triaje	Cuantitativa continua	Tiempo laboral en el Servicio de Emergencia	*Menos de 1 año *1 a 2 años *2 a 3 años *Más de 3 años	*Frecuencia Porcentual
Asistencia a cursos	Cualitativa discreta	Cursos realizados de autoformación	*Si *No *Alguna vez *Me gustaría	*Frecuencia Porcentual
DATOS		COGNITIVOS		
Definición de Triaje	Cualitativa politómica	Definición correcta durante la admisión del paciente	*Correcto *Incorrecto *Todas *Ninguna	* Frecuencia Porcentual
Aplicación del sistema de Manchester	Cualitativa politómica	El sistema Manchester tiene diferentes funciones de actuación	*Si aplica *No aplica *No tiene idea *Nunca escuche eso	* Frecuencia Porcentual
Sabe en qué consiste el sistema de Manchester	Cualitativa politómica	Consiste en realizar los 4 niveles de atención y aplicación	*Si sabe *No sabe *Tengo idea *Nunca escuche	* Frecuencia Porcentual
Determinación de los 4 niveles de atención	Cualitativa politómica	Consiste en determinar los 4 de atención según sintomatología	*Si *No *alguna vez *Siempre aplico	* Frecuencia Porcentual
Aplicación de los 4 niveles de atención	Cualitativa politómica	Son niveles de atención según la gravedad y riesgo vital que presente	*Si aplica *No aplica *Alguna vez aplica *Siempre aplica	* Frecuencia Porcentual
Colores según del sistema Manchester	Cualitativa politómica	El identificador del sistema Manchester tiene 5 colores de clasificación.	*Incorrecto *Correcto *Todos *Ninguno	* Frecuencia Porcentual
Funciones de la enfermera de Triaje	Cualitativa politómica	Las funciones de la Enfermera de Triaje son 3 funciones específicas RAC	*Incorrecto *Correcto *Otros *Ninguno	* Frecuencia Porcentual
Determina su patología según Sintomatología	Cualitativa politómica	Está basado en signos y síntomas que el paciente refiere para ser atendido.	* Si * No * Alguna vez * Creo tener experiencia	* Frecuencia Porcentual

Explicación sobre los pasos	Cualitativa politómica	La información y explicación es fundamental para poder disipar dudas al paciente	* Si explico * No explico * Alguna vez explico * Siempre expli	* Frecuencia Porcentual
Realiza el Reetriage durante la espera	Cualitativa politómica	Se realiza durante la espera para ser atendido, se debe volver a evaluar	*Si realizo *No realizo *Alguna vez realizo *Siempre realizo	* Frecuencia Porcentual
Existe protocolo de manejo de paciente critico	Cualitativa politómica	El protocolo es una guía de atención en la cual cumple ciertos pasos en forma ordenada	*Si existe *No existe *Creo que no existe *Nunca lo vi	* Frecuencia Porcentual
Utiliza la bioseguridad en especial en código Rojo	Cualitativa politómica	La bioseguridad es una barrera muy importante para el personal de enfermería durante la admisión.	*Alguna vez lo utilizo *Nunca utilizo *Siempre utilizo *Casi siempre	* Frecuencia Porcentual
Alguna vez has sentido estrés laboral en triaje	Cualitativa politómica	Es estrés laboral son situación que se desencadenan durante la jornada laboral	*Siempre *Casi siempre *Alguna vez *Nunca	* Frecuencia Porcentual
Con frecuencia a qué tipo de estrés está sometido	Cualitativa politómica	Son a diferentes tipos de exposición que estamos expuestos	*Amenazas *Insultos *Otros *Golpes físicos	* Frecuencia Porcentual
Te gustaría recibir información sobre triaje	Cualitativa politómica	La autoformación es muy importante para una nueva inserción laboral del puesto	*No tengo tiempo *Escuche algo *Si me gusta *Tal vez	* Frecuencia Porcentual
Escuchaste sobre los 52 ítems del Sistema Manchester	Cualitativa politómica	Ítems designadas para la atención del paciente como una norma en el sistema de Manchester	*Si conozco *No tengo idea *Estoy bien así *No sé nada	* Frecuencia Porcentual

9.7. Técnicas y procedimientos

- **De obtención de la información:** La información se recolectó mediante un cuestionario que se aplicó a las enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencias y triaje del Hospital Obrero N° 1, lo cual fue de carácter confidencial y anónimo (ver anexo 3)
- **De procedimiento y análisis estadístico:** Una vez recolectada la información, los datos se organizaron para el análisis estadístico del programa de SPSS versión 13, que se realizó por método de frecuencia porcentual y la elaboración de análisis e interpretación de los resultados.
- **De discusión y síntesis:** una vez organizados y obtenidos los resultados se procedió a elaborar tablas estadísticas y gráficos con sus respectivas interpretaciones.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La solicitud de autorización es una diligencia cuidadosa en forma verbal o escrita, o un pedido a la autoridad superior al que usted se dirige, haciendo referencia a pedir algo que es de nuestro interés, debe ser con precisión y de manera formal, cuál es el motivo de su solicitud y bien detallado. Solicitud de permiso a la institución (ver anexo 4)

El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. Consentimiento informado (ver anexo 5)

XI. RESULTADOS

CUESTIONARIO PARA ENFERMERAS PROFESIONALES

TÍTULO:

CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE EN ENFERMERAS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EMERGENCIAS DEL HOSPITAL OBRERO Nº 1, EN EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTIÓN 2018

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

TABLA Nº 1

Edad de los encuestados

Opción		Frecuencia	Porcentaje
Válido	a) De 20 a 30 años	12	50,0 %
	b) De 30 a 40 años	6	25,0 %
	c) De 40 a 50 años	4	16,7 %
	d) Más de 50 años	2	8.3 %
	Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestados, el 50% está entre las edades de 20 a 30 años, y con el 25% está entre las edades de 30 a 40 años, por ultimo con el 16,3% está entre las edades de 40 a 50 años.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la más de mitad de las enfermeras profesionales está entre las edades más jóvenes y con falta de experiencia laboral, un cuarto por ciento está entre las edades más adecuadas con responsabilidad laboral y profesional.

TABLA Nº 2

Genero de sexo

	Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido	a) Femenino	21	87,5 %
	b) Masculino	3	12,5 %
	Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestadas, indica con el 87,5%, corresponde al sexo femenino, con el 12,5% es de sexo masculino.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la más de mitad de las enfermeras profesionales que trabajan son del sexo femenino.

TABLA N° 3

Grado académico alcanzado como profesional

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Solo Licenciada	14	58,3 %
b) Con Diplomado en Urg. Medicas	2	8,3 %
c) Con Especialidad	6	25.0 %
d) Con Maestría	2	8.3 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestadas, el 58,3% corresponde a Enfermeras Profesionales sin ningún estudio de postgrado, el 25% menciona que si cuentan con Especialidad, y por ultimo con el 8,3% indico que si cuenta con Diplomado en Urgencia y Emergencia Médica y Maestría.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la mitad de las enfermeras profesionales no cuentan con ningún estudio de Posgrado, una parte si tiene Especialidad y Diplomados, lo cual hace posible que se servicio de emergencias brinde una atención de enfermería con calidad y eficacias a los pacientes que acuden en busca de atención médica.

TABLA N° 4**Tiempo de trabajo en el Servicio de Emergencias**

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Menos de 1 años	7	29,2 %
b) De 1 a 3 años	9	37,5 %
c) De 3 a 5 años	5	20,8 %
d) Más de 5 años	3	12,5 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestadas, respondieron con el 37,5% que trabajan entre 1 a 3 años en el servicio de emergencias, el 29,2% menciona que tienen trabajando menos de un año, por último con el 20,8% indicó que tiene trabajando entre 3 a 5 años en el Área de Emergencia, con el 12,5% trabaja más de 5 años en el Servicio de Emergencia.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidenció que trabajan entre uno a tres años en el servicio de emergencia una mayoría, y un corto tiempo en el área de emergencias menos de un año, y una parte mínima menciona que trabajan más de cinco años en el área de emergencias.

TABLA N° 5

Tiempo de trabajo en el Área de Triage

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Menos de 1 año	16	66,7 %
b) De 1 a 2 años	5	20,8 %
c) De 2 a 3 años	3	12,5 %
d) Más de 3 años	0	0 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestadas, 66,7% indica que viene trabajando menos de un año en forma rotativa en el Área de Triage, el 20% trabaja en el área de triaje en forma rotativa es de 1 a 2 años, por ultimo con el 12,5% trabaja en forma rotativa de 2 a 3 años.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que las enfermeras profesionales que trabajan en el área de Triage tienen un tiempo corto trabajando en esa área que es menos de un año en su mayoría y en forma rotativa, de la misma forma son muy pocas las enfermeras profesionales trabajan más de uno a dos años.

TABLA N° 6

Asistencia a cursos, talleres o Jornadas al respecto de que es el Triage

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) No asiste	19	79,2 %
b) Me gustaría	5	20,8 %
c) Alguna vez	0	0 %
d) Si asistí	0	0 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestadas, el 79,2% indicaron que no asistieron a ningún curso en relación al triaje, el 20,8% indica que si le gustaría asistir a algún curso con relación a triaje pero por factor de tiempo no lo realizan.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que la más de la mitad de las enfermeras profesionales que trabajan en servicio de emergencias no asistió a ningún curso, taller o jornada en relación a triaje, de la misma forma indica un porcentaje mínimo que si le gustaría asistir a algún curso sobre triaje sistema Manchester.

II. DATOS COGNITIVOS DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

TABLA N° 7

Definición correcta sobre el Triage sistema Manchester

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Correcta	13	54,2 %
b) Incorrecto	5	20,8 %
c) Todas	3	12,5 %
d) Ninguna	3	12,5 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestadas a las enfermeras profesionales, el 54,2% de los cuales respondieron en forma correcta la definición de Triage sistema Manchester, con el 20,8% respondieron en forma incorrecta, con el 12,5 % marcaron en forma incorrecta todos y ninguno, lo cual era respuesta incorrecta, lo que llama la atención que no conocen de manera correcta que es el triaje.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la mitad de las Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de Emergencia y Triage respondieron en forma correcta el significado de la definición de triaje, y el resto de las enfermeras profesionales no tiene ni la idea sobre el significado de la definición de triaje en forma correcta.

TABLA N° 8

El Triage que existe en el servicio de Emergencias aplica el Sistema Manchester para su admisión de los pacientes

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Si aplica	12	50,0 %
b) No aplica	6	25,0 %
c) No tengo Idea	3	12,5 %
d) Nunca escuche eso	3	12,5 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados a las enfermeras profesionales que trabajan en servicio de emergencia y triaje, respondió el 50% que si se aplica el sistema de Manchester para la admisión de paciente en el área de triaje, y con el resto del 50% indican que no se aplican, no tienen ni la idea en que consiste, y otros indicaron que nunca escucharon sobre triaje sistema de Manchester.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la mitad de las enfermeras profesionales que trabajan en servicio de emergencias y triaje si aplican el sistema de Manchester para admisión de pacientes, y el resto indican que no saben nada al respecto.

TABLA N° 9

Y sabes en que consiste el Sistema Manchester

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Si sabe	12	50,0 %
b) No sabe	6	25,0 %
c) No tengo idea	3	12,5 %
d) Nunca escuche	3	12,5 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados a las enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencias, el 50% indico que si saben en qué consiste el Sistema de Manchester para la admisión del paciente, y con el resto del 50% indicaron que no saben en qué consiste el Sistema de Manchester para admisión del paciente.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la mitad de las enfermeras profesionales si se saben en qué consiste el sistema de Manchester para la admisión de un paciente, y el resto indican que no saben nada ni tiene la idea.

TABLA Nº 10

Si su respuesta es afirmativa aplica los 4 niveles de atención según Sistema Manchester

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Si aplico	12	50,0 %
b) No aplico	8	33,3 %
c) Alguna vez aplico	3	12,5 %
d) Siempre de aplica	1	4,2 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestadas a las enfermeras profesionales, el 50% indicaron que si aplican los 4 niveles de atención al paciente según el sistema Manchester, y con el 33,3% indicaron que no aplican los 4 niveles de atención según el sistema de Manchester y el 12.5% indicaron que alguna vez aplicaron los 4 niveles de atención según el Sistema de Manchester.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que la mitad de las enfermeras profesionales respondieron que si aplican los cuatro niveles de atención según el sistema de Manchester, y una cuarta parte indica que no aplica por falta de conocimiento e instrucción.

TABLA Nº 11

Determinación de los 4 niveles de atención según Sistema Manchester.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Respuesta correcta	4	16,7 %
b) Respuesta incorrecta	6	25,0 %
c) No respondió	10	41,7 %
d) Estoy dudosa	4	16,7 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados a las enfermeras profesionales, con el 41,7% no respondieron nada sobre la definición correcta de los 4 niveles de atención, y con el 25% respondieron en forma incorrecta, y solo con el 16,7% respondieron en forma correcta sobre la aplicación de los 4 niveles de atención según sistema Manchester.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que una cuarta parte de la Enfermeras Profesionales que trabajan en Servicio de Emergencia y Triage si aplicaron los cuatro niveles de atención según sistema Manchester y el resto no respondieron nada o no tienen la idea de que se trata.

TABLA Nº 12

Colores identificativos en orden según Sistema Manchester para realizar la admisión de pacientes en Triage

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Incorrecto	3	12,5 %
b) Correcta	15	62,5 %
c) Otros	5	20,8 %
d) Ninguno	1	4,2 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 62.5% respondieron en forma correcta sobre el orden de los colores para la admisión y designación de los pacientes para recibir la atención médica requerida, y con el resto de 37,5% respondieron en forma incorrecta y no saben nada, de la misma forma llama la atención de que no conozcan el significado de los colores para la admisión de pacientes en triaje.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que más de la mitad si saben los significados de los colores para la admisión y tiempo de espera de los pacientes por Triage, y el resto no respondieron o no tienen la idea de que se trata.

TABLA Nº 13

Funciones de la enfermera de Triage

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Incorrecto	5	20,8 %
b) Otros	7	29,2 %
c) Correcta	11	45,8 %
d) Ninguno	1	4,2 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: encuesta realizada del 30 de agosto al 6 de septiembre 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las encuestadas, respondieron con el 45,8% en forma correcta sobre las funciones de la Enfermera Profesional en el Área de Triage, y con el resto de 54,2% respondieron en forma incorrecta.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que casi la mitad de las enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencias y triaje si sabe las funciones a realizar en esta área, y el resto de la mitad de la Enfermera Profesional en el área de Triage no sabe sus funciones.

TABLA N° 14

Determinación de la patología de base según la sintomatología que el paciente le refiere para su designación a la especialidad requerida.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Si	13	54,2 %
b) No	4	16,7 %
c) Alguna vez lo acierto	3	12,5 %
d) Creo tener experiencia	4	16,7 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, con el 54,2% respondieron que si determinan según sintomatología referida por parte del paciente para designar a una especialidad requerida para su admisión y atención médica, con el 16,7% respondieron que creen tener experiencia según sintomatología para su admisión y atención, con el 16,7% no respondió nada.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que más de la mitad de la Enfermeras Profesionales que trabajan en servicio de emergencia y triaje si se basan en la sintomatología referida para la admisión y atención del paciente que acude al área de Triaje en busca de atención Médica.

TABLA Nº 15

Explicación a todos los pacientes los pasos a realizarse para recibir una atención médica

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Si explico	10	41,7 %
b) No explico	5	20,8 %
c) Alguna vez explico	2	8,3 %
d) Siempre explico y disipo dudas	7	29,2 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 41,7% respondieron que si explican a todos los pacientes los pasos a realizar para recibir una atención médica adecuada y oportuna, y el 29,2% respondieron que si explican y disipan las dudas del paciente y sus familiares al momento de su admisión que tiene los pacientes, por ultimo con el 20,8%respondio que no explica nada ni disipan sus dudas en relación a las preguntas que le realizan.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que la mas de la mitad de la enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencia y triaje si explican y disipan las dudas que tiene el paciente y los familiares para ser atendidos por el especialista designado, poder recibir una atención médica adecuada con calidad y calidez.

TABLA Nº 16

Realización del reetriage durante la espera de los pacientes que fueron admitidos para ser atendidos

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Si realizo	7	29,2 %
b) No realizo	5	20,8 %
c) Alguna vez lo realizo	3	12,5 %
d) Siempre realizo	9	37,5 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de las enfermeras profesionales encuestadas, el 37,5% indican que siempre realizan el reetriage a los pacientes que fueron admitidos y están en sala de espera, y el 16,7% respondieron que si realizan el reetriage, y con el 33,3% no respondió que no realizan o alguna vez.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que la mitad de la Enfermeras Profesionales que trabajan en el área de Triage indican que si realizan el reetriage en la sala de espera, porque así se puede prevenir los posibles riesgos vitales que no se identificaron al momento de la admisión, mientras tanto el resto no realiza y no responde nada en relación al reetriage.

TABLA N° 17

Existe en el área de Triage guía de admisión de pacientes según sistema Manchester para su atención y recepción de los pacientes

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Si existe	1	4,2 %
b) No existe	19	79,2 %
c) Creo que no existe	3	12,4 %
d) Nunca lo vi	1	4,2 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, respondieron con el 79,2% indicando que no existe ningún protocolo o Manual de atención en el área de Triage según sistema Manchester, el 16,7% respondieron que no existe y no lo vieron ningún protocolo o manual en el área de Triage para la admisión del paciente, y solo el 4,2% indica que si existe.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se logró evidenciar que más de la mitad de la Enfermeras Profesionales que trabajan en el área de Triage respondieron que no existe nada de protocolo o manual de atención y admisión de los pacientes.

TABLA N° 18

Utilización del implemento de bioseguridad durante la admisión de paciente en Triage especialmente en código rojo? Barbijo, turbante, mascara, bata.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Alguna vez lo utilizo	1	4,2 %
b) Nunca utilice	23	95,8 %
c) Siempre utilizo	0	0 %
d) Casi siempre	0	0 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 95,8% respondieron que no utilizan implementos de bioseguridad durante la admisión del paciente en especial en código rojo, y el 4,2% respondieron que si utilizaron algunas veces el implemento de bioseguridad durante la admisión y atención en código rojo.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que casi en su totalidad de las Enfermeras Profesionales que trabajan en el área de Triage no utilizan implementos de bioseguridad durante la admisión de paciente, lo cual puede ser un problema mayor en riesgo laboral.

TABLA N° 19

Algunas veces has sentido estrés laboral en el área de triaje durante la jornada de trabajo

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Siempre	10	41,7%
b) Casi siempre	5	20,8%
c) Alguna vez	7	29,2%
d) Nunca	2	8,3%
Total	24	100,0%

FUENTE PROPIA: encuesta realizada del 30 de agosto al 6 de septiembre 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 41,7% respondieron que siempre han sentido estrés laboral en el área de triaje las enfermeras profesionales que trabajaron, y el 29,2% respondió que alguna vez ha sentido el estrés laboral en el área de Triage durante la admisión del paciente, y con el 29,2% respondieron que alguna vez sentido el estrés laboral. Y por último con el 8,3% respondió que nunca sentido estrés laboral en el área de triaje durante la admisión de los pacientes.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que más de la mitad de las enfermeras profesionales si presentaron y sintieron estrés laboral en el área de Triage durante la admisión del paciente, ya sea por presión de los pacientes y familiares.

TABLA N° 20

Con frecuencia a qué tipo de agresión estas expuesta en el Área de triaje como enfermera profesional que trabaja.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Amenazas	17	70,8 %
b) Insultos	5	20,8 %
c) Otros	2	8,3 %
d) Golpes físico	0	0 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 70,8% respondieron que si están expuesto a amenazas por pacientes y familiares en el área de Triage durante la espera para su atención médica, y el 20,8% respondieron que están expuesto a insultos por parte de pacientes y familiares en el área de triaje, y por ultimo con el 8,3% indican que si existen otro tipo de exposición laboral a la que están sometidos en el área de triaje.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que casi el total de las Enfermeras Profesionales que trabajan en el área de Triage expresen que si están expuestos amenazas, insultos y otro tipo de exposición de parte de los pacientes y familiares durante la espera para su atención médica.

TABLA N° 21

Te gustaría recibir mayor información sobre Triage Sistema Manchester y sus competencias de actuación como Enfermera Profesional

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) No tengo tiempo	16	66,6 %
b) Escuche algo	4	16,7 %
c) Si me gustaría	4	16,7 %
d) Tal vez	0	0 %
Total	24	100,0 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 66,6% indicaron que no tienen tiempo para recibir información sobre Triage, y el 33,4% respondieron que si escucharon algo y si le gustaría recibir información sobre triaje y sus competencia de actuación como Enfermera Profesional en el área de triaje.

ANÁLISIS:

Según los resultados se pudo evidenciar que la enfermeras profesionales que trabajan en emergencias y triaje indican que si les gustaría asistir a algunos cursos sobre triaje y sus competencias de actuación, pero, no pueden asistir a por falta de tiempo,

TABLA N° 22

Tiene conocimiento sobre los 52 Ítems que plantea el sistema Manchester para la admisión de pacientes según la sintomatología

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Válido a) Si conozco	1	4,2 %
b) No tengo idea	18	75,0 %
c) Estoy bien así	5	20,8 %
d) No se nada	0	0 %
Total	24	100 %

FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 75% indica que no tiene idea de que se trata los 52 Ítems de Manchester para la admisión de los pacientes en el área de Triage según sintomatología, y el 20,8% indican que está bien así, por ultimo con el 4,2% respondieron que no conocen nada al respecto de 52 Ítems del Sistema Manchester.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que más de la mitad no tiene ni la idea de que se trata los 52 Ítems que plantea el sistema de Manchester para admisión de pacientes según la sintomatología y una parte menciona está bien así y el resto no sabe nada al respecto.

XII. DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos de la investigación se puede decir que:

En los datos demográficos de la enfermera profesional que trabaja en el servicio de emergencias del Hospital Obrero N° 1, en el grado académico alcanzado la mayoría son Licenciadas en Enfermería sin cursos de posgrado con un 58,3%, siendo esta área el puntal de acceso de pacientes delicados y graves según su patología requiere de profesionales capaces de resolver y realizar procedimientos de complejidad, y un 37.5 % trabaja de 1 a 3 años en el área de emergencia, y con el 66,7% son los que trabajaron en el área de emergencia, lo cual según los estudio revisados de Escobar, Fredes, Toconas y Villafuerte en 2010 en Argentina menciona que el 73% fueron capacitados para trabajar en el área de Emergencia de los cuales el 82% son personal profesional que trabaja más de 5 años, es totalmente diferente los datos estadísticos que obtuvimos y en México Flores 1999 menciona en su estudio que el 74% recibieron capacitación por jefatura y supervisión, son profesionales con cursos de postgrado, con antigüedad de tiempo laboral en área de emergencia.

Según los resultados se Identificó que el personal Profesional de Enfermería no asistió a ningún curso de actualización sobre Triage Sistema Manchester con el 79,2%, y el 20,8% indica que si le gustaría asistir, lo cual es más alarmante se realizó una revisión bibliográfica e indica Amaya (2004) Cajamarca Perú el 75% menciona que si realizo cursos sobre triaje comparación bibliográfica porque indican que en su totalidad asistieron a curso de capacitación y actualización sobre Triage para realizar una mejor atención durante la admisión de paciente. Según Molina Zabala (2014) en México se realizó un estudio en la cual menciona sobre el conocimiento de triaje con un 64% con mayor proporción, en relación al conocimiento del personal profesional en enfermería sobre Triage Sistema de Manchester

durante la admisión de paciente, con el 54,2% si sabe en forma correcta la definición exacta del termino Triage Sistema Manchester, en y el 50% aplica el sistema de Manchester y determinado los niveles de atención, el 62,5% si tiene la idea correcta de los colores identificativos de triaje y el 45,8% si base sus funciones de manera exacta, manejando la sintomatología del paciente que es admitido, y el 79,2% indicaron que no existe ningún guía de atención, y el 95,8% no utiliza los implementos de bioseguridad según normas internacionales durante la admisión de paciente de paciente crítico, y el 41,7% si refiere estrés laboral en el área de triaje, de los cuales el 70,8% recibieron amenazas de parte de pacientes y familiares, según los estudios revisados existe una diferencia muy notoria en los conocimiento sobre triaje del personal profesional que trabaja en los hospitales del área de emergencia.

Pienso que sería oportuno realizar una guía de admisión según sintomatología en Triage Sistema Manchester que indica 52 Ítems de forma de evaluación al paciente según sintomatología, de los cuales se extractara lo relevante para el área de emergencias de Hospital Obrero N° 1, que son 39 Ítems.

Según los resultados obtenidos se logró identificar nivel de conocimiento sobre Triage Sistema Manchester en las Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de Emergencias y triaje del Hospital Obrero N° 1, en el tercer trimestre de la gestión 2018.

XIII. CONCLUSIONES

Terminada la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

El primer objetivo específico se formuló de la siguiente manera:

Describir los datos demográficos de las Enfermeras profesionales que trabajan en el Servicio de Emergencias. Los resultados obtenidos del 100% de los encuestados realizadas a las Enfermeras Profesional se evidencia que con el 50% está en las edades de 20 a 30 años, y con el 25% está entre las edades de 30 a 40 años, el sexo predominante en servicio de Emergencia y Triage es femenino con 87,5%, el grado académico alcanzado es más del 58,3% solo Enfermeras Profesionales, con el 25% son Especialistas por ultimo con el 8,3% cuenta con Diplomado en Urgencia y Emergencia Médica y Maestría. Con el 37,5% vienen trabajando entre 1 a 3 años en el Área de Emergencia y con el 29,2% trabajan menos de un año, con el 66,7% viene trabajando menos de un año en forma rotativa en el Área de Triage, de las cuales el 79,2% no asistieron a ningún curso en relación al triaje.

En el segundo objetivo específico se formuló de la siguiente manera:

Identificar el nivel conocimiento que tienen sobre Triage Sistema Manchester las Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de Emergencias. Según los resultados obtenidos el 54,2% si sabe la definición correcta, el 50% indica que si aplica el sistema de Manchester para la admisión de paciente, el 50% indica que si sabe en qué consiste el Sistema de Manchester, el 50% de indicaron que si aplican los 4 niveles de atención al paciente según el sistema de Manchester, y el 33,3% indican que no aplican, el 62,5% respondieron en forma correcta sobre el orden de los colores identificativos según Sistema Manchester, y el 37,5% respondieron en forma incorrecta y no saben, con el 45,8% respondieron en forma correcta sobre las funciones de la Enfermera Profesional en el Área de Triage, y con el resto de 54,2% respondieron en forma

incorrecta, el 54,2% respondieron que si determinan su sintomatología del paciente para designar a la Especialidad requerida para su admisión y atención Médica, el 41,7% respondieron que si explican a todos los pacientes los pasos a realizarse para recibir una atención médica adecuada, y el 29,2% respondieron que si explican y disipan las dudas que tiene los pacientes y los familiares, solo el 37,5% indican que siempre realizan el retriage durante la espera para su atención de los pacientes que fueron admitidos y están en sala de espera, el 79,2% indica que no existe un guía de atención en el área de Triage, el 94,8% respondió que no utilizan implementos de bioseguridad, el 41,7% respondió que siempre están con estrés laboral en el área de Triage, con el 29,2% respondieron que alguna vez has sentido el estrés laboral en el área de Triage, el 70,8% indican que si están expuesto a amenazas por pacientes y familiares en el área de Triage, el 75% indica que no tiene idea de que se trata los 52 Ítems de Manchester para la admisión de los pacientes en el área de Triage.

En el tercero objetivo específico se formuló de la siguiente manera:

Implementar una guía de admisión según sintomatología del Triage Sistema Manchester que indica 39 Ítems para evaluar al paciente durante la admisión del paciente.

Finalmente el objetivo general se formuló de la siguiente manera identificar el nivel de conocimiento sobre triage Sistema Manchester en las enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencias al servicio de Emergencia del Hospital Obrero N° 1 en el tercer trimestre de la gestión 2018, el 54,2% si tiene conocimiento sobre triage, y el 45.8% no conoce la definición correcta del triage.

XIV. RECOMENDACIONES

- Recomendaciones a la institución:
 - Realizar cursos de actualización sobre el triaje sistema Manchester en el servicio de Emergencias y triaje.
 - Tratar de mantener al personal Profesional en el área de Emergencias y Triage por su experiencia laboral.
 - Trabajo en equipo multidisciplinario del área de salud con armonía y comprensión.

- Recomendación profesional:
 - Tener autoformación en diferentes temas que no estuvo en el programa académico del pregrado.
 - La educación continua es primordial para cualquiera profesional
 - Buscar y recibir información actualizada en relación al Triage.
 - Ser proactiva en puestos laborales designados.
 - Tener el espíritu de investigación para mejorar el puesto laboral.

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. GOMEZ Jiménez J. (2011) Sistema Español de Triage: grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras. *Emergencias* Pág. 344-345.
2. DEL BUSTO Prado F, Martínez Escotet L. (2009) Triage o clasificación en la atención urgente hospitalaria Arcos Gonzales P, Castro Delgado R, et al. En: *Manual de medicina de urgencia y emergencia*. 1ed. Universidad de Oviedo; Pág.15-24.
3. GÓMEZ Jiménez J.(2006) Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*; pág. 18: 156-164.
4. Reglamento Interno de la caja nacional de seguridad social.
5. MACKWAY-JONES K., (1997)ed. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. First Edition. London: BMJ Publishing Group,
6. MACKWAY-Jones K., Marsden J., Windle J. (2006) Ed. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. Second Edition. London: BMJ Publishing Group.
7. WUERZ RC., Milne L., (2000), Eitel DR., Travers D., Gilboy N. Reliability and validity of a new five-Level emergency department triage instrument. *Acad Emerg Med* ; 7: 236-242.
8. GÓMEZ Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pàmies S. (2004) Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: Indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión Hospitalaria* ;15:3-12
9. MINISTERIO DE SANIDAD, Política social e Igualdad. Unidad de urgencia hospitalaria. Estándares y recomendaciones. 2010; Disponible en:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>. Accessed 03/20, 2015.
10. JG. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias: Revista de la*

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
2006;18(3):156-164.

11. MCCANN TV, Clark E, McConnachie S, Harvey I. Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *J Clin Nurs* 2007 Sep;16(9):1704-1711.
12. RIERA B. Triage Hospitalario. Available at: http://www.seup.org/pdf_public/enfermeria/triaje.pdf. Accessed 03/25, 2015.
13. BERMEJO, R. S., Fadrique, C. C., Fraile, B. R., Centeno, E. F., Cueva, S. P., De las Heras, E. M. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 2013; 25(1), 66-70.
14. GÓMEZ Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, (2004) Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triage: Bases conceptuales i manual de formació. Principat d'Andorra: Ed. Gómez Jiménez J. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; Información disponible en: <http://www.triajeset.com>.
15. GÓMEZ Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. (2004) Manual de formación. Curso de formación en triaje estructurado de urgencias y emergencias. Sistema Español de Triage (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
16. GÓMEZ Jiménez J. (2003) Clasificación de pacientes en los Servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*; 15:165-174
17. BLAGG CR. Triage: Napoleon to the present day. *J Nephrol* 2004;17:629-632.
18. OLVERA-ARREOLA ESS, Cadena-Estrada EJC. El triaje hospitalario. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2011;19(3):119-121.

- 19.ÁLVAREZ B, Gorostidi J, Rodríguez O, Antuña A, Alonso P. Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 1998;10(2):100-104.
- 20.GONZÁLEZ EM, Gutiérrez A, Molina L, Otero M, Posa V. Pasado, presente y futuro. Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias. 2008.
- 21.SOLER W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias Triage: a key tool in emergency care. *An.Sist.Sanit.Navar* 2010;33(Suplemento 1):55.ç
- 22.GALLEGO E, Macías J, Díaz MI. Protocolo de triaje en el servicio CCUU del hospital Virgen del Rocío de Sevilla. 2012. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2012/pagina11.html>
- 23.JIMÉNEZ JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *emergencias* 2003;15:165-174.
- 24.ALPIZAR CC. Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica* 2014(27):8.
- 25.DINH M, Walker A, Parameswaran A, Enright N. Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2012;15(4):188-194.
- 26.GARCÍA MM. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *RevistaEnfermeríaCyL* 2013;5(1):42-49
- 27.LÓPEZ SR, Linares C. Enfermera de Práctica Avanzada para el triaje y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index de Enfermería* 2012;21(1-2):5-6.

28. ANDERSSON AK, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department—a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nurs Crit Care* 2006 May-Jun;11(3):136-145.
29. EDWARDS B, Sines D. Passing the audition—the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. *J Clin Nurs* 2008 Sep;17(18):2444-2451.
30. BOND S, Cooper S. Modelling emergency decisions: recognition-primed decision making. The literature in relation to an ophthalmic critical incident. *J Clin Nurs* 2006 Aug;15(8):1023-1032.
31. GÓMEZ Alex Federico – Sánchez Molina. Investigación Efectiva. (2012) Metodología de Investigación y Estadística en Salud. Segunda edición mayo de 2012. Editorial Imprenta Wa-GUI. Junio. Pp. 161 – 189
32. MACKWAY-JONES, K y Grupo Español de triaje de Manchester. Triaje de urgencias hospitalarias. Inova Auria, S.L. 2004.
33. vila gimendo. Réplica al artículo “El Triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermería”. *Enfermería Clínica* 2002; 12(2):86-87.
34. MARTÍNEZ VENY, S. Procedimiento de Triaje en la urgencia hospitalaria. *Metas de enfermería* octubre 2003; 6(8):57-60
35. ÁLVAREZ BAZA, MC. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica* 2001;11(5):230-238.
36. BUSTAMANTE, E.; Recasens, V.; Bustamante, R.; Sánchez Salabardo, J.M.; Rodrigo, C. Sistemas de clasificación de urgencia: triaje y papel de enfermería. *Anales de Ciencias de la Salud* 2002; 5: 127-140.
37. ÁLVAREZ ÁLVAREZ, B; Gorostidi Pérez, J, Rodríguez Maroto, O; Antuña Egocheaga, A; Alonso Alonso, P. Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 1998;10:100-4.

38. GÓMEZ JIMÉNEZ J, Segarra X, Prat J, Ferrando JB, Albert E, Borrás M. Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo andorrano de triaje (MAT). *Emergencias* 2003; 15: 339-344. Información disponible en: http://www.semes.org/revista/vol15_6/339-344.pdf.
39. HERNÁNDEZ Sampieri R. y colegas. (2010) *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. Editorial MC Graw hill./ INTERAMERICANA S.A. DE C.V. Pp. 145 – 178.
40. DÍAZ Mayans C. Referencias bibliográficas estilo Vancouver y APA [en línea] La Habana: (2006) Ministerio de Educación Superior, Centro de Nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones; 2006 [accesado 15 Ene 2011] disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/normvanc.htm>

PAGINAS WEB

41. Weinerman, E. R.; Rutzen, S. R.; and Pearson, D. A. Effects of Medical “Triage” in Hospital Emergency Service. *Pub. Health Rep.* 80:389-399 (May), 1965.
42. The Science of Triage. Beveridge B, Kelly AM, Richardson D, Wuerz R. San Francisco SAEM Conference 2000. Información disponible en: <http://www.saem.org/download/kelly.pdf>.
43. Commonwealth Department of Health and Family Services and the Australasian College for Emergency Medicine. The Australian National Triage Scale: a user manual 1997.
44. Australasian College for Emergency Medicine. Policy Document - The Australasian Triage Scale in Emergency Departments. November 2000. Información disponible en: <http://www.medeserv.com.au/acem/open/documents/triageguide.htm>.
45. Beveridge R., Clarke B., Janes L., et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J*

Emerg Med 1999; 1 (Suppl 3): S1-S24. Información disponible en:
http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=7B472A5188B245E7951AF8BFF25DEA7F&ext=.pdf&name=CTAS-supplement-v01i03-e.pdf.

46. Murray M, Bullard M, Grafstein E, for the CTAS and CEDIS National Working Groups. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med* 2004;6(6):421-7. Información disponible en: http://caep.ca/CMS/get_file.asp?id=1B6127C0BB244841B35B42A787B62DCB&ext=.pdf&name=pg421.pdf.
47. Mackway-Jones K., ed. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. First Edition. London: BMJ Publishing Group, 1997.
48. Mackway-Jones K., Marsden J., Windle J. ed. *Emergency Triage: Manchester Triage Group*. Second Edition. London: BMJ Publishing Group, 2006.
49. Wuerz RC., Travers D., Gilboy N., Eitel DR., Rosenau A., Yazhari R. Implementation and refinement of the Emergency Severity Index. *Acad Emerg Med* 2001; 8: 170-6.
50. Wuerz R., ESI Triage Study Group. Emergency severity index triage category is associated with six-month survival. *Acad Emerg Med*. 2001;8 (1):61-4.
51. Eitel DR, Travers DA, Rosenau AM, Gilboy N, Wuerz RC. The emergency severity index triage algorithm version 2 is reliable and valid. *Acad Emerg Med*. 2003; 10 (10): 1070-80.
52. Jelinek GA. Case-mix classification of patients attending hospital emergency departments in Perth, Western Australia. Development and evaluation of an urgency-based casemix information system for emergency departments. Doctor of Medicine Thesis. University of Western Australia. 1995.

53. Gómez Jiménez J, Murray MJ, Beveridge R, Pons J, Albert E, Ferrando JB, Borràs M. Implementation of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters be used as Emergency Department Quality Indicators? *Can J Emerg Med* 2003; 5 (5): 315-22.
54. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. Serveis d'Urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària (Servicios de urgencias: Indicadores para medir los criterios de la atención sanitaria). Barcelona: Agencia d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mediques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Juny de 2001. Informació disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0101es.pdf>.
55. Miró O, Tomàs S, Salgado E, Espinosa G, Estrada C, Martí C et al. Derivación sin visita desde los servicios de urgencia hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (3): 88-93.
56. Gómez Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pàmies S. Gestión clínica de un cuarto de urgencias hospitalario: Indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión Hospitalaria* 2004; 15 (1): 3-12.
57. Roukema J, Steyerberg E, van Meurs A, Ruige M, van der Lei J, Moll H. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emerg Med J* 2006;23:906–910.
58. Gravel J, Manzano S, Arsenault M. Safety of a modification of the triage level for febrile children 6 to 36 months old using the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale. *CJEM* 2008;10:32-37

XVI. ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE GANT

N°	ACTIVIDADES – 2018	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	Diagnóstico inicial, identificación del problema, revisión de bibliografía,	X					
2	Coordinación con la Tutora de investigación		X				
3	Presentación del perfil de tesis		X				
	Elaboración y búsqueda de marco teórico		X				
	Solicitud de autorización en la institución y validación del cuestionario de investigación		X				
4	Procesamiento y análisis de resultados		X				
5	Elaboración de informe preliminar de la tesis		X				
	Realización, tabulación e interpretación de los resultados obtenidos		X	X			
6	Primera revisión de la tesis por el tutor de la investigación			X			
7	Entrega de carta tesis concluido de parte de tutora				X		
8	Presentación de tesis concluida				X		
9	Solicitud de designación de tribunal revisor					X	
10	Solicitud de defensa de tesis					X	X

ANEXO Nº 2**PRESUPUESTOS****Recursos humanos**

Personal	Cantidad	Costo mensual	Total
Investigadora	1	600 Bs.	15600 Bs
Alimentación	1	100 Bs	1200
Total			16.800 Bs

Recursos materiales

Material	Unidad	Cantidad	Precio Bs	Total Bs.
Hojas	Pieza	1000	80 Bs	80 Bs
Bolígrafos	12	12	30 Bs	30 Bs
Calculadora	1	80	80 Bs	80 Bs
Fotocopias	230	70	70 Bs	70 Bs
Tinta de impresora	1	240	240 Bs	240 Bs
Internet	1	1	500 Bs	500 Bs
Anillados	3	3	15 Bs	15 Bs
Flasch memory	1	80	80 Bs	80 Bs
Tablero	1	3	15 Bs	15 Bs
Total				1.110 Bs

ANEXO N° 3

SOLICITUD DE CARTAS

- Solicitud de autorización y permiso para realizar la investigación
- Solicitud de revisión y validación del cuestionario

ANEXO Nº 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO	Conocimiento sobre triaje en las Enfermeras Profesionales que trabajan en emergencias del Hospital Obrero nº 1, tercer trimestre, gestión 2018
NOMBRE DE LA INVESTIGADORA	LIC. JULIA ELENA MAMANI CANDIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN	Hospital Obrero nº 1 Servicio de Emergencia Área de Triage
OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN	Identificar el nivel de conocimiento sobre Triage sistema Manchester en las Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de emergencias del Hospital Obrero Nº 1 en el tercer trimestre de la gestión 2018.

I.- INFORMACIÓN

Yo familiar del Sr. _____ Acepto participar voluntariamente y anónimamente en la investigación de CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE EN ENFERMERAS PROFESIONALES QUE TRABAJA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL OBRERO Nº 1, TERCER TRIMESTRE , GESTIÓN 2018, dirigido a los pacientes que acuden al servicio de emergencia en busca de atención médica, la investigadora es responsable, del servicio de triaje del Hospital Obrero Nº1, de la Universidad Mayor de San Andrés.

Declaro haber sido informado que mi participación no involucra ningún daño o peligro para salud física o mental, ni remuneración económica, que es voluntario y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna, de la misma forma poder realizar preguntas libres y así disipar de alguna dudas que se presenten.

Declaro haber sido informado sobre los beneficios y riesgos de mi participación, la información entregada será confidencial y anónimo entiendo que la información será analizada por la investigadora en forma individual y que no podrán identificar la respuesta y opiniones de cada paciente que acude al servicio de emergencia.

Los resultados de la investigación se harán llegar jefatura de enfermería del Hospital y del servicio, una vez concluida, aprobado y expuesto en fechas a determinar.

En caso necesario la investigadora podrá realizar fotografías y grabaciones duran la investigación para su veracidad de la investigación.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Firma:
Nombre de la investigadora
Lic. Julia Elena Mamani Candia

Firma:
nombre del participante.

Firma:
Nombre del apoderado

Fecha de la realización

ANEXO Nº 5

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
DIRECCION DE POSGRADO EN SALUD
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO**

CUESTIONARIO PARA ENFERMERAS PROFESIONALES

Título:

CONOCIMIENTO SOBRE TRIAJE EN ENFERMERAS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL OBRERO Nº 1, GESTIÓN 2018

OBJETIVO GENERAL: evaluar el nivel de conocimiento sobre Triage sistema Manchester en las Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de emergencias del Hospital Obrero Nº 1, gestión 2018

INSTRUCTIVO: El presente instrumento forma parte de un estudio de investigación por lo consiguiente es importante y necesario responder con la mayor sinceridad posible, porque el resultado de esta investigación nos servirá para establecer diversas estrategias que van ayudar a realizar acciones preventivas, garantizando la atención óptima con informaciones actualizados al Departamento de Enfermería.

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Cuantos años tiene usted?
De 20 a 30 años () 30 a 40 años () 40 a 50 () más de 50 años ()
2. Genero de sexo de las/os encuestadas/os: femenino () masculino ()
3. Grado académico alcanzado hasta el momento como profesional?
Solo Licenciada () Con Diplomado en Emergencia y Urgencia médica ()
Con Especialidad () Con Maestría ()
4. ¿Cuánto tiempo ya tiene trabajando en el Servicio de Emergencias?
Menos de 1 año () 1 a 3 años () 3 a 5 años () más de 5 años ()
5. Cuanto tiempo tiene trabaja en el Área de Triage?
Menos de 1 año () 1 a 2 años () 2 a 3 años () más de 3 años ()
6. Usted asistió a cursos, talleres o jornadas al respecto de que se trata el Triage?
Si () No () Alguna vez () me gustaría ()

II. DATOS COGNITIVOS DEL PROFESIONAL EN ENFERMERIA

- 7.Cuál es la definición correcta del triaje? **(marque una opción con X)**
- Triaje es un término francés que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia, es un método de selección empleando prioridades de supervivencia de acuerdo a necesidad terapéutica.
 - El triaje significa admitir pacientes para brindar atención médica según recursos de la institución.
 - Todas
 - Ninguno
8. El triaje que existe en el Servicio de Emergencia aplica el sistema Manchester para su admisión?
Si aplica () No aplica () No tengo idea () Nunca escuche eso ()
9. Y Sabe en qué consiste el Sistema Manchester?
Si () No () Tengo Idea () Nunca escuche ()
10. Si su respuesta es afirmativa aplica los 4 niveles de atención según Sistema Manchester
Si () No () Alguna vez () Siempre se aplica ()
11. Usted puede determinar los 4 niveles de atención según su definición correcta **(marcar con numero romano del 1 al 4 en los espacios vacíos del nivel)**
- Emergencia o riesgo vital inminente para el paciente Nivel ()
 - Proceso agudo inestable crítico, grave Nivel ()
 - Proceso agudo estable Nivel ()
 - Procesos banales o sin gravedad Nivel ()
12. Mencione los colores identificativos en orden según el Sistema Manchester para realizar la admisión de pacientes en triaje?
- Rojo, amarillo, verde naranja, azul
 - Rojo, naranja, amarillo verde, azul
 - Azul, rojo, naranja, amarillo, verde
 - Azul, rojo, amarillo verde, negro
13. Usted sabe cuáles son las funciones de la enfermera de Triage
- Recepción, Acogida, Valoración ()
 - Recepción, Clasificación, Designación ()
 - Recepción, Acogida, Clasificación ()
 - Ninguno ()
14. Usted determina la patología de base según la sintomatología que el paciente le refiere para designar la especialidad requerida con certeza?
Si () No () Alguna vez lo acierto () creo tener experiencia ()
15. Con frecuencia explica todos los pasos a realizar para recibir un atención médica.
Si explico () No explico () Alguna vez explico () Siempre explico ()

16. Realiza el reetriage durante la espera de los pacientes que fueron admitidos para ser atendidos?

Si realizo () No realizo () alguna vez realizo () Siempre realizo ()

17. Existe en el área de Triage una guía de manejo de pacientes críticos para su admisión y recepción?

Si existe () No existe () Creo que no existe () Nunca lo vi ()

18. ¿Utilizas implementos de bioseguridad durante la admisión de pacientes en Triage, especialmente en código rojo? Barbijo, turbante, mascara, bata.

Siempre lo utilizo () Casi siempre () alguna vez lo utilizo () Nunca utilizo ()

19. alguna vez has sentido estrés laboral en el área de Triage?

Siempre () Casi siempre () alguna vez () Nunca ()

20. Con frecuencia a qué tipo de agresión laboral está expuesta?

Amenazas () insultos () Agresión Física () Otros ()

21. Te gustaría recibir mayor información sobre Triage Manchester y sus competencias de actuación como Enfermera Profesional?

Si me gustaría () No me gustaría () Si pero el tiempo () estoy bien así ()

22. Tiene conocimiento sobre los 52 Ítems que plantea el sistema Manchester para la admisión según la sintomatología?

Si me gustaría () No () estoy bien así () No tengo idea de que se trata ()

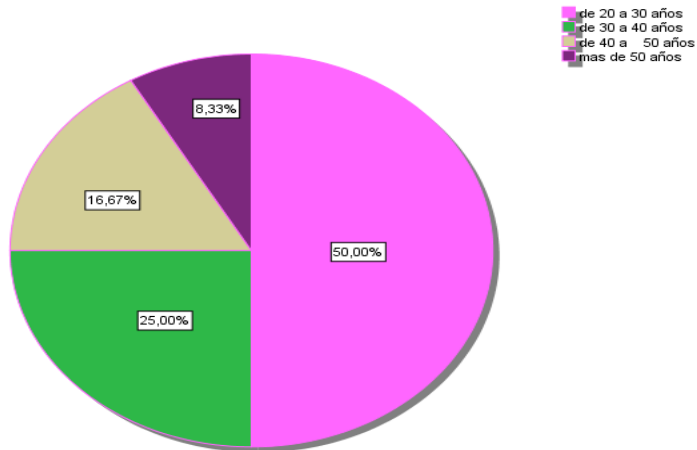
Gracias por tu apoyo
Fecha:.....

ANEXO Nº 6 GRÁFICAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

GRÁFICA Nº 1

1. Edad de los encuestados



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

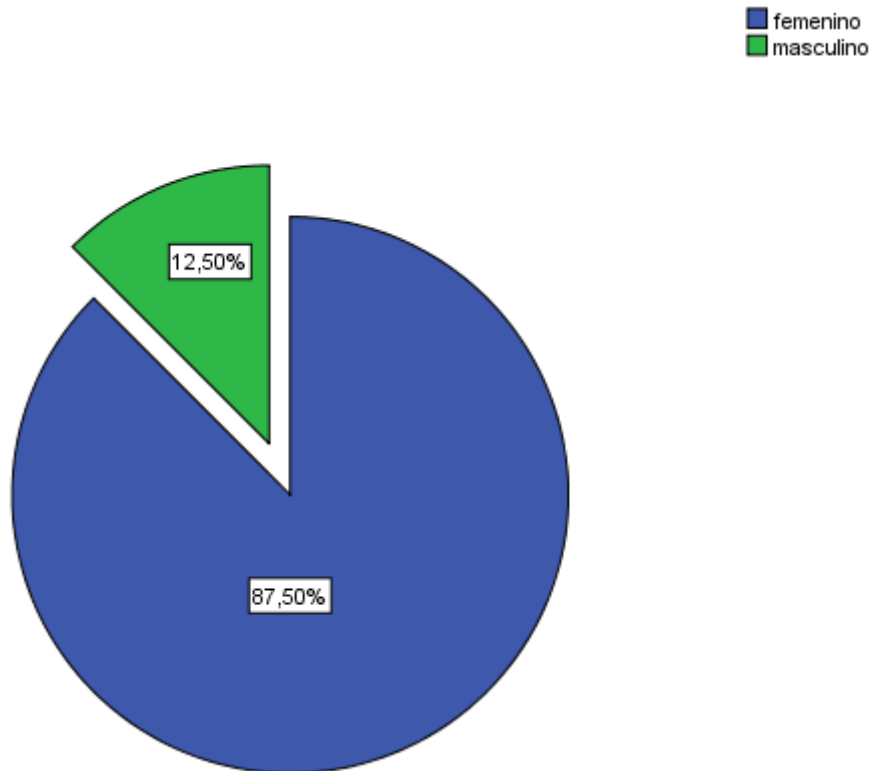
Del 100% de las encuestados, el 50% está entre las edades de 20 a 30 años, y con el 25% está entre las edades de 30 a 40 años, por ultimo con el 16,3% está entre las edades de 40 a 50 años.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos de evidencio que la más de mitad de las enfermeras profesionales está entre las edades más jóvenes y con falta de experiencia laboral, un cuarto por ciento está entre las edades más adecuadas con responsabilidad laboral y profesional.

GRÁFICA N° 2

2. Genero de sexo



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

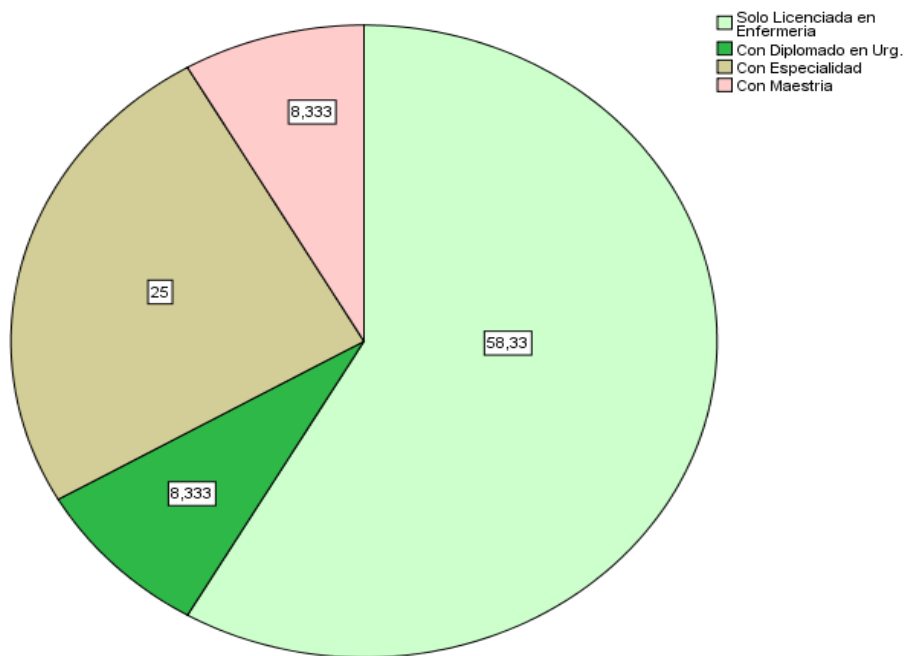
Del 100% de las encuestadas, indica con el 87,5%, corresponde al sexo femenino, con el 12,5% es de sexo masculino.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la más de mitad de las enfermeras profesionales que trabajan son del sexo femenino.

GRÁFICA N° 3

3. Grado académico alcanzado hasta el momento como profesional.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

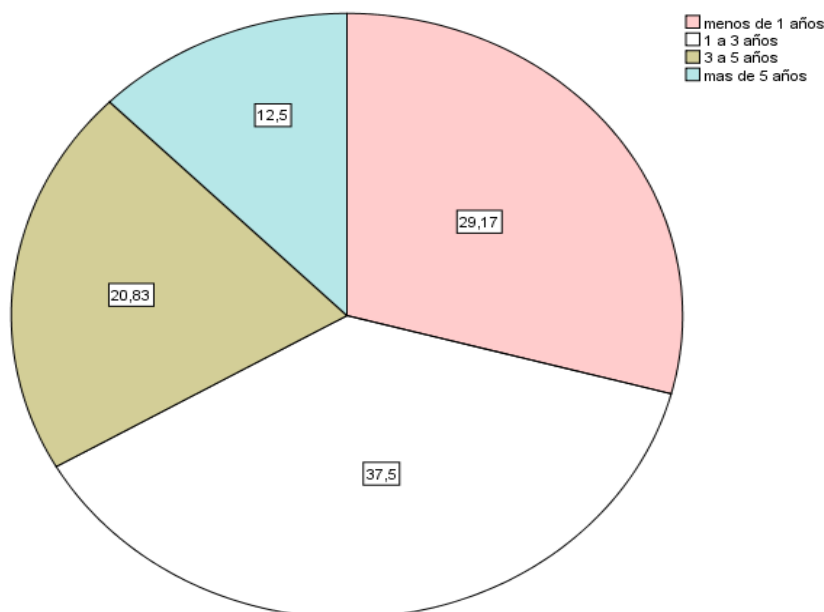
Del 100% de las encuestadas, el 58,3% corresponde a Enfermeras Profesionales sin ningún estudio de postgrado, el 25% menciona que si cuentan con Especialidad, y por ultimo con el 8,3% indico que si cuenta con Diplomado en Urgencia y Emergencia Médica y Maestría.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la mitad de las enfermeras profesionales no cuentan con ningún estudio de Posgrado, un aparte si tienen Especialidad y Diplomados en emergencia es muy escaso, lo cual hace posible que se servicio de emergencias brinde una atención de enfermería con calidad y eficacias a los pacientes que acuden en busca de atención médica.

GRÁFICA N° 4

4. Tiempo de trabajo en el servicio de emergencias del Hospital Obrero N° 1



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

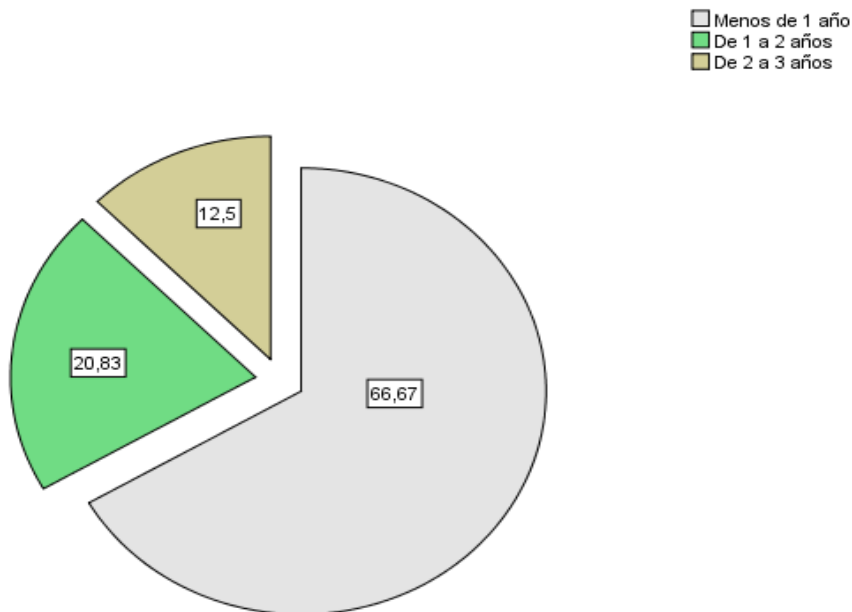
Del 100% de las encuestadas, respondieron con el 37,5% que trabajan entre 1 a 3 años en el servicio de emergencias, el 29,2% menciona que tienen trabajando menos de un año, por último con el 20,8% indicó que tiene trabajando entre 3 a 5 años en el Área de Emergencia, con el 12,5% trabaja más de 5 años en el Servicio de Emergencia.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidenció que si trabajan entre uno a tres años en el servicio de emergencia una gran mayoría de las enfermeras profesionales y una parte mínima menciona que trabajan más de cinco años en el área de emergencias.

GRÁFICA N° 5

5. Tiempo de trabajo en el área de Triage del Hospital Obrero N° 1



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

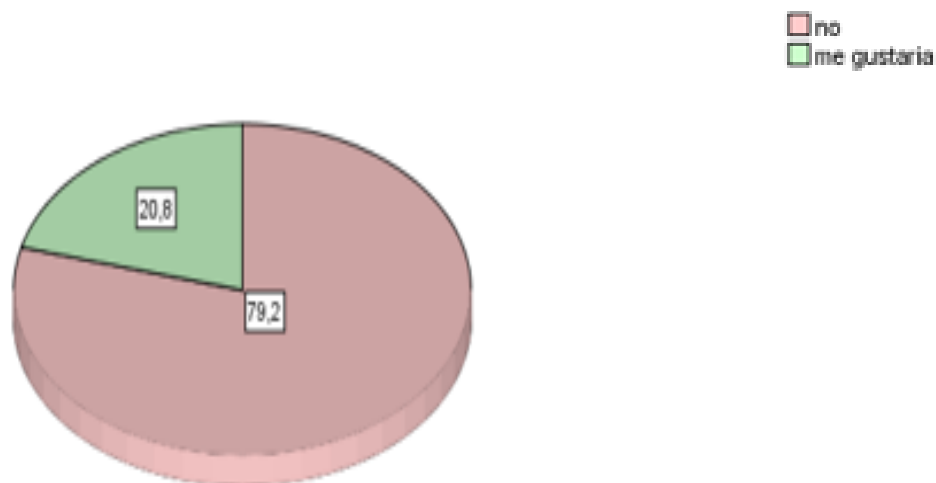
Del 100% de las encuestadas, 66,7% indica que viene trabajando menos de un año en forma rotativa en el Área de Triage, el 20% trabaja en el área de triaje en forma rotativa es de 1 a 2 años, por ultimo con el 12,5% trabaja en forma rotativa de 2 a 3 años.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que las enfermeras profesionales que trabajan en el área de Triage tienen un tiempo corto trabajando menos de un año en su mayoría y en forma rotativa, de la misma forma son muy pocas las enfermeras profesionales trabajan más de uno a dos años.

GRÁFICA N° 6

6. Asistencia a algún curso, taller o jornadas sobre triaje



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 79,2% indica que no asistieron a ningún curso en relación al triaje, el 20,8% indica que si le gustaría asistir a algún curso pero por cuestión de tiempo no puede.

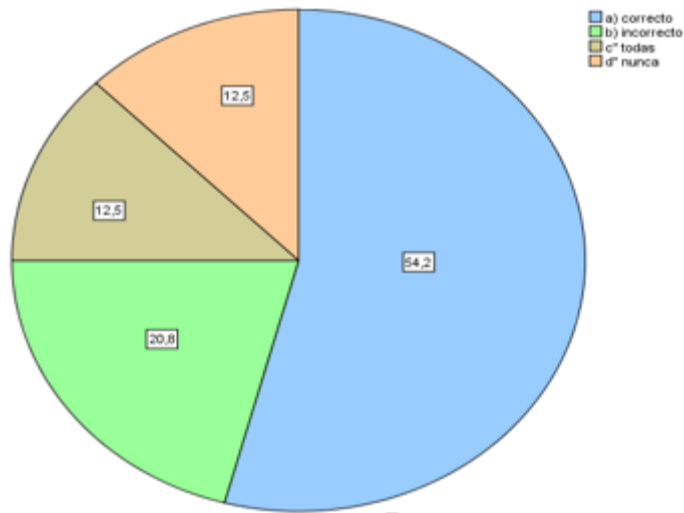
ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que más de la mitad de las enfermeras profesionales que trabajan en servicio de emergencias y triaje no asistió a ningún curso, taller o jornada en relación a triaje, de la misma forma indica un porcentaje mínimo que si le gustaría asistir a algún curso sobre triaje sistema Manchester.

II. DATOS COGNITIVOS DEL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

GRÁFICA Nº 7

7. Definición correcta sobre el significado de triaje Sistema Manchester



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

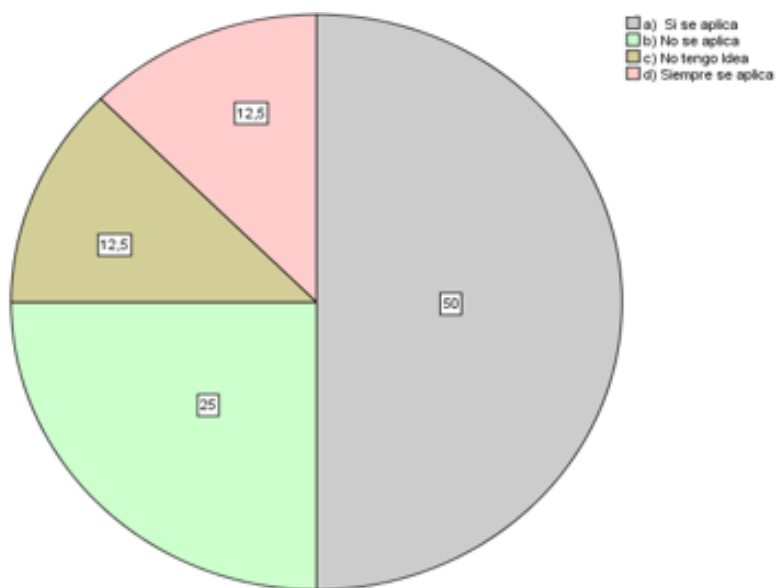
Del 100% de las encuestadas a las enfermeras profesionales, el 54,2% de los cuales respondieron en forma correcta la definición de Triaje sistema Manchester, con el 20,8% respondieron en forma incorrecta, con el 12,5 % marcaron en forma incorrecta todos y ninguno, lo cual era respuesta incorrecta, lo que llama la atención que no conocen de manera correcta que es el triaje.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la mitad de las Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de Emergencia y Triaje respondieron en forma correcta el significado de la definición de triaje, y el resto no tiene ni la idea sobre el significado de la definición de triaje en forma correcta.

GRÁFICA N° 8

8. El triaje que existe en el servicio de emergencias aplica el Sistema Manchester para su admisión de los pacientes.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

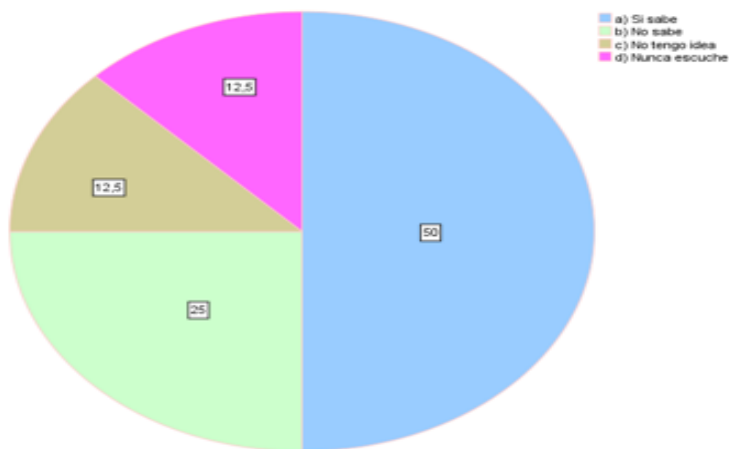
Del 100% de los encuestados a las enfermeras profesionales que trabajan en servicio de emergencias y triaje, respondió el 50% que si se aplica el sistema de Manchester para la admisión de paciente en el área de triaje, y con el resto del 50% indican que no se aplican, no tienen ni la idea en que consiste, y otros indicaron que nunca escucharon sobre triaje sistema de Manchester.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la mitad de las enfermeras profesionales que trabajan en servicio de emergencias y triaje si aplican el sistema de Manchester para admisión de pacientes.

GRÁFICA N° 9

9. Y sabes en que consiste el sistema Manchester



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

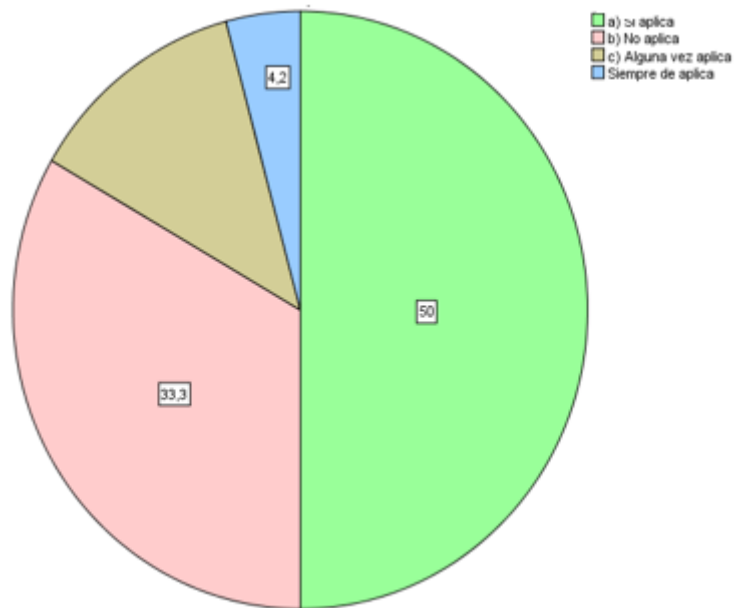
Del 100% de los encuestados a las enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencias, el 50% indicaron que si saben en qué consiste el Sistema de Manchester para la admisión del paciente, y con el resto del 50% indicaron que no saben en qué consiste el Sistema de Manchester para admisión del paciente.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que la mitad de las enfermeras profesionales si se saben en qué consiste el sistema Manchester para la admisión de un paciente.

GRÁFICA N° 10

10. Si su respuesta es afirmativa aplica los 4 niveles de atención según Sistema Manchester.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

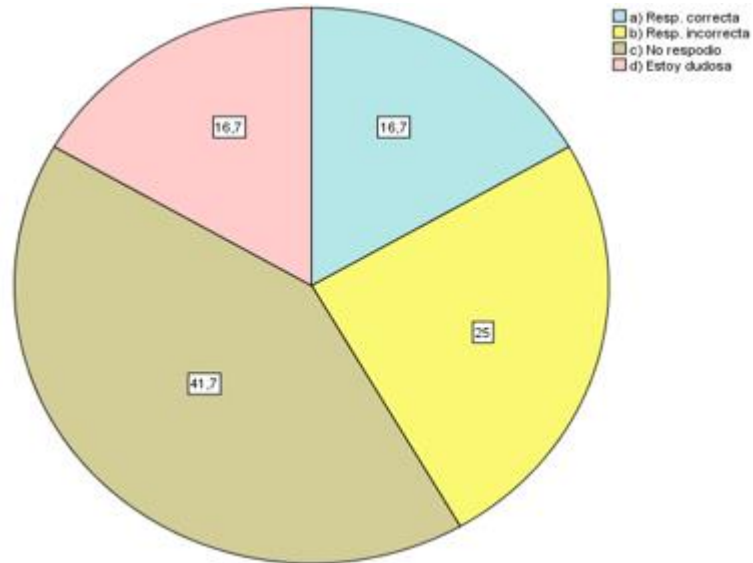
Del 100% de las encuestadas a las enfermeras profesionales, el 50% indicaron que si aplican los 4 niveles de atención al paciente según el sistema de Manchester, y con el 33,3% indicaron que no aplican los 4 niveles de atención según el sistema de Manchester y el 12,5% indicaron que alguna vez aplicaron los 4 niveles de atención según el Sistema de Manchester.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que la mitad de las enfermeras profesionales respondieron que si aplican los cuatro niveles de atención según el sistema de Manchester, y una cuarta parte indica que no aplica por falta de conocimiento e instrucción.

GRÁFICA N° 11

11. Usted puede determinar los 4 niveles de atención según Sistema de Manchester, su definición correcta es.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

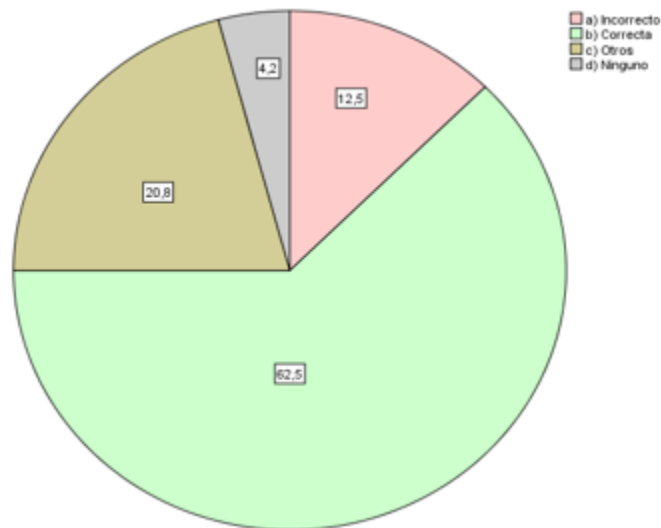
Del 100% de los encuestados a las enfermeras profesionales, con el 41,7% no respondieron nada sobre la definición correcta de los 4 niveles de atención, y con el 25% respondieron en forma incorrecta, y solo con el 16,7% respondieron en forma correcta sobre la aplicación de los 4 niveles de atención según sistema Manchester.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que una cuarta parte de la Enfermeras Profesionales que trabajan en Servicio de Emergencia y Triage saben aplicaron los cuatro niveles de atención según sistema Manchester y el resto no respondieron nada.

GRÁFICA N° 12

12. Colores identificativos en orden según el Sistema Manchester para la admisión de pacientes en Triage.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

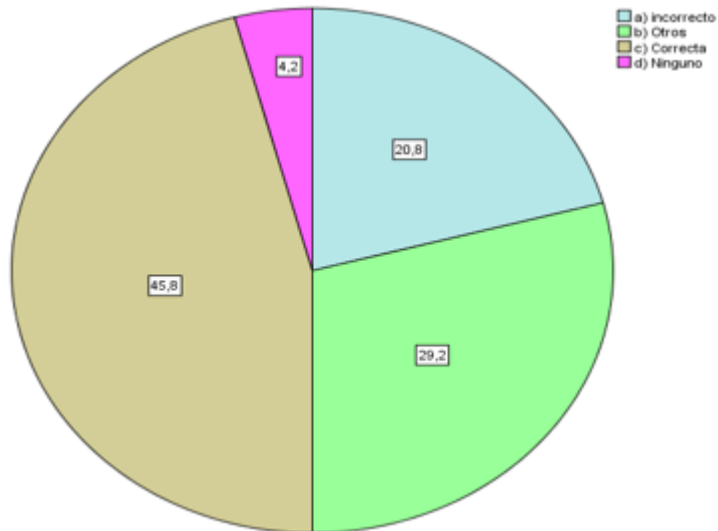
Del 100% de los encuestados, el 62.5% respondieron en forma correcta sobre el orden de los colores identificativos para la admisión y designación de los pacientes para recibir la atención médica requerida, y con el resto de 37,5% respondieron en forma incorrecta y no saben nada, de la misma forma llama la atención de que no conozcan el significado de los colores para la admisión de pacientes en triaje.

ANÁLISIS:

Según los resultados se evidencio que más de la mitad si saben los significados de los colores para la admisión y tiempo de espera de los pacientes por Triage, y el resto no respondieron.

GRÁFICA N° 13

13. Funciones de la enfermera Profesional de Triage.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

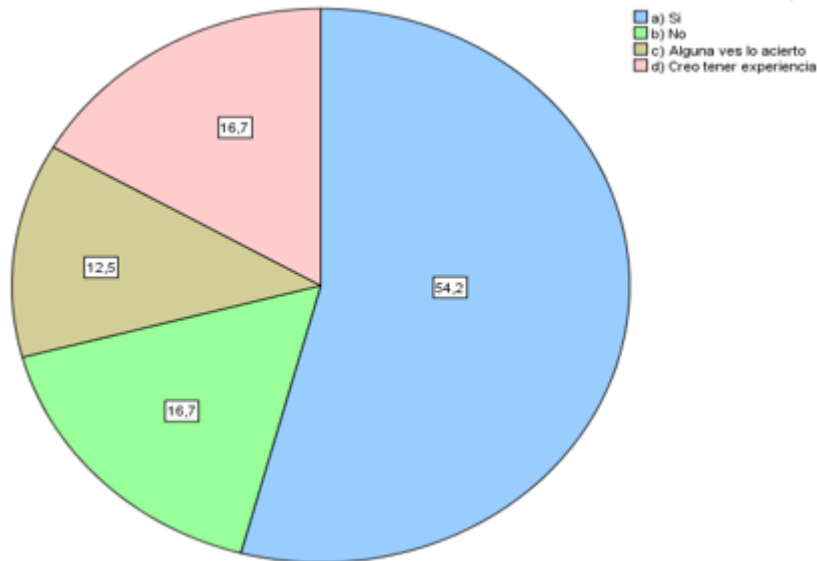
Del 100% de las encuestadas, respondieron con el 45,8% en forma correcta sobre las funciones de la Enfermera Profesional en el Área de Triage, y con el resto de 54,2% respondieron en forma incorrecta.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que casi la mitad de las enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencias y triaje si sabe las funciones a realizar en esta área, y la mitad no sabe sus funciones.

GRÁFICA N° 14

14. Determinación de la patología de base según la sintomatología que el paciente le refiere para designar la especialidad.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

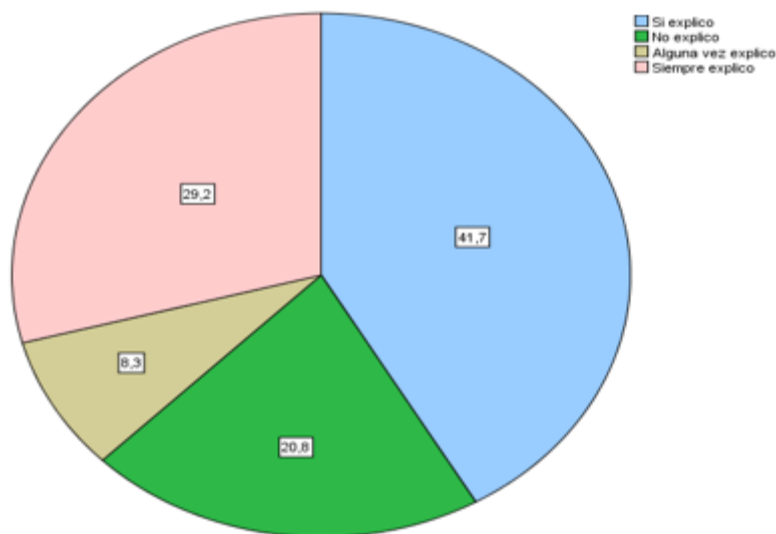
Del 100% de los encuestados, con el 54,2% respondieron que si determinan según sintomatología referida por parte del paciente para designar a una especialidad requerida para su admisión y atención médica, con el 16,7% respondieron que creen tener experiencia según sintomatología para su admisión y atención, con el 16,7% no respondió nada.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que más de la mitad de la Enfermeras Profesionales que trabajan en servicio de emergencia y triaje si se basan en la sintomatología referida para la admisión y atención del paciente que acude al área de Triaje en busca de atención Médica

GRÁFICA Nº 15

15. Explicación sobre los pasos a realizar para recibir una atención médica a los pacientes y familiares.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

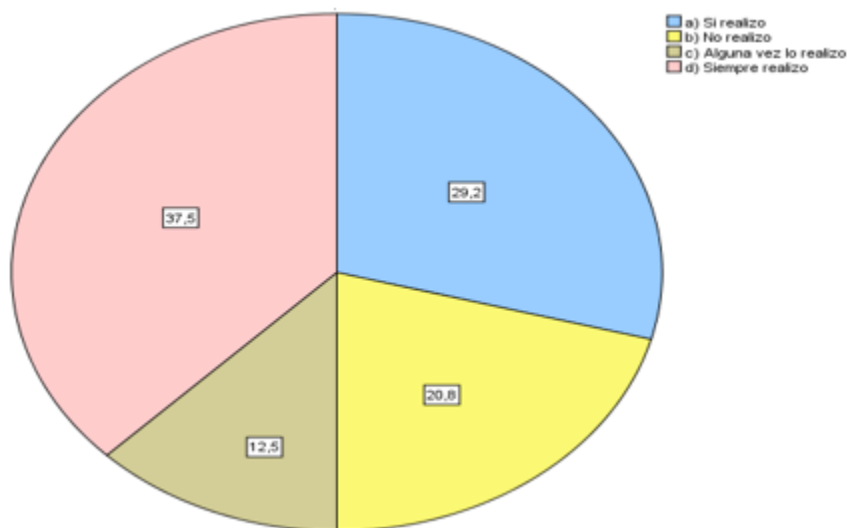
Del 100% de los encuestados, el 41,7% respondieron que si explican a todos los pacientes los pasos a realizar para recibir una atención médica adecuada y oportuna, y el 29,2% respondieron que si explican y disipan las dudas del paciente y sus familiares al momento de su admisión que tiene los pacientes, por ultimo con el 20,8%respondio que no explica nada ni disipan sus dudas en relación a las preguntas que le realizan.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que la mas de la mitad de la enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de emergencia y triaje si explican y disipan las dudas que tiene el paciente y los familiares para ser atendidos por el especialista designado, poder recibir una atención médica adecuada con calidad y calidez

GRÁFICA N° 16

16. Realización del reetraje durante la espera de los pacientes que fueron admitidos para ser atendidos.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

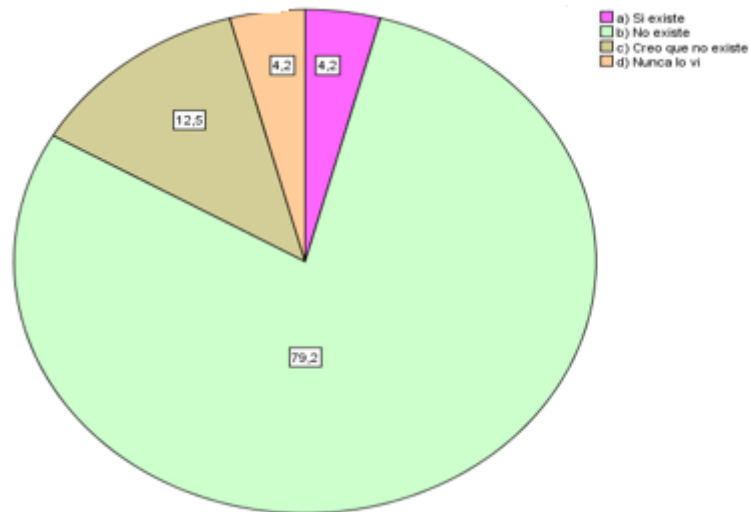
Del 100% de las enfermeras profesionales encuestadas, el 37,5% indican que siempre realizan el reetraje a los pacientes que fueron admitidos y están en sala de espera, y el 16,7% respondieron que si realizan el reetraje, y con el 33,3% no respondió que no realizan o alguna vez.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que la mitad de la Enfermeras Profesionales que trabajan en el área de Triage indican que si realizan el reetraje en la sala de espera, porque así se puede prevenir los posibles riesgos vitales que no se identificaron al momento de la admisión.

GRÁFICA N° 17

17. Existe en el área de Triage una guía de admisión de los pacientes para su admisión y recepción



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

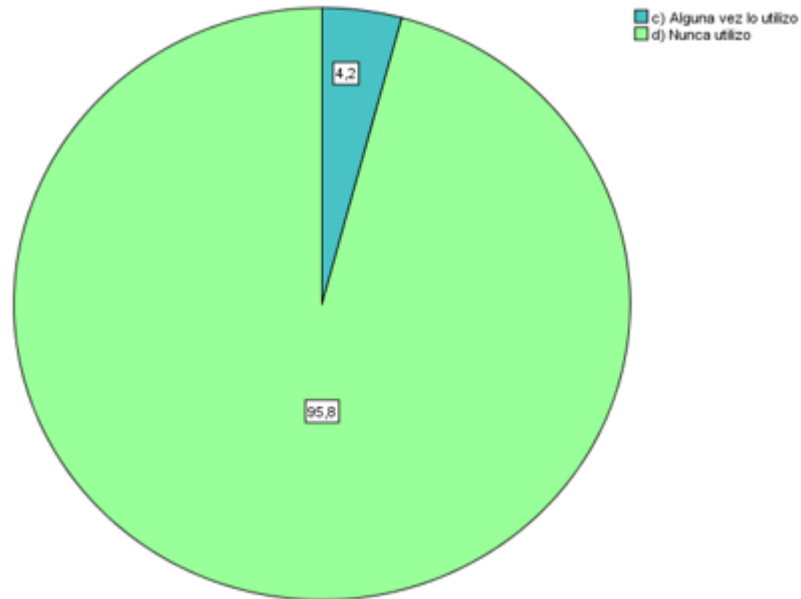
Del 100% de los encuestados, respondieron con el 79,2% indicando que no existe ningún protocolo o Manual de atención en el área de Triage según sistema Manchester, el 16,7% respondieron que no existe y no lo vieron ningún protocolo o manual en el área de Triage para la admisión del paciente, y solo el 4,2% indica que si existe.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que más de la mitad de la Enfermeras Profesionales que trabajan en el área de Triage respondieron que no existe nada de protocolo o manual de atención y admisión de los pacientes.

GRÁFICO N° 18

18. Utilización del implemento de bioseguridad durante la admisión de paciente en Triage especialmente en código rojo (Barbijo, turbante, mascara, bata)



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

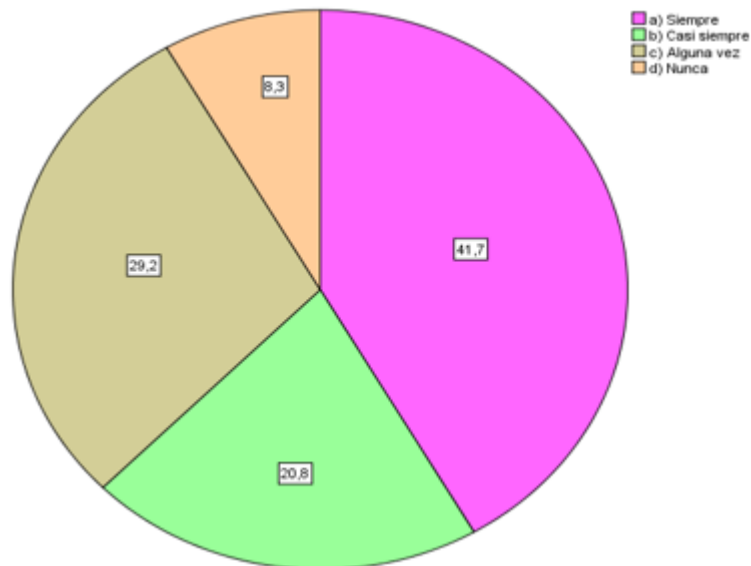
Del 100% de los encuestados, el 95,8% respondieron que no utilizan implementos de bioseguridad durante la admisión del paciente en especial en código rojo, y el 4,2% respondieron que si utilizaron algunas veces el implemento de bioseguridad durante la admisión y atención en código rojo.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se logró evidenciar que casi en su totalidad de las Enfermeras Profesionales no utilizan implementos de bioseguridad durante la admisión de paciente, lo cual puede ser un problema mayor en riesgo laboral.

GRÁFICA N° 19

19. Algunas veces has sentido estrés laboral en el área de triaje.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

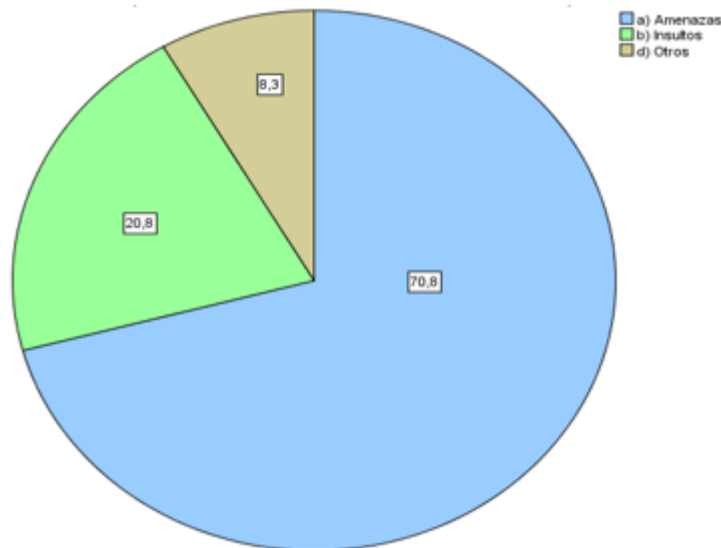
Del 100% de los encuestados, el 41,7% respondieron que siempre han sentido estrés laboral en el área de triaje las enfermeras profesionales que trabajaron, y el 29,2% respondió que alguna vez ha sentido el estrés laboral en el área de Triage durante la admisión del paciente, y con el 29,2% respondieron que alguna vez sentido el estrés laboral. Y por último con el 8,3% respondió que nunca sentido estrés laboral en el área de triaje durante la admisión de los pacientes.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que más de la mitad de las enfermeras profesionales si tuvieron estrés laboral en el área de Triage durante la admisión del paciente, ya sea por presión de los pacientes y familiares.

GRÁFICA N° 20

20. A qué tipo de agresión laboral está expuesta en su puesto de trabajo.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

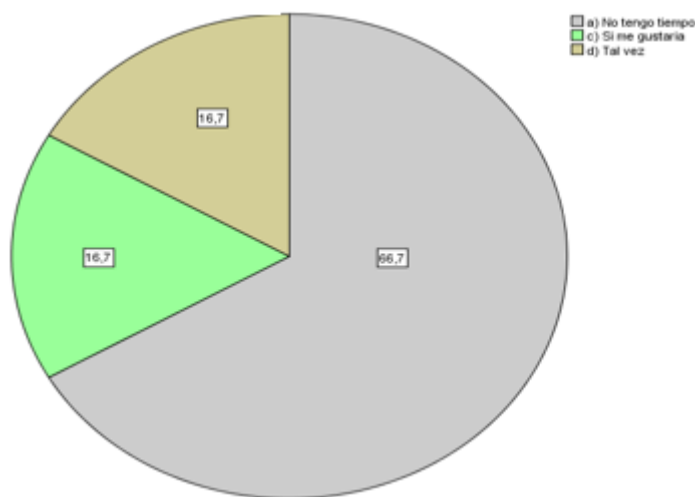
Del 100% de los encuestados, el 70,8% respondieron que si están expuesto a amenazas por pacientes y familiares en el área de Triage durante la espera para su atención médica, y el 20,8% respondieron que están expuesto a insultos y por ultimo con el 8,3% indican que si existen otro tipo de exposición laboral a la que están sometidos en el área de triaje.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que casi el total de las Enfermeras Profesionales que trabajan en el área de Triage están expuestos amenazas, insultos y otro tipo de exposición de parte de los pacientes y familiares durante la espera para su atención médica.

GRÁFICA Nº 21

21. Recibió mayor información sobre Triage sistema Manchester y sus competencias de actuación como Enfermera Profesional.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

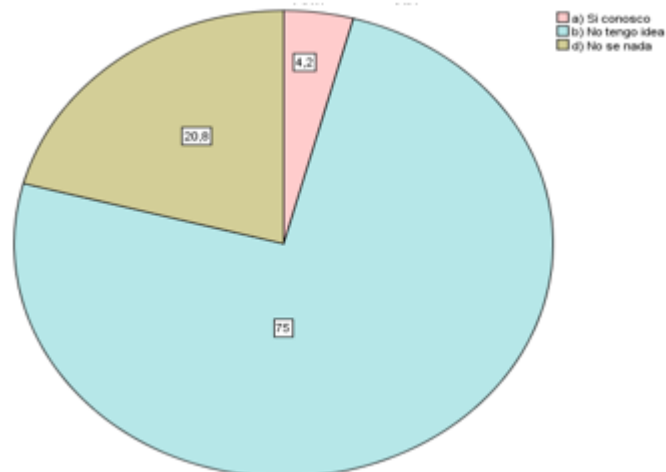
Del 100% de los encuestados, el 66,7% indicaron que no tienen tiempo para recibir información sobre Triage, y el 16,7 % respondieron que si escucharon algo y si le gustaría recibir información sobre triaje y sus competencia de actuación como Enfermera Profesional en el área de triaje.

ANÁLISIS:

Según los resultados se pudo evidenciar que la enfermeras profesionales que trabajan en emergencias y triaje les gustaría asistir a algunos cursos sobre triaje y sus competencias de actuación, pero, no pueden asistir a por falta de tiempo,

GRÁFICA N° 22

22. Tiene conocimiento sobre los 52 Ítems que plantea el sistema Manchester para la admisión de pacientes según la sintomatología.



FUENTE PROPIA: J.E.M.C. 2018

INTERPRETACIÓN:

Del 100% de los encuestados, el 75% indica que no tiene idea de que se trata los 52 Ítems de Manchester para la admisión de los pacientes en el área de Triage según sintomatología, y el 20,8% indican que está bien así, por ultimo con el 4,2% respondieron que no conocen nada al respecto de 52 Ítems del Sistema Manchester.

ANÁLISIS:

Según los resultados obtenidos se evidencio que más de la mitad no tiene ni la idea de que se trata los 52 Ítems que plantea el sistema de Manchester para admisión de pacientes según la sintomatología.

**GUÍA DE ADMISIÓN DEL
PACIENTE EN TRIAJE SEGÚN
SINTOMATOLOGÍA
DEL SISTEMA MANCHESTER
CON
39 ÍTEMS
EN EMERGENCIAS**

ANEXO Nº 8

GUÍA DE ADMISIÓN DEL PACIENTE EN TRIAJE SEGÚN SINTOMATOLOGÍA DEL SISTEMA MANCHESTER CON 39 ÍTEMS EN EMERGENCIAS

1. Adulto con mal estado general.
2. Adulto con síncope o lipotimia.
3. Agresión.
4. Aparentemente ebrio.
5. Asma.
6. Autolesión (deliberada).
7. Caídas.
8. Cefalea.
9. Comportamiento extraño.
10. Convulsiones.
11. Cuerpo extraño.
12. Diabetes.
16. Diarrea.
13. Disnea.
14. Dolor abdominal.
15. Dolor de cuello.
16. Dolor de espalda.
17. Dolor de garganta.
18. Dolor testicular.
19. Dolor torácico.
20. Enfermedad hematológica.
21. Enfermedad mental.
22. Exantemas.
23. Exposición a sustancia químicas.
24. Hemorragia gastrointestinal.
25. Herida en el tronco.
26. Heridas.
27. Infecciones locales y abscesos.
28. Mordeduras y picaduras.
29. Politraumatismo.
30. Problemas en las extremidades.
31. Problemas de oído.
32. Problemas dentales.
33. Problemas nasales.
34. Problemas oculares.
35. Problemas urinarios.
36. Quemaduras y escaldaduras.
37. Sobredosis y envenenamiento.
38. Traumatismo craneoencefálico.
39. Vómitos.

ANEXO Nº 9

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS

TABLA Nº 1

ABDOMINALES Y GASTROINTESTINALES

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
ABDOMINALES Y GASTRO-INTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal severo constante • Trauma abdominal penetrante • Parto en curso • Retraso con menstrual sangrado vaginal y dolor abdominal severo • Dolor abdominal acompañado de diaforesis, náusea, dolor en miembro superior izquierdo, disnea y angustia • Dolor abdominal, vómito o diarrea con signos de deshidratación • Trauma abdominal cerrado (menor de 24 horas), dolor severo, sangrado y signos de shock • Enterorragia masiva • Hematemesis masiva • Ingesta de tóxicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Enterorragia moderada • Sangrado rectal sin otro compromiso • Emesis en “cuncho de café” • Lesión abdominal reciente (menor de 24 horas) sin dolor severo, sangrado o shock • Dolor abdominal intermitente, vómito, diarrea, deshidratación leve • Imposibilidad para tragar sin dificultad para respirar • Dolor abdominal en mujer sexualmente activa • Dolor abdominal, sangrado vaginal y fiebre • Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vómito sin sangre • Diarrea sin compromiso del estado general del paciente • Flatulencia • Náuseas • Estreñimiento • Eructos • Regurgitación • Pirosis • Anorexia • Hiporexia • Cólico menstrual

TABLA 2

SIGNOS Y SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

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

TABLA 3

CON SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
RESPIRATORIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea súbita posterior a inhalación de sustancias químicas • Quemadura de la vía aérea • Disnea de inicio súbito • Disnea acompañada de cianosis, sibilancias audibles • Disnea con tirajes supraclaviculares, intercostales, aleteo nasal o estridor • Hemoptisis masiva • Trauma penetrante en tórax • Apnea • Obstrucción de la vía aérea (cuerpo extraño, tapón de moco, trauma facial, inmersión) • Trauma cerrado de tórax acompañado de dolor torácico, disnea súbita o respiración asimétrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tos con expectoración y fiebre • Disnea moderada progresiva • Hemoptisis moderada • Dolor torácico relacionado con la inspiración profunda • Disnea progresiva en paciente con antecedente de EPOC 	<ul style="list-style-type: none"> • Tos seca o productiva hialina, rinorrea, malestar general, con o sin fiebre • Disfonía • Tos seca • Tos crónica sin signos de dificultad respiratoria

TABLA 4

SIGNOS Y SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

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

TABLA 5

SIGNOS Y SÍNTOMAS MUSCULO ESQUELÉTICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
MUSCULO-ESQUELÉTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura abierta con sangrado abundante o dolor intenso • Fractura de huesos largos • Amputación traumática • Dolor severo en extremidad con compromiso circulatorio • Trauma por aplastamiento con dolor severo o compromiso vascular o neurológico • Deformidad en articulación con dolor intenso (luxación) • Fracturas múltiples • Trauma en cadera con dolor intenso y limitación para la movilización 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma en extremidad con deformidad y dolor tolerable sin déficit neurológico o circulatorio • Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores y parestesias • Dolor articular en paciente hemofílico • Trauma cerrado de mano y pie sin compromiso neurovascular • Lesiones de punta de dedo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor lumbar sin síntomas asociados • Espasmo muscular • Esguince • Dolor en dorso localizado • Contusiones • Dolor muscular sin otros síntomas • Edema sin trauma • Limitación funcional crónica • Trauma menor • Artralgias acompañadas de fiebre

TABLA 6

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL OJO

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

TABLA 7

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS

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

TABLA 8**SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL OÍDO**

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

TABLA 9**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE VIAS URINARIOS**

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
URINARIOS	<ul style="list-style-type: none">• Dolor severo en dorso, hematuria (sugestivo de urolitiasis)• Retención urinaria aguda• Trauma de pelvis con hematuria o anuria	<ul style="list-style-type: none">• Cuerpo extraño uretral• Hematuria, disuria, polaquiuria, fiebre, vómito y escalofrío	<ul style="list-style-type: none">• Historia de dificultad para la micción• Disuria o poliuria sin fiebre, vómito o escalofrío• Disminución en el flujo urinario.• Incontinencia• Secreción de pus

TABLA 10

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE NARIZ, BOCA Y GARGANTA

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<p>NARIZ, BOCA Y GARGANTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rinorrea con sangre o cristalina posterior a trauma de cráneo • Trauma facial con obstrucción de la vía aérea o riesgo de obstrucción. • Epistaxis asociada a presión arterial alta, cefalea • Sangrado abundante • Amputación de la lengua o herida de mejilla con colgajo • Disfonía con historia de trauma en laringe o quemadura • Odinofagia, sialorrea y estridor • Disnea, disfagia e instauración súbita de estridor • Sangrado activo en cirugía reciente de garganta, boca o nariz. • Cuerpo extraño en faringe asociado a disnea 	<ul style="list-style-type: none"> • Epistaxis intermitente con historia de trauma o hipertensión arterial • Trauma nasal asociado a dificultad respiratoria leve • Cuerpo extraño en nariz, dolor o dificultad respiratoria leve 	<ul style="list-style-type: none"> • Herida por punción en paladar duro o blando • Alergia, fiebre y congestión nasal • Trauma nasal sin dificultad respiratoria • Rinorrea, dolor malar o frontal y fiebre • Cuerpo extraño en nariz sin molestia • Odinofagia, fiebre y adenopatías • Lesiones en mucosa oral • Sensación de cuerpo extraño en faringe sin dificultad respiratoria

TABLA 11

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS GENITALES Y DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
GENITALES Y SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto en curso • Sangrado vaginal o uretral severo posterior a trauma • Retraso menstrual, dolor abdominal severo o irradiado a hombro • Hemorragia vaginal severa durante el embarazo (más de cuatro toallas por hora) • Amniorrea espontánea en el embarazo • Trauma en el embarazo • Hipertensión arterial en el embarazo • Convulsiones en paciente embarazada • Choque en el embarazo • Abuso sexual menor de 72 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual mayor de 72 horas • Sangrado vaginal (más de 10 toallas por día o pulso mayor de 100 por minuto) • Trauma en genitales externos, hematoma o laceración • Sangrado vaginal pos aborto o pos parto sin hipotensión o taquicardia • Cuerpo extraño con molestia • Dolor severo en mamas y fiebre • Dolor abdominal acompañado de fiebre y flujo vaginal • Dolor abdominal pos parto, fiebre y coágulos fétidos • Disminución de movimientos fetales • Dolor abdominal pos quirúrgico • Signos de infección en la herida quirúrgica • Sintomatología urinaria en mujer embarazada 	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito vaginal o flujo • Infertilidad • Determinar embarazo • Amenorrea sin sangrado o dolor • Cuerpo extraño sin molestia • Dispareunia • Dismenorrea • Irregularidad en el ciclo menstrual • Prolapso vaginal • Disfunción sexual • Oleadas de calor • Mastalgia

TABLA 12

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SISTEMA TEGUMENTARIO

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<p>Tegumenta Rio</p>	<p>Mordeduras con sangrado abundante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mordedura o picadura con respuesta alérgica sistémica • Hipotermia, rash, petequias y fiebre • Quemadura por calor o frío con deshidratación o compromiso general del paciente. • Quemadura en cara, cuello, manos, pies y genitales • Herida penetrante con hemorragia incontrolable • Lesión en nervio, tendón o vaso sanguíneo • Reacción alérgica con compromiso ventilatorio o hemodinámico 	<ul style="list-style-type: none"> • Mordedura de perro • Mordedura de serpiente o araña asintomática sin reacción alérgica • Hipotermia, palidez o cianosis localizada, sin dolor • Rash, dolor osteomuscular generalizado, fatiga y fiebre • Quemadura sin compromiso del estado general del paciente y dolor tolerable 	<p>Picaduras menores localizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión por frío sin hipopigmentación y dolor leve • Laceración • Herida menor por punción • Retiro o revisión de sutura • Herida infectada localizada • Rash sin fiebre o síntomas sistémicos • Celulitis • Cuerpo extraño en tejidos blandos • Rash de aparición súbita, pruriginoso sin compromiso respiratorio • Lesiones en piel sin compromiso del estado general • Quemadura solar grado I • Adenopatías • Descamación, prurito • Excoriaciones • Resequedad • Diaforesis sin síntomas asociados

TABLA 13

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SISTEMA ENDOCRINO

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<p>ENDOCRINO Los signos y síntomas descritos para este sistema deben ser correlacionados con las condiciones Clínicas del paciente.</p>	<p>Deshidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polipnea o respiración de Kussmaul • Hipotermia • Diaforesis profusa 	<p>Poliuria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polidipsia • Diaforesis • Temblor 	<p>Intolerancia al calor o frío</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso • Polifagia • Obesidad • Oleadas de calor • Tetania (espasmo muscular fuerte súbito)

TABLA 14

SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio o ideación suicida • Agitación psicomotora • Confusión • Alucinaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Paciente desea evaluación • Ansiedad • Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) • Abuso de sustancias • Insomnio 	

TABLA Nº 15

SIGNOS VITALES EN RELACIÓN A LA EDAD DE LOS PACIENTES

PRESIÓN ARTERIAL			PULSO		FRECUENCIA RESPIRATORIO		TEMPERATURA	
EDAD	SISTOLICA	DIASTOLICA	EDAD	VALOR	EDAD	VALOR	EDAD	VALOR
– 5 años	<80 >110	<50 >80	RN	<120 >180	RN	< 30 >50	0 – 5 años	35°C >39°C
5-7 años	<80 >120	<50 >80	1 año	<110>130	6 meses	<20 >40	0 – 5 años (Antecedente de convulsión febril)	37°C
7-10- años	<85 >130	<55 >90	2 años	<90 >120	1-2-años	<20 >30	Adulto	<35°C >40°C
10-12 años	<85 >135	<55g >95	4 años	<80>110	2-6-años	<15 >25		
>12 años	<90 >140	<40 >110	8 años	<70 >100	Adulto	<12 >30		
Adulto	<70 >200		Adulto	<40 >150				

ANEXO Nº 10

DIFERENCIA SEMÁNTICA

Acogida: Proceso íntimamente ligado a la recepción en que se realiza el recibimiento, la identificación y la valoración física, a primera vista, de la persona que demanda asistencia.

Anamnesis: Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del paciente, anteriores a la enfermedad actual. También conocida como entrevista.

Admisión: Es recibir al paciente en la unidad de atención.

Calidad Asistencial: Estrategia que persigue una mejor salud, que se intenta acercar a los estándares de salud fijados y deben satisfacer las necesidades de los clientes.

Catástrofe: Suceso que provoca una alteración grave del estado de salud de la población, donde la demanda sanitaria supera con creces la oferta que existe habitualmente. En ella se excede también la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Cliente: Persona a la que va dirigida el proceso de atención. Son colaboradores en la garantía de calidad en tres sentidos, como definidores, evaluadores e informadores.

Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre la respuesta del individuo, la familia o la comunidad a procesos vitales y problemas de salud que genera respuestas humanas reales o potenciales de las que la enfermera es responsable.

Eficacia: Resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones ideales o de laboratorios.

Emergencia: Situación donde la salud e incluso la vida del paciente o población pueden estar gravemente comprometidos y precisar una atención inmediata.

Empatía: Capacidad de una persona para participar afectivamente de una realidad ajena.

Estabilización Hemodinámica: Actividades encaminadas a conseguir un trabajo cardiaco y una circulación efectivos y espontáneos, a través de reposición de volemia, fármacos, masaje cardiaco, etc.

Evaluación: Es la modificación del plan de cuidados basándose en las respuestas del paciente y en la consecución de los objetivos y resultados. La evaluación se repetirá tantas veces como la sintomatología del paciente lo requiera.

Inspección: Examen físico-funcional de paciente.

Intervención de enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado del paciente y cada uno de los cuidados priorizados y administrados por una Enfermera.

Nivel de gravedad: Cada uno de los grados del estado de salud que presenta el paciente y que conlleva una determinada priorización en la actuación de los profesionales en salud.

Nivel de Prioridad: Forma en que se estructura la atención al paciente, dependiendo de la gravedad de su patología y del estado general que presente. El nivel de prioridad determina la rapidez con que se actúa sobre el paciente.

Parada cardiorrespiratoria: Es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontáneas. La consecuencia es el cese del transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales; su etiología puede ser cardíaca (fibrilación ventricular, asistolia) o respiratoria.

Procedimientos: Acciones secuenciales, sistemáticas, organizadas y con base científica, encaminadas a resolver una situación concreta.

Reanimación Cardiopulmonar (RCP): Conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de parada cardiorrespiratoria (PCR), sustituyendo primero para intentar restaurar después, la respiración y circulación espontáneas, con el objetivo fundamental de recuperar las funciones cerebrales completas.

RCP Básica: Son las maniobras para revertir el estado de PCR que se realiza sin ningún tipo de material excepto una barrera para la insuflación pulmonar. Puede llevarse a cabo por una o dos personas y debe instaurarse antes de cuatro minutos.

RCP Avanzada: Medidas terapéuticas cuyo objetivo es el tratamiento definitivo de la RCP, es decir, restablecer las funciones cardíacas y respiratorias espontáneas. Es preciso instrumental adecuado e instaurarse antes de los ocho minutos.

Recepción: Acción y efecto de recibir.

Registro RAC: Sistema ordenado y consensuado, para la toma de datos y su participación sobre cualquier soporte, papel o informático, que se utiliza en la RAC y sirve para trasladar la información dentro del equipo asistencial.

Riesgo Vital: Situación en la que hay serio compromiso hemodinámico del paciente que le puede hacer perder la vida. La actuación debe ser inmediata.

Satisfacción del usuario: Es uno de los indicadores de calidad asistencial que los pacientes proporcionan.

Triage: Palabra de origen Francés que significa clasificación de pacientes según su estado de gravedad aplicada en situaciones límites o de catástrofes con múltiples víctimas.

Urgencia: Situación en que el paciente requiere una rápida atención, sin riesgo vital.

Urgencia Vital: Urgencia que compromete la vida del individuos.

ANEXO Nº 11

GLOSARIO SEGÚN TRIAJE MANCHESTER

Acalorado (templado): Si la piel se siente templada, se dice que el paciente está clínicamente templado (acalorado). La temperatura se debería tomar lo antes posible: una temperatura mayor de 37,5°C se dice que es templada.

Agotamiento: Un paciente agotado parece que reduce el esfuerzo que hace para respirar a pesar de continuar con la disnea. Esto suele ocurrir sobre todo en niños y se considera que es pre terminal.

Aumento del trabajo respiratorio: El aumento del trabajo respiratorio se manifiesta como aumento de la frecuencia respiratoria, la utilización de músculos auxiliares y aparición de gemidos.

Ausencia de pulso: Sin pulso central al examinar palpando durante 5 segundos (el pulso central se examina palpando las arterias carótidas o femorales).

Cefalea: Cualquier dolor en la cabeza que no esté relacionado con una estructura anatómica particular. No se incluye el dolor facial.

Compromiso vascular: Habrá una combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la lesión.

Compromiso vascular distal: Habrá una combinación de palidez, frialdad, alteración de la sensibilidad y dolor con o sin ausencia de pulso distal a la herida.

Crisis convulsiva (ataque presente): Cumplen con este criterio pacientes que se presentan con un ataque activo, es decir, que se encuentran en ese momento en

estado tónico o clónico de una convulsión de gran mal y pacientes que experimentan en ese momento ataques parciales.

Disnea: Dificultad respiratoria que puede ser aguda o crónica.

Disnea aguda: Disnea que se presenta de repente, o una repentina exacerbación de una disnea crónica.

Disuria: Dolor o dificultad al orinar

Dolor cardíaco: El dolor con *perfil cardíaco*, clásicamente es un dolor “sordo”, “opresivo”, grave e “intenso”, localizado en la parte central del pecho, que suele irradiar hacia el brazo izquierdo o hacia el cuello. Puede estar asociado con sudoración y náuseas.

Dolor espasmódico: Dolor tipo cólico, que va y viene en oleadas. Los cólicos renales tienden a ir y venir en 20 min. Aproximadamente.

Dolor intenso: Dolor que sea insoportable, a menudo descrito por el paciente como el peor que jamás ha tenido.

Dolor pleurítico: El dolor con perfil pleurítico, normalmente es un dolor punzante (agudo) en el torax, que empeora al respirar, toser o estornudar.

Emisión aguda de sangre fresca o alterada por vía rectal: Es una hemorragia gastrointestinal activa y masiva, saldrá sangre roja oscura por vía rectal. A medida que el tiempo de tránsito gastrointestinal aumenta, la sangre se pone más oscura, pudiendo llegar a ser melenas.

Enfisema subcutáneo: El gas bajo la piel puede detectarse sintiendo un “crujido” al tocar. Puede haber burbujas de gas y una línea de demarcación.

Estado crítico de la piel: Una fractura o luxación puede dejar fragmentos o extremos de hueso presionando tan fuerte contra la piel que comprometan su vitalidad. La piel estará blanca y bajo tensión.

Estridor: Puede ser un ruido inspiratorio o espiratorio, o ambos. El estridor se oye mejor cuando se respira con la boca abierta.

Evisceración de órganos: Herniación o extrusión franca de órganos internos.

Exantema generalizado: El exantema puede ser de cualquier forma pero normalmente será eritematoso o urticarial.

Fractura abierta: Todas las heridas en la proximidad de una fractura se deberían considerar con recelo. Si hay cualquier posibilidad de comunicación entre herida y fractura, está se debería considerar como abierta.

Frecuencia de pulso: El número de pulsaciones (latidos cardiacos) por minuto.

Frecuencia respiratoria: El número de respiraciones por minuto.

Frío: Si la piel se siente fría, se dice que el paciente está clínicamente frío. La temperatura se debería tomar lo antes posible- una temperatura central menor de 35°C se dice que es fría.

Heces negras (melenas): Cualquier deposición muy oscura.

Hematuria franca: Sangre en la orina visible a simple vista.

Hemorragia activa: Hemorragia que ocurre a un ritmo tal que la muerte sobrevendrá rápidamente si el sangrado no cesa.

Herida contaminada: Una herida que contiene material extrínseco de cualquier descripción se dice que está contaminada.

Hiperglucemia: Glucosa mayor a 300 mg/dl

Hipoglucemia: Glucosa menor de 50 mg/dl.

Infección local: Infección local que usualmente se manifiesta como una inflamación (dolor, tumefacción y enrojecimiento) limitada a una parte específica del cuerpo con o sin acumulación de pus.

Inhalación de humo: Se debería considerar la inhalación de humo si el paciente estuvo encerrado en una habitación llena de humo. Los signos físicos como hollín oral o nasal son menos seguros pero significativos si están presentes.

Lesión ocular: Un suceso traumático físico reciente en el ojo.

Lesión por electricidad: Cualquier lesión causada o posiblemente causada por corriente eléctrica. Esto incluye corriente alterna y continua, y tanto de origen artificial como natural.

Lesión por inhalación química: Antecedente de haber inhalado una sustancia química potencialmente peligrosa. Algunas sustancias dejan signos específicos mientras que otras pueden no hacerlo. La naturaleza del peligro puede no ser aparente de forma inmediata.

Lesión torácica: Cualquier lesión en el área comprendida bajo las clavículas y sobre el nivel de las costillas inferiores. Una lesión en la parte baja del tórax puede causar daño a los órganos abdominales subyacentes.

Nivel de consciencia alterado: No completamente alerta (despierto). El paciente sólo responde a la voz o al dolor o no responde.

Pérdida de función focal o progresiva: Pérdida de función limitada a una parte específica del cuerpo (miembro, costado, ojo, etc.) o una pérdida de función que empeora en horas.

Púrpura: Un exantema en cualquier parte del cuerpo causado por pequeñas hemorragias bajo la piel. Un exantema purpúreo no palidece (se pone blanco) cuando se aplica presión sobre él.

Respiración inadecuada: Tienen una respiración inadecuada los pacientes que no pueden respirar lo suficientemente bien como para mantener una oxigenación adecuada. Puede haber un aumento de trabajo respiratorio, signos de respiración inadecuada o agotamiento.

Secreciones o vesículas generalizadas: Cualquier secreción difusa (axudado y trasudado) o erupción vesicular que cubra más del 10% de la superficie total del cuerpo.

Shock: El shock es una reducción de la perfusión hística con una inadecuada distribución de oxígeno a los tejidos. Los signos clásicos incluyen: sudoración, palidez, taquicardia, hipotensión y reducción del nivel de consciencia.

Sibilancias: Pueden ser sibilancias audibles o una sensación de jadeo. Una obstrucción grave de la vía respiratoria es silenciosa (no se mueve el aire).

Signos/síntomas neurológicos recientes: Se trata de signos/ síntomas neurológicos de nueva aparición. Estos pueden incluir: alteración o pérdida de sensibilidad, debilidad en las extremidades (transitoria o permanente) o alteraciones de las funciones de la vejiga o intestino.

Signos de deshidratación: Se incluyen: lengua seca, enoftalmias, aumento de los pliegues cutáneos (turgencia de la piel), y en bebés pequeños fontanela anterior hundida. Generalmente se asocian a oliguria (baja producción y excreción de orina).

Signos de meningismo: El síndrome meníngeo se caracteriza clásicamente por, rigidez de nuca junto con cefalea y fotofobia.

Tiempo de relleno capilar: Es el tiempo que tardan en rellenarse los capilares del lecho ungueal tras aplicar presión durante 5 segundos. El tiempo normal es menor de 2 segundos. ESTE SIGNO ES MENOS ÚTIL SI EL PACIENTE ESTÁ FRÍO.

Trastorno hemorrágico: trastorno sanguíneo congénito o adquirido.

Traumatismo craneoencefálico: Cualquier suceso traumático en el que esté implicada la cabeza cumple con este criterio.

Traumatismo penetrante: Un suceso traumático físico reciente que implica penetración discreta en cualquier parte del cuerpo de un cuchillo, bala u otro objeto.

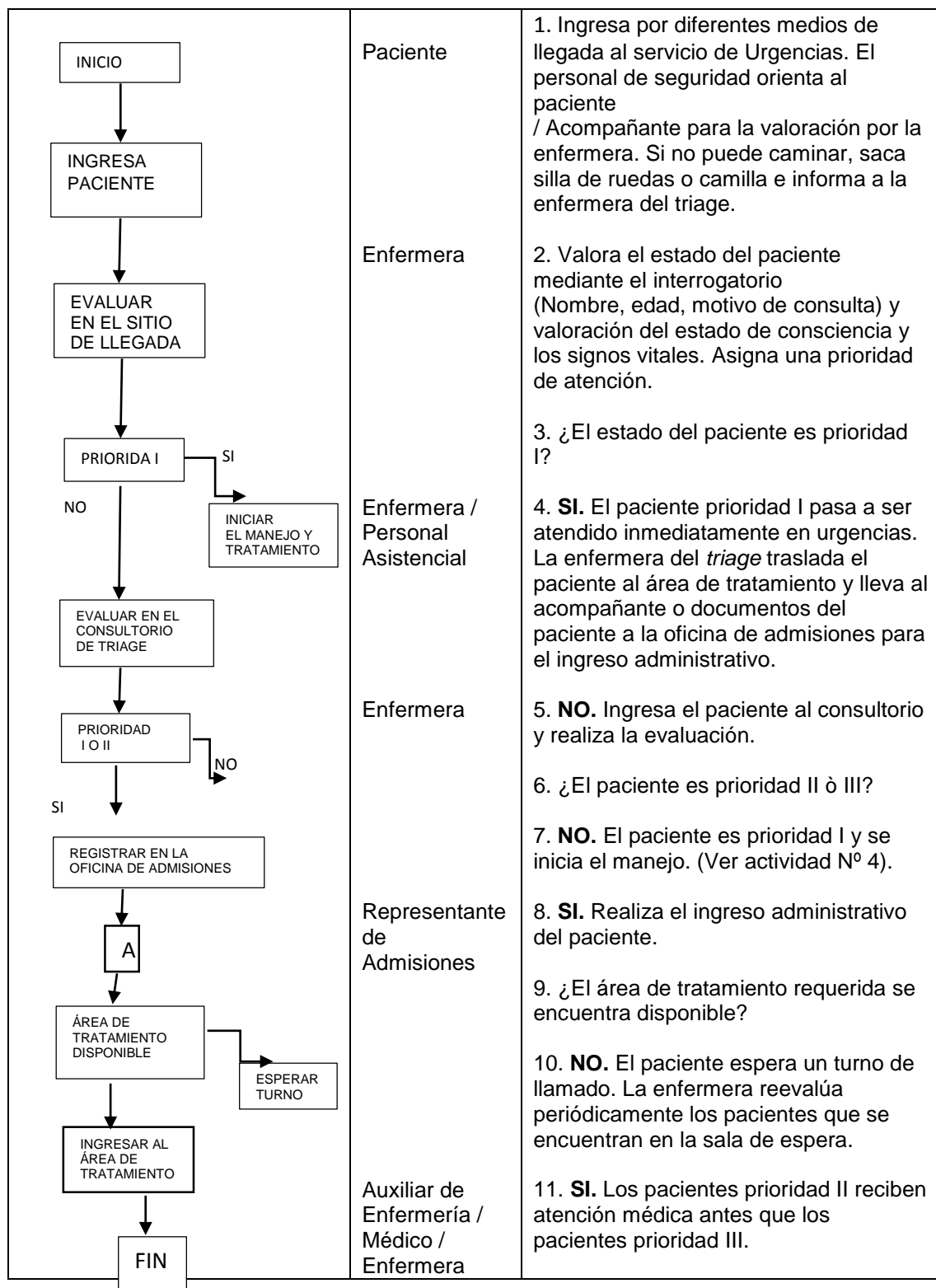
Tumefacción: Un aumento de tamaño que puede ser localizado o difuso.

Vía aérea cerrada: Los paciente son pueden respirar a través de una vía aérea cerrada. Si los pacientes están apneicos, la única manera de ver si la vía aérea está cerrada es abrirla y observar el resultado.

Vía aérea comprometida: Una vía aérea puede estar comprometida, bien porque no se puede mantener abierta o porque se han perdido los reflejos protectores de la vía aérea (los que evitan la inhalación).

ANEXO Nº 12

Organigrama de actuación en Triage



DISEÑO METODOLÓGICO

GUÍA DE ADMISIÓN SEGÚN SINTOMATOLOGÍA DEL SISTEMA MANCHESTER DIRIGIDO A LA ENFERMERA PROFESIONAL QUE TRABAJA EN ÁREA EMERGENCIAS Y TRIAJE DEL HOSPITAL OBRERO Nº 1

1. INTRODUCCIÓN

- El triaje es un término francés *triage*, "clasificación", del verbo "trier" separar, clasificar) o protocolo de intervención es un método de selección y clasificación de pacientes empleado en la medicina de emergencias y desastres, evalúa las prioridades de atención según los signos y síntomas del paciente, siempre anteponiendo la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles en el servicio de Emergencia, y tratando de evitar que se retrase la atención Médica al paciente, por lo tanto evalúa el riesgo inmediato de muerte y las posibles complicaciones derivadas de la espera.

2. JUSTIFICACIÓN

- Una correcta clasificación evitará el perjuicio de tiempos de espera prolongados a los pacientes que acuden en busca de atención médica especializada, ya sea con transferencia de diferentes policlínicos con o sin urgencias reales, en relación a la urgencia del paciente, teniendo en cuenta que todo este proceso se ve influenciado por los recursos humanos, materiales y organizativos del propio servicio.

3. OBJETIVO

- Elaborar e Implementar una guía de admisión de pacientes según sistema Manchester para las enfermeras Profesionales que trabajan en el área Emergencias y Triage del Hospital Obrero Nº 1.

4. UNIDAD DE INTERVENCIÓN

- El alcance de la presente será para las Enfermeras Profesionales que trabajan en el servicio de emergencias y triaje del Hospital Obrero N° 1 de la ciudad de La Paz.
- Esta investigación fue dirigida a las enfermeras profesionales que trabajan en el servicio de Emergencias y Triage del Hospital Obrero N° 1.

5. METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA

- La metodología a emplearse será presentación de la guía.

6. DESARROLLO

ACTIVIDAD	OBJETIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	DIMENSIONES	RECURSOS/ FINANCIAMIENTO	RESPONSABLE
* Inicio de la sesión informativa	* Implementar una guía de admisión.	*Diagnóstico inicial	*Enfermeras profesionales de diferentes turnos	*Expositora * Ambiente * Sillas	La investigadora
Exposición	Informar sobre triaje Manchester	*Definición *Funciones de la Enfermera en Triage RAC	*Enfermeras profesionales de diferentes turnos	* Expositora * Guía de propuesta	La investigadora
Demostración	Aplicación y manejo de la guía de admisión	*Aplicación *Evaluación *Designación	*Enfermeras profesionales de diferentes turnos	*Expositora * Ambiente * Sillas	La investigadora
Conclusión	Compartir opiniones			La investigadora	La investigadora
Evaluación	Retroalimentación			La investigadora	La investigadora
Agradecimiento y refrigerio	Confraternización			La investigadora	La investigadora

ANEXOS Nº 14

FOTOS

SERVICIO DE EMERGENCIA



Servicio de Triage durante la admisión del paciente



Llenado de la ficha de triaje y del cuaderno de admisión.