

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE TRIAGE ESPAÑOL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, LA PAZ, 2018.

POSTULANTE: Lic. Eliana Mamani Quispe

TUTORA: Lic. M.S.g. Sussy Pizarro Cruz.

Tesis de Grado presentado para optar al título de Magíster Scientiarum en Enfermería Médico Quirúrgico.

LA PAZ- BOLIVIA
2019

DEDICATORIA

Mi propuesta de investigación la dedico con todo amor y cariño a DIOS, que me diste la oportunidad de vivir por algún motivo y de regalarme una familia maravillosa por su confianza e impulso para que cada día sea mejor persona y profesionista.

A mis padres que me dieron la vida y me fijaron principios para superarme, aquí está lo que ustedes me brindaron, a mis hermanos (as) por su apoyo incondicional durante todo el trayecto de mi vida, quienes han velado por mí.

A todos mis Docentes de la Maestría Med. Quirúrgico por su apoyo, enseñanzas y críticas que me han hecho mejorar tanto en el plano profesional, como persona.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a Dios, por llenar mi vida de dicha, bendiciones y permitirme llegar hasta donde he llegado y cumplir un sueño anhelado.

A la Universidad Mayor de San Andrés - Post Grado Medicina, por seguir formando como profesionales Magísteres, Especialistas humanistas y competentes.

A nuestros distinguidas (os) Docentes durante toda la Maestría han aportado con un granito de arena a nuestra formación.

A mi tutora, quiero agradecer todo su esfuerzo y dedicación ya que ha sido un privilegio contar con su ayuda en este camino.

Al Hospital Instituto Nacional del Tórax – La Paz, agradezco por haberme dado la oportunidad de realizar las pasantías, y por la apertura brindada para la realización de mi Proyecto de tesis. A todo el personal de Servicio de Emergencias, durante el periodo de estudio, los cuales se prestaron a participar en esta investigación. Sin su grata colaboración hubiera sido imposible llevar a cabo la recogida de datos. Mil gracias.

ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
2.1. A Nivel Internacional.....	2
2.2. A Nivel Nacional.	8
2.3. A Nivel Departamental – La Paz.....	9
2.4. Servicio de Emergencias – Hospital Instituto Nacional del Tórax La Paz.....	9
III. JUSTIFICACIÓN.....	10
IV. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1. Marco teórico situacional.....	11
4.2. Antecedentes en los Servicios de Emergencias Hospitalarios.....	11
4.3. Concepto de Urgencia:.....	12
4.4. Generalidades Servicios de Urgencias y/o Emergencias:.....	12
4.5. Organización del Servicio de Urgencias.....	13
4.5.1. Como llegan los pacientes a urgencias.....	13
4.5.2. Quién recibe a los enfermos.....	14
4.5.3. De quién dependen los enfermos en el servicio de urgencias.....	14
4.6. Estructura Física de Servicios de Urgencias Hospitalaria:.....	15
4.7. Zonas del Servicio de Urgencias y/o Emergencias.....	17
4.8. Triage.....	19
4.9. Triage Concepto:.....	20
4.10. Importancia del Triage:.....	21
4.11. Funciones del Triage:.....	21
4.12. Tipos de Triage:.....	21
4.13. Ventajas del Triage:.....	22

4.13.1. Para los pacientes:	22
4.13.2. Para el servicio de emergencia:.....	23
4.13.3. Para la dirección u organización.....	23
4.16. Utilidad del Sistema de Triage Estructurado.....	25
4.17. Modelo de Sistema de Triage	26
4.18. El Sistema de Triage Español (SET).	26
4.19. Formas de Aplicación de Triage	30
4.20. Ubicación de la Unidad de Triage.....	30
4.21. Equipo Básico en el Triage.....	30
4.22. Mejoras Estructurales en Base al Sistema de Triage	31
4.22.1. La unidad de triaje	31
4.22.2. Ubicación de la/s unidad/es de triaje	32
4.22.3. Dotación técnica de la unidad de triaje	32
4.22.4. El triaje del paciente encamado.....	33
4.23. Alteraciones que se pueden producir en el paciente:	33
4.24. Pasos Previos a la Implementación.....	33
4.25. Proceso de Implementación	35
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	37
VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	38
VII. OBJETIVOS	39
7.1. Objetivo General:.....	39
7.2. Objetivo Específico:	39
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
8.1. Área de Estudio:.....	40
8.2. Tipo de estudio:	40
8.3. Universo y Muestra.....	41

8.4. Criterios de Selección.....	41
8.4.1. Criterios de inclusión	41
8.4.2. Criterios de exclusión	41
8.5. Estado de Variables:.....	41
8.6. Operacionalizacion de Variables:	42
8.6.1. Variable del 1er Objetivo Específico:.....	42
8.6.2. Variables del 2do. Objetivo Específico:	43
8.6.3. Variables del 3er. Objetivo Específico:	44
8.7. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	45
IX. CONSIDERACIONES ÉTICOS.....	48
X. RESULTADOS.....	49
XI. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN.....	63
XII. DISCUSIÓN.....	64
XIII. CONCLUSIÓN.....	66
XIV. RECOMENDACIONES	67
XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
XVI. ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N°	Pág.
1. ATENCIÓN INMEDIATA QUE DA EL PERSONAL ..	49
2. CONOCIMIENTO SOBRE TRIAGE.....	50
3. EXISTENCIA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.....	51
4. NECESIDAD DE IMPLEMENTAR EL TRIAGE.....	52
5. POR QUÉ? IMPLEMENTAR EL TRIAGE.....	53
6. QUIENES DEBEN MANEJAR Y/O CLASIFICAR EL TRIAGE.....	54
7. ASIGNACIÓN DEL NIVEL DE PRIORIDAD ..	55
8. NIVEL DE ASIGNACIÓN SEGÚN LA PRIORIDAD DE TRIAGE.....	56
9. UBICACIÓN FINAL DEL USUARIOS ATENDIDO.....	57
10. RESPUESTA DE USUARIOS Y/O ACOMPAÑANTE ..	58
11. RECOMENDACIÓN DE SERVICIO DE URGENCIAS A OTRAS PERSONAS...59	
12. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ..	60
13. EXPLICACIÓN POR EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN.....	61
14. PENSAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD DEL USUARIO.....	62

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°	Pág.
1. LA ATENCIÓN INMEDIATA E QUE DA EL PERSONAL	82
2. CONOCIMIENTO DE TRIAGE	83
3. EXISTENCIA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.....	84
4. NECESIDAD DE IMPLEMENTAR EL TRIAGE.....	85
5. POR QUÉ? IMPLEMENTAR EL TRIAGE.....	86
6. QUIENES DEBEN MANEJAR Y/O CLASIFICAR EL TRIAGE.....	87
7. ASIGNACIÓN DEL NIVEL DE PRIORIDAD	88
8. NIVEL DE ASIGNACIÓN SEGÚN LA PRIORIDAD DE TRIAGE.....	89
9. UBICACIÓN FINAL DEL USUARIOS ATENDIDOS.....	90
10. RESPUESTA DE USUARIOS Y/O ACOMPAÑANTE	91
11. RECOMENDACIÓN DE SERVICIO DE URGENCIAS	92
12. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA	93
13. EXPLICACIÓN POR EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN.....	94
14. PENSAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD DEL USUARIO.....	95

ÍNDICE DE ANEXOS

NÚMERO	Pág.
ANEXO 1. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION.....	73
ANEXO 2. CUADRO DE RESULTADOS.....	81
ANEXO 3. ASPECTOS ÉTICOS.....	96
ANEXO 4. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	105
ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD Y COSTO.....	109

RESUMEN

La afluencia de pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado. Esta demanda conlleva a la sobrecarga de los SUH acarreado una serie de consecuencias negativas. La demanda de usuarios en el Servicio de Emergencias del INT, con patologías, que no requieren atención inmediata, al mismo tiempo existe descontento e inconformidad del usuario con la atención recibida. El presente estudio analiza los resultados de la necesidad de elaborar una propuesta de implementación de un Sistema de Triage, como estrategia de mejorar la calidad y cobertura ante la demanda de los pacientes, y tiene como **objetivo**, Determinar la necesidad de implementar el Sistema de Triage en el Servicio de Emergencias, Instituto Nacional de Tórax, Gestión 2018, La Paz – Bolivia. **Diseño**; el estudio de tipo Descriptiva, cuantitativo, transversal; **Métodos**; se aplicó una encuesta al personal que labora en el servicio de Emergencias, Usuario que acuden al Servicio y revisión exhaustiva de Historias Clínicas. Los **Resultados** de hallazgo por el personal fueron, que un 92% indican que no cuentan con un sistema de triage, 62 % quiere implementar por efectividad, en cuanto a la revisión de HC, la asignación de nivel la mayoría no requiere una atención en una Institución de Tercer Nivel, 29% pertenece al Primer nivel, y un 23% al Segundo Nivel y por ende en la clasificación de triage, la mayoría pertenece al Nivel V y los usuarios indicaron que tuvieron que esperar mucho para la atención Médica, un 21% tuvo que esperar entre 16 a 20 minutos, 18 % tuvo que esperar entre 5 a 10 minutos, 15% espero 11 a 15 min, 11% espero más de 20 min, y 3% espero horas. **Conclusiones**; por tanto, de acuerdo a resultados de la investigación se propone implementar un Sistema de Triage en el Servicio de Emergencias INT, para mejorar la calidad de las organizaciones en la asistencia del servicio, disminuir la congestión, garantizar una asistencia integral y de calidad al cuidado que acude al servicio.

Palabras clave: Imprentar, Sistema de Triage, Emergencias, Urgencias, y usuarios.

ABSTRACT

The influx of patients to the Hospital Emergency Services has suffered an increase worldwide since the last century. This demand leads to the overload of the HES leading to a series of negative consequences, both for patients and for the Service. The demand of users in the Emergency Service of INT, with pathologies, which do not require immediate attention, at the same time there is discontent and dissatisfaction of the user with the care received because it is not given as a priority according to the seriousness of his health condition. This study analyzes the results of the need to prepare a proposal for the implementation of a Triage System, as a strategy to improve the quality and coverage of patient demand, and aims to determine the need to implement the Triage System in the Emergency Service, Instituto Nacional de Thorax, Gestión 2018, La Paz - Bolivia. The Descriptive, quantitative, cross-sectional study, according to the scope of the results in which it was established, the time of occurrence of the events and the recording of the information, was a cross-sectional study, since it was limited to a period of set time; The collection techniques and instruments were a survey carried out to the personnel that work in the service, the users who come to the service and the exhaustive review of medical records. The results of the finding by the staff were that 92% indicate that they do not have a triage system, 62% want to implement it for effectiveness, in terms of HC revision, the majority level assignment does not require attention in a Institution of Third Level, 29% belongs to the First level, and 23% to the Second Level and therefore in the classification of triage, the majority belongs to Level V and users indicated that they had to wait a long time for medical attention, a 21 % had to wait between 16 to 20 minutes, 18% had to wait between 5 to 10 minutes, 15% waited 11 to 15 min, 11% waited more than 20 min, and 3% waited for hours. Therefore, according to the results of the investigation, it is proposed to implement a Triage System in the INT Emergency Service, to improve the quality of the organizations in the assistance of the service, reduce congestion, guarantee a comprehensive and quality care that goes to the service.

Keywords: Printing, Triage System, Emergencies, Emergencies, and users.

I. INTRODUCCIÓN.

La afluencia de pacientes hacia los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado. Esta demanda conlleva a la sobrecarga de los Servicios de Urgencias acarreado una serie de consecuencias negativas, tanto para los pacientes como para el Servicio. En parte, este incremento de visitas se debe a las personas que utilizan el SUH de forma inadecuada. Este fenómeno ha puesto de manifiesto la necesidad de implantar Sistemas de Triage Estructurado. (1)

El triage es la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al Servicio de Urgencias y que permite definir la prioridad de la atención. Esta clasificación se hace a través de una valoración del médico o enfermero (a) profesional, quienes identifican las enfermedades, requieren atención inmediata para priorizar sobre aquellas que pueden esperar. (2) El proceso del triage es determinar la prioridad con la cual se atenderán los usuarios, que se basa en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles. (2) Es importante seleccionar las medidas diagnósticas y terapéuticas correctas, hacerlo rápidamente y en el orden y ritmo adecuado; es decir, se debe priorizar cada tipo de patología para evitar errores fatales. Las intervenciones del personal de salud deben decidirse, no sólo en función de las prioridades del propio paciente, sino considerando las necesidades del conjunto de los pacientes que están en espera o pueden llegar a urgencias. Esto implica la disponibilidad de espacio, camas, recursos humanos y técnicos para evitar o resolver la saturación que se está produciendo con un aumento permanente de demanda, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. La experiencia de todos los países muestra un constante crecimiento de la demanda del servicio de emergencia. El presente trabajo de investigación tiene por objeto, considerar cualquier aporte que se pueda lograr con el fin de mejorar la calidad de atención en salud, aportar al bienestar de quienes acuden al servicio de emergencia, garantizando una atención, oportuna, adecuada, tal como es la aspiración de este trabajo de investigación con la Propuesta de Implementación del Triage.

II. ANTECEDENTES

2.1. A Nivel Internacional.

1. En **España - Pamplona 2010**, se desarrolló una investigación de “El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias”. El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de *triaje* estructurado 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. El sistema español de *triaje* (SET) y el sistema de *triaje* Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país, pero analizamos también el sistema de *triaje* elaborado en Navarra que se integra en la historia clínica informatizada (HCI) y que se utiliza en toda la red pública hospitalaria de Navarra. Todos son sistemas multidisciplinares basados en motivos y en la urgencia de la consulta pero no en diagnósticos y son llevados a cabo por enfermería con apoyo médico puntual. También todos incorporan elementos de monitorización de la calidad del propio servicio de urgencias y cuentan con proyección para poder ser aplicados en el ámbito extra hospitalario. Palabras clave: *Triaje*. Servicio de Urgencia Hospitalario. Indicadores de calidad. Sistema de *triaje* Manchester. Sistema de *triaje* español. (3)

2. En **España – Madrid 2011**, se desarrolló una investigación de “Triage de urgencias médicas: diferencias entre población inmigrante y autóctona en un hospital madrileño”, Tuvo como Objetivos: determinar las causas más frecuentes de requerimiento de asistencia urgente hospitalaria y su gravedad comparando y analizando las diferencias entre la población autóctona y la población inmigrante. Material y método: estudio descriptivo transversal realizado en varios turnos de urgencia hospitalaria durante doce meses (julio 2011- julio 2012) del Hospital de Móstoles (Madrid). Variables de estudio: sexo, edad, país de origen, MTS (Manchester Triage System), motivos de consulta, tener tarjeta sanitaria y haber

acudido previamente a Atención Primaria. Resultados: se estudiaron 238 pacientes: 190 autóctonos y 48 inmigrantes. La mayoría de los inmigrantes (54%) procedían de Latinoamérica. El MTS más habitual fue el verde (urgencia estándar) (51,7%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad (el grupo de inmigrantes era más joven), y en el motivo de consulta (los autóctonos acudieron por más problemas cardiológicos) pero no respecto al sexo, el MTS ni en asistencia previa al médico de Atención Primaria. Conclusiones: los pacientes inmigrantes que acuden al servicio de urgencia del Hospital de Móstoles tienen la misma gravedad (según MTS) que los autóctonos. La población inmigrante que acude a urgencias es más joven, y la autóctona lo hace en mayor proporción por sintomatología cardiológica. Más del 70% en ambas poblaciones no había acudido previamente al médico de Atención Primaria. PALABRA CLAVE: Inmigrantes; autóctonos; urgencias hospitalarias; triage Manchester Triage System. (4)

3. En **España 2012**, se desarrolló una investigación de “Aplicabilidad de los métodos de triage en incidentes de múltiples víctimas: de la teoría a la práctica”. En caso de incidentes de múltiples víctimas (IMVs), el triage es uno de los puntos de la cadena asistencial que determina en gran medida los resultados finales en cuanto a asistencia sanitaria, organización y disminución de la tasa de mortalidad crítica. La doctrina asistencial recomienda la realización del triage a nivel pre hospitalario para organizar la asistencia y evacuación de los heridos. • Objetivo: Analizar la aplicabilidad real de las recomendaciones en cuanto al triage prehospitalario en IMVs. • Metodología: Revisión sistemática de la literatura científica utilizando como palabras clave “mass casualty triage” y “prehospital triage”. Se utilizaron como fuentes de datos PubMed, Cochrane y las revistas Emergencias y Prehospital and Disaster Medicine. También se revisó la bibliografía de los artículos localizados. • Resultados: En total 19 artículos cumplían todos los criterios de inclusión. Es escasa la referencia que se hace a la metodología de triage realizada, y en muchos de ellos se hace referencia explícita a la no realización del triage. La mayoría de los artículos hacen referencia a atentados terroristas. Ningún artículo fue publicado en revistas españolas. • Conclusiones: Existe una discrepancia entre la doctrina asistencial ante

IMVs y los datos publicados. Esto puede ser debido a la dificultad de obtener datos en la escena del siniestro, a que las dificultades asistenciales no permiten aplicar la doctrina asistencial (lo que obligaría a cambiar los procedimientos), o que ésta no es válida (lo que obligaría a su revisión). Palabras Clave: Desastres, Triage, Incidentes Múltiples Víctimas Catástrofes. (5)

4. En **España – Sevilla 2014**, fundación INDEX, desarrollo una investigación de “Triage en Emergencias Extra hospitalario” En los últimos tiempos los expertos están catalogando el concepto de emergencias colectivas, catástrofes o desastres con el término de Situación de Crisis. El desarrollo de una Situación de Crisis requiere la participación de bastantes disciplinas trabajando conjuntamente con un mismo fin. Por ello, es importantísimo que cada disciplina tenga una clara visión de sus funciones y ámbito de desempeño de las mismas. Es la Disciplina Enfermera una de las disciplinas que se verán implicada en la resolución de Situaciones de Crisis que tienen lugar en el ámbito Extrahospitalario. Por tanto, es de vital importancia que la Disciplina Enfermera que desempeña su trabajo en el ámbito Extrahospitalario tenga claros conocimientos sobre lo que significa estar en una Situación de Crisis y cuáles son sus funciones más prioritarias. Por lo que con este proceso de revisión pretendo establecer un conjunto de conocimientos básicos y pautas de actuación necesarios para la realización del Triage Extrahospitalario. Palabras clave: Triage/ Enfermería de Emergencias/ Atención Prehospitalaria. (6)

5. En **España – 2015** En la Facultad de Enfermería y Podología, Universidad da Coruña. España - Ferrol, se desarrolló una investigación de “Triage en Urgencias Hospitalarias Revisión Bibliográfica” El triage de urgencias es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes según al grado de gravedad de su salud y prioriza la asistencia de los mismos garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente. Tuvo como Objetivos: Investigar cuántos sistemas de triage hay y cuáles y por qué se eligen para poder conocer las diferentes escalas que tienen y cómo funcionan y valorar cuál es o cuáles son los mejores sistemas de triage y por qué. Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, CINHALL, Dialnet,

Cochrane Library y JBI Connect. Los resultados han sido valorados en base a los criterios de inclusión y exclusión y a las variables de estudio que hemos establecido. Resultados: La bibliografía analizada ha demostrado que los mejores sistemas de cinco niveles estudiados y más ampliamente distribuidos son: la Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI) y el Sistema Español de Triage (SET), los cuales poseen de satisfactoria a muy buena validez y fiabilidad. Conclusiones: Los sistemas de triage de cinco niveles han demostrado ser eficaces, válidos y fiables por lo que hace que sean la elección en los servicios de urgencias. El MTS ha demostrado ser el sistema más utilizado en Europa y el más fácil de aplicar. Palabras clave: Triage servicios urgencias hospitalarios. (7)

6. En **Chile 2016**, se desarrolló una investigación de “Triage: Experiencia en un Servicio de Urgencias Pediátricas”. Los sistemas Triage (neologismo: selección o clasificación) son una forma de organización de los servicios de urgencia. Toma en cuenta número de pacientes, urgencia del cuadro y recursos disponibles; busca mejorar la accesibilidad a la atención médica urgente y disminuir tiempos de espera. Objetivos: Evaluar el resultado de la aplicación de un sistema Triage en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HCIPS). Diseño y Metodología: Estudio observacional descriptivo, prospectivo, sobre 1 122 niños que consultaron en julio de 2005, de 07:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. Los datos asientan en el sistema informático y fueron tabulados mediante el programa Microsoft Excel. Se elaboró un listado de patologías y signos y/o síntomas a considerarse como urgentes, por gravedad y riesgo de compromiso vital, número de pacientes y frecuencia de su presentación en este servicio. Se denominó prioridad uno (P1) a las que requerían atención inmediata y prioridad dos (P2) al resto. Se marcó como tiempo de corte 30 minutos para evaluar la capacidad de atención a los pacientes de mayor gravedad. Resultados: Total de pacientes clasificados como P1: 272/1 122 (24%), P2 850/1 122 (76%). Mediana de tiempo de espera fue para P1: 10 min., p25 - p75 (5-13 min) tiempo máximo para la atención fue 65 min. Para P2 la mediana fue 65 min p25 - p75 (20-139 min) tiempo máximo para la atención 300min; la proporción atendida dentro de los primeros 30 minutos

fue P1: 79 %; P2: 36%. Pacientes hospitalizados según prioridad: P1: 25/272 (9%), ninguno del grupo de P2. Conclusión: La implementación de un sistema Triage, en el servicio de urgencias pediátricas del HCIPS, permitió conocer que sólo una cuarta parte de los pacientes que acuden a la consulta fueron clasificados como urgencias, lo que hace presumir, por la similitud de los motivos de consulta, que la gran mayoría de los mismos, representan a aquellos que no pudieron ser absorbidos por los consultorios externos. Demostró que más de las tres cuartas partes de las urgencias fueron atendidas dentro de los treinta minutos de su admisión. (Palabras clave: Triage, urgencia, emergencia). (8)

7. En **Colombia 2016**, se desarrolló una investigación de “Triage en Emergencias y Desastres en Colombia: ¿cómo, cuándo y dónde utilizarlo?” El triage en grandes emergencias y desastres en Colombia aún está en fase de estructuración, la incorporación de teorías locales y herramientas internacionales con múltiples adaptaciones y criterios personales e institucionales de implementación, hacen que para el profesional de la atención prehospitalaria exista un difícil camino entre la teoría y la práctica. El presente trabajo, define los criterios de intervención en cada uno de los momentos en que los pacientes, víctimas de emergencias y desastres entran en contacto con los profesionales de atención, así como las circunstancias que rodean la clasificación y soporte, definen cómo cuándo y dónde actuar, independientemente del tipo de herramienta utilizada. Palabras claves: Triage, Criterio, Etapas, Desastres, Emergencias. (9)

8. En **Ecuador – 2017** la Facultad de Postgrados de Cuenca, desarrolló una investigación de “Propuesta de Implementación de un Consultorio de Triage como estrategia para mejorar la Calidad y Cobertura ante la demanda de pacientes de un Subcentro de salud en la Parroquia Hermano Miguel Cuenca.” (10). Tuvo como objetivo, Analizar los resultados de la implementación de un consultorio de triage como estrategia para mejorar la calidad y cobertura ante la demanda de pacientes. Es un estudio descriptivo cuali – cuantitativo, retrospectivo que se basa en el procesamiento de la información contenida en el formulario 008 que el Subcentro utiliza para evaluar a pacientes que acuden por situaciones de

urgencias/emergencias a una Unidad de Salud. Esta información se complementó con la realización de encuestas a pacientes que fueron atendidos en el consultorio de triage, las mismas que estuvieron orientadas a valorar la satisfacción del usuario ante este sistema y por último, se revisaron y se cuantificaron las quejas ciudadanas que fueron receptadas durante el periodo del estudio para identificar las razones de las mismas. El resultado al que se llegó luego del análisis de los datos obtenidos es que, con el método del triage, el centro de Salud en cuestión, atendió a 720 pacientes que no disponían de un turno agendado a través del sistema utilizado regularmente, como es el agendamiento mediante el contact center. Las prioridades realizadas corresponden principalmente a atención en el primer nivel (APS), prioridad III, según el esquema de Triage Manchester (ETM), las que fueron debidamente atendidas, lo cual disminuyó la afluencia de pacientes a Emergencias de Tercer Nivel, en este caso, Hospital Regional Vicente Corral Moscoso. Palabras clave: contact center, triage, Atención Primaria de Salud (APS), Unidad Operativa (OU). (10)

9. **En Perú 2017**, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo desarrolló una investigación de “Revisión crítica: participación del personal de enfermería en el triaje intrahospitalario en el servicio”. Para la organización de los servicios de urgencias, es necesario contar con personal capacitado para realizar una evaluación inicial de pacientes teniendo como finalidad clasificar de alguna manera, procurando un acceso rápido, ordenado y dirigido atendiendo con prioridad a los pacientes con mayor gravedad, ese personal podría ser el personal de enfermería. Por la que surge una inquietud de realizar una investigación de revisión crítica ,con un nivel de evidencia II y su grado de recomendación es B ya que el nivel de evidencia alcanzado muestra opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas y su grado de recomendación presenta buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios y porque cumple con los parámetros dentro de lo establecido para que sea una investigación bien sustentada y porque menciona el respaldo del comité de ética. Para revisar este trabajo se ha utilizado como metodología la Enfermería Basada en Evidencia (EBE), esta metodología nos lleva a la práctica diaria en la cual encontramos algunas veces esta problemática a nivel local en el servicio de

emergencia del Hospital II Chulucanas –Piura. Realizándose la presente EBE titulada: Participación de enfermería en el triaje intrahospitalario de emergencias/urgencias, teniendo como objetivo identificar y formalizar la participación de enfermería en el triaje como su función. Estableciéndose como resultado que la enfermera tiene conocimientos y habilidades específicas para definir la prioridad de servicio, nivel de atención, que corresponden desde el conocimiento y la mirada de usuario administrativo y clínico, a las habilidades de intuición y de la comunicación por lo cual su participación en el triaje de emergencia es necesaria. En la revisión se concluye que SI se puede dar respuesta a la pregunta formulada, existen evidencias contundentes, por ello se dice que los resultados responden a nuestra pregunta. (11)

2.2. A Nivel Nacional.

En **Bolivia 2015**, se desarrolló una investigación que titula, “Motivos de atención en salas de emergencia en hospitales públicos de La Paz Bolivia”. El presente estudio tiene como finalidad determinar los principales motivos de atención en las salas de emergencias de los hospitales públicos de La Paz. Objetivo: Determinar los principales motivos de atención en las salas de emergencias en Hospitales Públicos de La Paz - Bolivia. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal, recabando datos a través de una hoja de recolección de datos que identificaba los 10 principales motivos de atención en emergencias en 5 hospitales públicos de La paz, en el periodo de enero 2015 a octubre del 2015. Resultados: Las principales causas de atención médica fueron las urgencias médicas (clínicas) con 70%, y la atención del trauma fue del 30%. Conclusiones. Los principales motivos de atención médica en los servicios de urgencias en Hospitales Públicos de La Paz, son urgencias médicas con un componente clínico. Discusión: Los servicios de emergencias constituyen una extensión hacia la comunidad de los centros hospitalarios, es frecuentes la percepción de mala calidad hacia las salas de emergencias por parte de los usuarios por diferentes motivos (sobresaturación, falta de equipamiento, etc.), para afrontar la problemática de esta situación es necesario conocer el comportamiento de las principales patologías en las salas de emergencias, por lo que se presenta el presente estudio determinando

los principales motivos de atención en las salas de emergencias de los hospitales públicos en La Paz. Palabras clave: Emergencias médicas, trauma, sala de emergencias. (12)

2.3. A Nivel Departamental – La Paz.

En la Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica, Unidad de Postgrado Medicina La Paz – Bolivia, desarrolló una investigación de “Atención de Recepción, acogida al usuario que acude al Servicio de Emergencia de la Caja Petrolera de Salud en el segundo trimestre 2013”. El Objetivo es: Evaluar el sistema de atención al usuario que acude al Servicio de Emergencia. La demanda en el servicio de emergencia de la Clínica Caja Petrolera es cada vez observado, al mismo tiempo existe descontento e inconformidad del usuario con la atención recibida porque no se da por prioridad de acuerdo a la gravedad de su estado de salud, esta situación determina que el usuario abandone el servicio, generando complicaciones por el avance de la patología, que posteriormente requiere atención en unidades de mayor complejidad, por especialista y unidad de terapia intensiva. El universo de la muestra se tomó al usuario que solicita atención en el servicio de emergencia y al Cliente Interno (profesional de Enfermería y Auxiliar de enfermería). El estudio es de tipo descriptivo cuantitativo, transversal; las técnicas e instrumentos de recolección fue una encuesta realizada al usuario y cliente interno. Los resultados de hallazgo fueron tiempo de espera para la atención una hora y más de dos horas para la valoración por especialidad; acuden 43% del trabajo, al 92% se ubica en sala de espera y no son reevaluados. El 93% del cliente interno está de acuerdo con implementar el triage, tienen claro el concepto; pero no el procedimiento de clasificación por riesgo vital, el 57% menciona que debe estar a cargo de la profesional de Enfermería. Por tanto, de acuerdo a resultados de la investigación se plantea una nueva reorganización e implementar el triage. (13)

2.4. Servicio de Emergencias – Hospital Instituto Nacional del Tórax La Paz.

En el Servicio de Emergencias, INT no se desarrolló ningún tipo de investigación relacionado al tema de Sistema de Triage, por ese motivo se considera que es de suma importancia realizar el estudio.

III. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Instituto Nacional del Tórax es un hospital de tercer Nivel, que brinda un servicio de emergencia las 24 horas, para todos los usuarios con distintas necesidades de atención en salud, que ponga en riesgo su vida.

La sobrecarga de trabajo de los servicios de urgencias, condiciona una disminución, de la calidad asistencial, motivo este por el que es necesario aumentar las prestaciones, organizando el trabajo. Con esta premisa se entiende el triage como un sistema eficaz de ordenación al trabajo asistencial para dar una respuesta inmediata la demanda masificada de los servicios de urgencias y así disminuir la ansiedad de los enfermos y sus familiares y dar una respuesta eficaz y acorde a la demanda de los usuarios. (14)

De tal manera se creó la necesidad de proponer la implementación del triage como estrategia y categorizar a los pacientes para mejorar la atención de los usuarios. La propuesta de este estudio de investigación, permitirá adoptar medidas de prevención y promoción, a los pacientes que acuden a Servicio de Emergencia, así como optimizar el manejo de Triage clasificando por prioridades, atendiendo oportunamente al que más lo necesita.

La presente investigación, dará un aporte a la Institución, “INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX” proveerá mejores indicadores de salud y beneficiar a la población con mayor satisfacción. A tal efecto, es de suma importancia e indispensable que exista un sistema de ordenamiento, en el Servicio de Emergencias que asegure la atención a los usuarios en función de una priorización de gravedad clínica, y no solamente por orden de llegada, para lo cual se propone implementar el sistema del triage.

Recientemente, en Bolivia y en otros países, las instituciones de salud que brindan Servicio de Urgencias, han venido implementando sistemas de triage, debido a la congestión de los usuarios y por ende dar una atención con calidad y calidez.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Marco teórico situacional

Se puede afirmar que la medicina de urgencia existe desde que existe el hombre, ya que desde los inicios de la Humanidad, siempre ha habido lesiones que han requerido tratamiento de forma inmediata, en especial las que amenazan la vida, o la integridad del individuo, poniendo en riesgo algún miembro u órgano. Ante esta inexorable realidad, el hombre ha tenido que desarrollar sus conocimientos médicos a lo largo de su existencia.

Las urgencias hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII. Se produce entonces un intento de separación de los pacientes según su nivel de gravedad y su tipo de enfermedad; Como tales las urgencias médicas aparecen por primera vez en los campos de batalla, a principios del siglo XIX, como una respuesta a la necesidad de una rápida recuperación de los soldados. (15)

En muchos países desarrollados se viene observando en los últimos años un incremento de las urgencias atendidas en los hospitales. En esta tendencia influyen diversas causas, entre las que se destacan los cambios sociodemográficos producidos en las grandes ciudades, y la atracción que ejercen sobre la población los centros hospitalarios, debido a la idea extendida (entre los usuarios) de que al ser centros altamente especializados la atención es mejor. (16)

4.2. Antecedentes en los Servicios de Emergencias Hospitalarios en el ámbito Internacional y de Bolivia:

Actualmente se reporta, en la literatura internacional, que la demanda de servicios de urgencias, tanto a nivel pre hospitalario como hospitalario, se está caracterizando por un alto porcentaje de visitas realizadas que no tienen un carácter urgente y que podrían ser atendidas fuera de estos servicios. Esta situación ha sobrecargado dichos servicios y genera problemas asistenciales, descontento en la opinión pública y la preocupación de las autoridades de salud por lo nocivo que esto resulta para su buen funcionamiento. (16)

En Bolivia todos los días ocurren accidentes, urgencias, emergencias y es un país vulnerable a catástrofes y desastres en salud que requieren de pronta atención y auxilio, por esto es importante mejorar la capacidad de reacción ante un hecho fortuito; frente a este desafío. (17)

En la ciudad de La Paz, los servicios médicos de urgencia, constituyen una extensión hacia la comunidad, de la atención médica hospitalaria. Es absolutamente indispensable una firme dirección médica para lograr un sistema seguro y eficaz. Las visitas a los servicios de urgencias, constituyen más del 85% de las atenciones médicas en los servicios hospitalarios, las urgencias sentidas constituyen entre el 60 a 80% de visitas a las salas de emergencias a nivel mundial. La sobresaturación persistente de los servicios de urgencias ocurren con frecuencia por falta de información en los pacientes de la existencia de atención continua en los centros de salud y/o procedimientos de atención médica, ocasionando una falta de eficiencia y eficacia en la atención médica en las salas de emergencias en los diferentes hospitales. Además la falta de médicos especialistas en emergencias y la falta de organización en las salas de emergencias en la mayoría de los hospitales públicos y privados de Bolivia, conlleva a una mala atención en los servicios con el consecuente reclamo por parte de los usuarios de los servicios de emergencias. (18)

4.3. Concepto de Urgencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia sanitaria como “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”.

4.4. Generalidades Servicios de Urgencias y/o Emergencias:

En la actualidad vivimos la sobresaturación de los Servicios de Urgencias y/o Emergencias, muchas veces por patologías banales, ya que el usuario exige una atención urgente e inmediata a situaciones que podrían haberse solucionado en los niveles asistenciales previos, lo que hace necesario la selección de los pacientes según su patología y gravedad. Es preciso por tanto unificar los procesos diagnósticos y terapéuticos con el fin de solventar las patologías por las que acude el

paciente, tomando decisiones rápidas y resolutivas coordinando los recursos existentes y necesarios.

En la Medicina de Urgencias y Emergencias existe un criterio definitorio fundamental: "el factor tiempo". Según este criterio podemos definir como:

Se define **Urgencia** como aquella, situación de inicio rápido pero que no conlleva un riesgo vital para el paciente, se requiere de su resolución en un corto espacio de tiempo. Ejemplos de estas situaciones son:

- Situaciones sin un riesgo vital inmediato pero que pueden llegar a presentarlo en un periodo de tiempo breve si no se diagnostican y tratan de forma precoz, (p. ejm: una obstrucción intestinal, neumonía, etc).
- Situaciones sin riesgo vital donde es importante un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico (p. ejm: una tuberculosis).

Otras situaciones se convierten en "una urgencia social" que no necesariamente dependen de un problema médico o en "una urgencia a resolver" desde el punto de vista del paciente y/o médico cuando el sistema sanitario no responde a las expectativas del paciente y/o sus familiares.

La **Emergencia** se define como aquella, situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que está en juego la vida del paciente. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardiorrespiratorio, neumotórax a tensión y otros. (19)

4.5. Organización del Servicio de Urgencias

4.5.1. Como llegan los pacientes a urgencias

Las vías de acceso por parte de los usuarios al Servicio de Urgencias son tres:

- **La primera**, con mucho la más frecuente, es por "iniciativa propia" (petición propia) cuando el paciente percibe una aparente o real pérdida de salud y opta por acudir al nivel asistencial donde prevé que le van a dar una respuesta más rápida, definitiva y eficaz a su problema.
- **La segunda**, por "orden facultativa", derivados por el médico de atención primaria u otros niveles asistenciales.

- **Finalmente**, a través de los Servicios de Emergencias como es el 110 que se encarga de poner a disposición del paciente unos recursos con alto poder asistencial, derivándolos a los diferentes niveles o indicándoles la forma más adecuada de resolver su demanda sanitaria.

4.5.2. Quién recibe a los enfermos

La entrada al Servicio de Urgencias y/o Emergencias debe ser amplia, cubierta y estar dividida para atender a vehículos y pacientes a pie, de fácil acceso y con la necesaria seguridad para ambos.

Una vez que han entrado en el Servicio son recibidos por personal no sanitario (conserjes, celadores) que se encargan de asegurarse que se trata de una demanda de atención sanitaria indicándole la zona de Triage al paciente y de admisión a los familiares, para facilitar su registro. En la zona de Triage o Clasificación es donde, previo breve interrogatorio al paciente o a sus acompañantes se decide el destino y orden de asistencia en función del origen y gravedad del problema.

4.5.3. De quién dependen los enfermos en el servicio de urgencias

Posteriormente, el paciente pasa a depender de un médico, que será responsable de él durante su estancia en el servicio, así como de la atención del mismo y el encargado de su evaluación, diagnóstico y tratamiento según los siguientes pasos (cuando lo permita la situación del paciente):

1. **Valoración inicial general del paciente e Historia Clínica:** interrogar al paciente por el motivo de su consulta, o en su defecto a sus acompañantes, requiriendo si los hubiera informes previos que nos comuniquen sobre patologías anteriores y su situación basal. Valoración y anotación de las constantes vitales (T.A, F.C, F.R, Tª, Saturación O2, Glicemia).
2. **Exploración física:** lo más completa posible, en paciente estable o tras estabilización, anotando la situación a la llegada.
3. **Tratamiento:** si se precisa de forma inmediata, inicialmente suele ser sintomático hasta poder pautar uno específico y causal si se requiriera.
4. **Pruebas complementarias:** una vez realizada una evaluación inicial completa, con un posible diagnóstico se solicitarán las pruebas complementarias mínimas esenciales que nos confirmarán o descartarán el

diagnóstico de presunción y nos ayudarán a establecer un tratamiento correcto. Hay que estar seguro de haber solicitado las pruebas complementarias de forma adecuada e identificado todas las muestras correctamente. Para algunas de estas pruebas es necesario el consentimiento del paciente, o si este no pudiera, de sus familiares o tutores, tras haber sido informado de la necesidad de las mismas y de sus posibles complicaciones. Es preciso estar pendiente del resultado para agilizar en lo posible la toma de decisiones.

5. **Información al enfermo y acompañantes:** paso fundamental en la actuación del médico en Urgencias y/o Emergencias, ya que con frecuencia se producen quejas por no informar o hacerlo con retraso sobre el posible diagnóstico, pruebas solicitadas, actitud a tomar con el paciente y su destino final. Es importante anotar en el informe la hora de alta en Urgencias y/o Emergencias.
6. **Actitud a seguir:** tras la valoración de las pruebas solicitadas, tratamiento y evolución del paciente en Urgencias y/o Emergencias es necesario tomar la actitud a seguir con el paciente (ingreso en observación, ingreso en uno de los diferentes servicios hospitalarios, alta o traslado a otro centro sanitario).

4.6. Estructura Física de Servicios de Urgencias Hospitalaria:

El SUH debe contar con las instalaciones generales necesarias y adecuadas para el desarrollo de su actividad. Cada una de las áreas de Urgencias debe estar dotada de un equipamiento mínimo que garantice una adecuada atención urgente y de una persona encargada de la revisión y funcionamiento de todo este instrumental clínico.

Distinguimos:

Acceso/Entrada. El acceso debe estar claramente señalizado y ser amplio. Debe constar de una doble vía en una sola dirección, con aceras anchas, aparcamiento que permita un estacionamiento corto, para vehículos, con tomas de agua corriente y electricidad. Deberá estar cubierto por una pérgola que proporcione un acceso cómodo y seguro tanto para vehículos, personas y que facilite el transporte sanitario.

Recepción. La zona de recepción y de descarga de pacientes debe estar suficientemente iluminada, con cierre de puertas automático, para facilitar el acceso.

Debe estar cerca de la sala de espera de pacientes con patología banal y de la sala de espera de familiares y contar con un estar de celadores, almacén de sillas de ruedas y camillas, un punto de información a usuarios y familiares, ventanilla de admisión, cuartos de aseo, máquinas expendedoras de bebidas y comida rápida y teléfono público. Si fuera posible debería contar con un despacho para ser utilizado por las fuerzas del orden.

Admisión. Deberá estar ubicada en recepción. Es el lugar donde se registrarán los datos de filiación, el número de historia clínica y otra serie de datos como la hora de llegada del paciente, el diagnóstico al alta, el destino. Desde la misma se dirige al usuario a la *zona de triaje*, donde se decidirá el destino y orden de asistencia en función de la gravedad y el origen del problema (ver apartado de *triaje* más adelante).

Sala de críticos/Emergencias. Está destinada a pacientes cuya situación vital no permita demora en la asistencia. Debe estar dotada con medios de soporte vital avanzado y tener capacidad mínima para atender a dos pacientes al mismo tiempo. Debe estar ubicada en el centro del servicio. Su acceso debe ser fácil tanto desde el exterior como desde cualquiera de las áreas del servicio: observación, sala de rayos, consultas, clasificación de pacientes, etc. Suelen estar infrautilizadas.

Área de observación de pacientes. Es el lugar donde permanecen los pacientes con diagnósticos inciertos o aquellos ya diagnosticados que precisan un control de su evolución para decidir finalmente su ubicación definitiva (alta o ingreso).

Área de observación prolongada o Unidad de Corta Estancia (UCE). Su función fundamental es el poder proporcionar tratamientos más prolongados que los que se aplican en la sala de observación habitual y ahorrar ingresos innecesarios.

Área de consultas. El Servicio deberá tener identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de especialidades: Medicina Interna, Traumatología, Pediatría, Ginecología, Psiquiatría, Otorrinolaringología y Oftalmología, donde tras la evaluación y tratamiento del paciente se decidirá su destino.

Consulta rápida. Es el lugar donde se atiende patología leve o fácilmente protocolizable y que permite, además, descongestionar el SUH.

Sala de sillones. También denominada de cuidados mínimos. Situada en la vecindad de las consultas, debiendo contar con la infraestructura necesaria para atender a pacientes que no precisan estar encamados (sillones reclinables y extensibles, tomas de oxígeno, bombas de vacío, bombas de infusión de medicamentos, etc).

Sala de yesos. Estará próxima a la sala de radiodiagnóstico y traumatología y contará con todo el equipamiento necesario.

Sala de curas y cirugía menor, destinada a la realización de curas y suturas.

Sala de sucio, para drenaje de abscesos, cura de úlceras y escaras, etc.

Salas de aislamiento. Debe haber al menos una sala de aislamiento psiquiátrico/social (debidamente acondicionada) y otra para infecciosos (con ventanas para aireación) y para pacientes debilitados o neutropénicos (aislamiento inverso).

Sala de espera de pacientes. Deberá haber una por cada área específica de consulta. Si es posible dotada con televisión y/o hilo musical.

Otros: habitación con ducha para limpieza y descontaminación de personas y material de asistencia y transporte, sala de descanso del personal, sala de trabajo para facultativos, biblioteca, almacén, taquillas, aseos, duchas para el personal, servicio de limpieza.

Además, el SUH debería contar con servicio de laboratorio y radiología propios durante las 24 horas del día.

Todas estas áreas deben tener un flujo o circuito asistencial debidamente preestablecido, de forma que la atención urgente se preste de la forma adecuada y en el lugar más idóneo. (19)

4.7. Zonas del Servicio de Urgencias y/o Emergencias

1. Zona de Triage: debe estar situada frente a la entrada es la estancia donde se toma contacto con el paciente por parte del personal sanitario, ya sea por médicos o enfermeros que van a establecer su destino dentro del Servicio de Urgencias y/o Emergencias y el orden de prioridad asistencial en función de una serie de criterios

sencillos y rápidos (motivo de consulta, nivel de conciencia, disnea de reposo...) y por niveles de riesgo.

El personal médico que los recibe ha de estar entrenados, capacitados y supervisados en dicha clasificación, mediante la cual los pacientes son clasificados en función del grado de urgencia por el que deben ser atendidos, con el fin de proteger a los más graves, optimizar recursos, descongestionar las Urgencias y mejorar la atención a los pacientes en estos Servicios.

2. Zona de Críticos-Reanimación: es la dedicada a las emergencias, reales o presumibles (pacientes críticos), situada en el centro aproximado del Servicio de Urgencias, con un acceso fácil y directo desde la entrada de pacientes. Contará al menos con dos puestos de cuidados, dotados cada uno de ellos de camilla regulable, móvil, monitorización, respirador, desfibrilador y todo material que se necesita para el tratamiento y cuidado de estos pacientes.

3. Zona de Consulta Rápida: es el espacio donde se atiende a los pacientes estables y que no precisan estar encamados. Suelen presentar problemas se deberían solucionar de forma inmediata y eficiente. En esta zona se pretende atender más pacientes, con mayor rapidez y en el menor tiempo de espera posible.

4. Zona de Observación: tras su estabilización, los pacientes ingresan en Observación hasta la mejoría o resolución del problema agudo. Es atendida por personal específico del Servicio de Urgencias. El paciente puede permanecer hasta 24-48 horas, decidiéndose su alta o ingreso definitivo. En algunos servicios se denominan "Unidades de corta estancia".

5. Otros espacios: corresponden a salas de espera separadas para pacientes y familiares, despacho de información y altas, habitación de aislados, estancia para cuidados mínimos (sillones), sala de colocación de yesos, cirugía séptica, cirugía aséptica, farmacia, servicios para pacientes y personal.

Por lo tanto, la secuencia lógica que debería seguir un paciente en el Servicio de Urgencias para demorar lo menos posible su tratamiento y destino, es ésta: Paciente admitido- recibido - clasificado - ubicado - asistido – observación - resuelto u orientado.

6. Recursos Materiales y Humanos

La planificación y gestión de los recursos materiales implica la participación de todos los profesionales del área de urgencias. Es obvio que sin unos recursos materiales adecuados sería muy difícil lograr el resultado previsto en el servicio de urgencias, esto es, la recuperación de la salud al igual que se necesitan unos recursos humanos específicos y competentes para la atención a la demanda asistencial urgente.

La existencia de recursos materiales no significa solo el disponer de más o menos medios diagnósticos y terapéuticos, sino también el mantenerlos y usarlos con eficiencia, esto es, para lo que deben usarse obteniendo la máxima rentabilidad. Un sistema de gestión de urgencias debe contemplar pues, el mantenimiento de los recursos materiales existentes, así como la baja de recursos innecesarios y adquisición de nuevos recursos con evidencia científica demostrada. (20)

4.8. Triage

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las “plantas de accidente” abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los cuartos de urgencias hasta que E. Richard Weirman lo introdujo en Baltimore en 1964.

Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser Considerados estándares del triaje moderno.

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los cuartos de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o

modelos de triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triaje, incluyendo el australiano:

- La Escala canadiense de triaje y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) (introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente).
- El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996)
- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index 5 level triage: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los E.E.U.U. en 1999).
- El Modelo andorrano de triaje (Model Andorra de triatge: MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU) en 2002 y como estándar andorrano por la Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente (13). En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triage (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje. (21)

4.9. Triage Concepto:

El término *traje* es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar.

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y portanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y utilización de recursos. (22)

4.10. Importancia del Triage:

Actualmente la inadecuada utilización de los servicios de Urgencias y/o Emergencias por parte de la población provoca que acudan en forma masiva e incrementen el uso del servicio.

Con el triage se realizara un filtro para asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en la verdadera urgencia. Por tanto nuestro objetivo no es el diagnostico, si no priorizar el grado de urgencia y ubicar al paciente en el lugar que le corresponda en la atención. “Un Triage bien realizado es la clave de la unidad de urgencias”.

El concepto de triage en el ámbito sanitario se entiende como la función de clasificar a los enfermos antes que lo reciba la atención asistencial que precisan. Por ello, se necesita una escala de clasificación valida, útil y reproducible y de un equipo tanto humano como material una priorización de los pacientes en base a su grado de urgencia según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable. (23)

4.11. Funciones del Triage:

Las funciones del triage son:

- Identificar rápidamente a los pacientes en situaciones de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones del riesgo vital.
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que presenta en el servicio de urgencias.
- Dar información sobre cuáles son las necesidades de exploraciones diagnosticas preliminares.
- Informar a los pacientes y sus familiares sobre el tipo de servicios que necesita, el paciente y el tiempo de espera probable.
- Disminuir la congestión del servicio.
- Dar información que ayude a definir la complejidad del servicio. (14)

4.12. Tipos de Triage:

Tenemos 5 tipos de triage los cuales son:

1. Triage Básico

Es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.

2. Triage Estructurado

Se lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles. En este momento existen 5 sistemas de triage estructurado:

- ATS (Australian Triage Scale), Escala australiana de triaje.
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), Escala de triage y Agudeza del Departamento de Emergencias de Canadá
- MTS (Manchester Triage Scale), Sistema de Triage de Manchester.
- ESI (Emergency Severity Index) El Índice de Severidad de Emergencia.
- Modelo Andorrano de Triage MAT y SET el sistema Español de Triage

3. Triage Avanzado

Es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.

4. Triage Médico

Es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.

5. Triage en Equipo

La enfermera y el médico funcionan como un equipo, en nuestro medio, se utiliza las modalidades de triage médico, el triage no profesional y el triage básico realizado por la enfermera profesional. Con disponibilidad de enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas con este recurso. (19)

4.13. Ventajas del Triage:

4.13.1. Para los pacientes:

- Proporciona información sobre su estado de salud y tiempo de espera.
- Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria.
- Priorización de la atención de acuerdo a su gravedad clínica.

4.13.2. Para el servicio de emergencia:

- Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad.
- Permite la reordenación de los recursos de los que deben disponer en el área de urgencia.
- Disminuye la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.

4.13.3. Para la dirección u organización.

- Permite realizar controles de calidad.
- Permite realizar políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencia en función de la gravedad y tipología de los casos vistos. (14)

4.14. Principios del Sistema de triaje

Los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triaje estructurado y moderno son:

- Ha de ser un sistema de triaje de 5 niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triaje, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).
- Ha de ser un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.
- Se ha de constituir en un modelo de calidad, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del triaje, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.
- Ha de ser un sistema de triaje de Enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.
- Ha de ser un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro a amnésico del triaje.

- Ha de ser un sistema integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad del triage, que defina un estándar de motivos de consulta a urgencias y permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.
- Se ha de poder integrar en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería, estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa del cuarto de urgencias.
- Ha de proponer adaptaciones estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triage, y formación específica para el personal de triage.
- Ha de ser un sistema de triaje estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extra hospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia. (21)

4.15. Objetivos del Sistema Estructurado de Triage

Los objetivos del sistema de triaje estructurado son:

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia para garantizar su seguridad (disminuir su riesgo).
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en un cuarto de urgencias o el centro hospitalario más adecuado para trasladar un paciente que se presenta o es atendido por un dispositivo de asistencia extra hospitalaria.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los cuartos de urgencias.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, asegurando la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.

- Permitir una información fluida a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente, dando información sobre cuáles son las necesidades de exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas preliminares y el tiempo de espera probable.
- Facilitar confort al paciente y a sus acompañantes en la medida de lo posible.
- Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de los cuartos de urgencias y emergencias, (urgencia y complejidad de las patologías que se atienden), con la finalidad de optimizar recursos y mejorar su gestión (mejorar la eficiencia).
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros asistenciales. Este punto es crítico para mejorar la gestión de las urgencias y emergencias, allá donde se producen, y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Mejorar la calidad de las organizaciones en la asistencia a las urgencias. (19)

4.16. Utilidad del Sistema de Triage Estructurado

Los substitutos de gravedad y complejidad son indicadores asistenciales que permiten comparar la complejidad de los diferentes cuartos de urgencias. Los modelos de triaje estructurado tienen que permitir tener un mayor conocimiento de la realidad asistencial de los cuartos de urgencias.

Como substitutos de gravedad y complejidad entendemos:

- **Tiempo de estancia en urgencias:** Se establece como la mediana de tiempo expresada en minutos para cada nivel de triaje y para la totalidad de pacientes visitados en urgencias.
- **Consumo de recursos diagnósticos y/o terapéuticos:** Se relacionan la distribución de pacientes en los diferentes niveles de triaje con el consumo de recursos diagnósticos (analíticos y radiológicos) y terapéuticos. Esta variable tiene relación con los procedimientos realizados.
- **El Índice de ingreso en función de la urgencia:** Este índice es un indicador indirecto de la validez y utilidad del sistema de triaje pues evalúa la gravedad real de los pacientes en función de la necesidad de ingreso. Los pacientes que

ingresan en el centro hospitalario, mueren en urgencias o son trasladados a otro centro, constituyen el grupo de pacientes ingresados. También se han de incluir pacientes que cumplen con los estándares de criterio de ingreso, si estos están disponibles en el centro, pero que por diferentes circunstancias no son ingresados.

4.17. Modelo de Sistema de Triage

Se describe de manera esquemática las características de los dos sistemas de triage con mayor implantación en España, el SET.

4.18. El Sistema de Triage Español (SET).

Es un modelo de triage estructurado holístico, aplicable tanto a niños como a adultos y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia. Se consigue así un sistema de mejora continua de la calidad, que define un estándar de motivos de consulta a urgencias. Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en junio de 2000, en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra, un nuevo sistema de triage estructurado denominado «Model Andorrá de Triage» (MAT), que nace de una adaptación conceptual de la CTAS y convierte una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela, en una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico. Sus principios fundamentales son: *Triage* de 5 niveles normalizado, con un programa informático de gestión del *trijaje* y otro de ayuda a la decisión clínica en el *trijaje* (PAT).

Sus principios fundamentales son:

- Modelo de triaje de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un sistema de mejoría continúa de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triaje.
- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

En esta tabla se muestran las asociaciones previstas entre escalas, nivel de gravedad y tiempo de atención. En 2003 fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de *trijaje*

en castellano para todo el territorio español y se denominó «Sistema Español de triaje» (SET).

En la siguiente tabla N° 1 se muestran las asociaciones previstas entre escalas, nivel de gravedad y tiempo de atención y en la Tabla N° 2 el percentil de cumplimiento marginal que incluye los pacientes que han quedado fuera del primer tiempo de atención y que marca el SET y que deben ser visitados en un tiempo determinado para cada nivel de triaje.

Tabla N° 1 SET. Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET.

NIVEL	COLOR	CATEGORÍA	TIEMPO DE ATENCIÓN
I	Azul	Reanimación	Inmediato.
II	Rojo	Emergencia.	Inmediato Enfermería/Médicos 7 minutos.
III	Naranja	Urgente	30 minutos.
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos.
V	Negro	No urgente.	60 minutos.

SET. Sistema Español de Triage.

Fuente: Revista SCIELO W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Alvarez

Tabla 2 SET. Percentil de cumplimiento y el percentil de cumplimiento marginal.

NIVEL	PERCENTIL CUMPLIMIENTO PERCENTIL CUMPLIMIENTO MARGINAL	TIEMPO DE ATENCIÓN TIEMPO DE ATENCIÓN
I	100 %	7 minutos.
II	85 %	Inmediato Enfermería/Médicos 15 minutos.
II	100 %	7 minutos Enfermería/Médicos 20 minutos.
III	85 %	20 minutos.
III	90 %	30 minutos.

III	100 %	45 minutos.
IV	85 %	60 minutos.
IV	100 %	120 minutos.
V	80 %	120 minutos.
V	100 %	240 minutos.

SET. Sistema Español de Triage.

Fuente: Revista SCIELO W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Alvarez

Niveles de priorización del SET (Sistema Español de Triage)

Nivel I (resucitación). Se reserva para situaciones con riesgo vital, como una parada cardiorrespiratoria o un coma.

Nivel II (emergencia). Incluye situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, cuya resolución depende radicalmente del tiempo. Es el caso de un infarto de miocardio, una fractura de fémur o ciertas agresiones intrafamiliares. El tiempo máximo calculado para ser visitado por un médico es de 2 minutos.

Nivel III (urgencia). El nivel III está destinado a las situaciones de urgencia de potencial riesgo vital: una fractura de cúbito y radio, fiebre alta, etc. El médico debe atender al paciente en menos de 45 minutos.

Nivel IV (menos urgente). Engloba situaciones de menor urgencia, que pueden ser complejas, pero sin riesgo vital potencial, en las que la visita médica puede demorarse hasta dos horas (traumatismos menores, dolor ligero).

Nivel V (no urgente). Se refiere a situaciones no urgentes que permiten una demora en la atención o que pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente, como puede ser un catarro de vías respiratorias altas o incluso la demanda de un trámite administrativo. (19)

1. Categorías sintomáticas

Son un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente y que permiten clasificarlo dentro de una misma categoría clínica. El SET reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas.

2. Discriminantes y escalas de gravedad

Un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de *traje*. El SET utiliza:

- **Constantes:** discriminan a los pacientes con la misma sintomatología, entre el nivel II y el III (temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, SpO2, glucemia capilar, Glasgow, NIHSS).
- **Signos vitales anormales** (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y somnolencia o confusión).
- **Dolor:** el SET dispone de una guía clínica de evaluación el dolor en el *triaje* que permite objetivar los valores que los pacientes manifiestan.

3. Escalas de gravedad

Las escalas de Glasgow, del coma no traumático, de grados de deshidratación, de gravedad clínica de la disnea o de gravedad clínica del asma entre otras, están disponibles para el profesional mediante el programa de ayuda PAT.

4. Abordaje de la urgencia

En el SET la diferenciación entre niveles se lleva a cabo mediante discriminantes, preguntas específicas y la aplicación de escalas de gravedad.

La escala de *triaje* del SET se estructura en base a una serie de escalas generales que se van incluyendo en las diferentes categorías sintomáticas. A partir de cada categoría sintomática se desarrollan los algoritmos que integran la escala de *triaje* y aspectos específicos relacionados con los motivos de consulta incluidos en la categoría sintomática. Las categorías sintomáticas del SET tienen su desarrollo algorítmico en el Programa de Ayuda al *triaje* (web e-PAT), de manera que cualquier entrada sintomática acabará rindiendo un nivel de *triaje*, una vez contestadas las preguntas planteadas por el programa.

5. Calidad y monitorización

Es un aspecto importante en el SET. Contempla, por un lado, indicadores de calidad y, por otro, el conjunto mínimo de datos asistenciales de urgencias (CMBDU) para realizar análisis de comparación con estándares o benchmarking, tanto en adultos como en niños y todo ello relacionado con los niveles de *triaje*.

El CMBDU hace posible también el análisis de casuística o case-mix de los pacientes atendidos en urgencias que se realiza principalmente en base a dos parámetros:

- Grado de urgencia: nivel de *triaje* asignado

- Complejidad: medida al clasificar a los pacientes en grupos según su destino desde urgencias (GRUDs) y según la edad (GRUDEs).

4.19. Formas de Aplicación de 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.

Los principales soportes de triage son:

- **En Hoja de Registro (Papel).**

Este soporte actualmente ya no se usa, salvo en lugares donde existen la posibilidad de contar con un software informático por barreras medio ambientales o físicas, o bien no se dispone de medios económicos para ello. (Cobo Barquín, 2012)

- **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 por que mejora el ambiente de trabajo, y el Triage se realiza con mayor fluidez disminuyendo los tiempos de interrupción.

4.20. Ubicación de la Unidad de Triage

- Espacio físico propio
- Equipado con el material básico
- Buena comunicación tanto con la:
 - Sala de espera
 - Consultorios 1,2
 - Exploración y Emergencia.

4.21. Equipo Básico en el Triage.

Para llevar a cabo el método de Triage de Sistema de Triage Español (SET) de una manera óptima y eficiente, basándose en las prioridades de atención.

Además, esta consulta está dotada al menos con los siguientes elementos:

- Camilla.
- Mesa.
- 2 sillas.

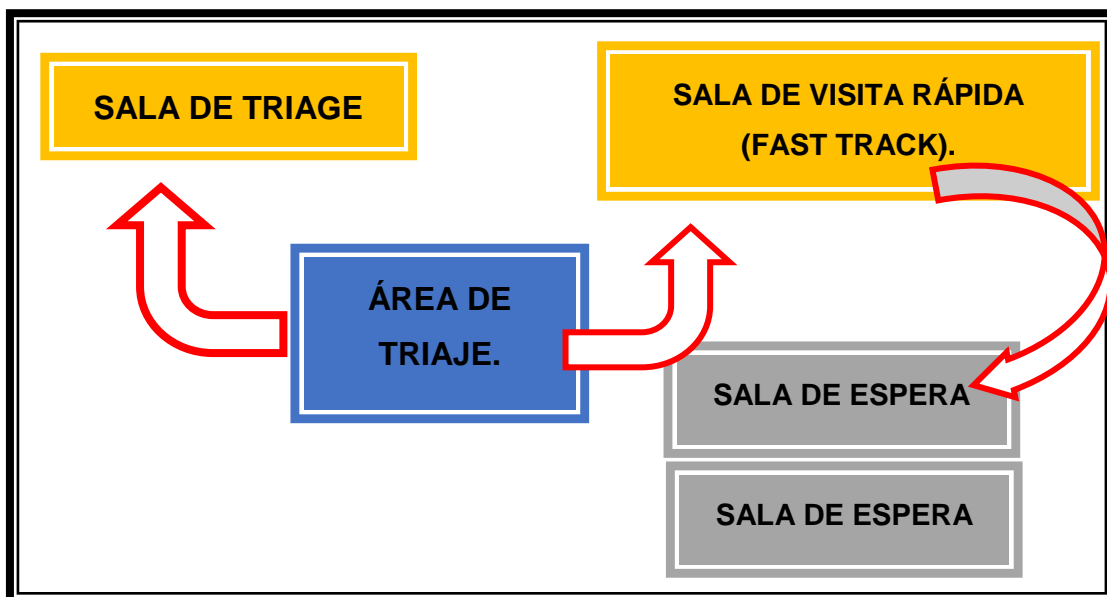
- Esfigmomanómetro.
- Pulsioximetría.
- Termómetro.
- Computadora
- Bandas de colores
- Balanza

4.22. Mejoras Estructurales en Base al Sistema de Triage

4.22.1. La unidad de triaje

Entendemos por “Unidad de Triage” cada una de las salas de un hospital, servicio de salud, cuarto de urgencias o de cualesquiera otros establecimientos de similares características donde se atiende a pacientes, independientemente de su naturaleza de entidad pública o privada, en la que se realiza el triaje. Como vemos este es un concepto más bien jurídico que asistencial. Desde el punto de vista asistencial, hablamos de “Área de Triage”, constituida por una unidad o sala de triaje, una sala de visita rápida y un área de espera de pacientes para dicha sala rápida. Idealmente el área de triaje ha de estar próxima a un área de radiología, con su sala de espera correspondiente. (VER ESQUEMA N° 1).

Esquema N° 1. EL ÁREA DE TRIAGE.



Fuente: MANUAL para la IMPLEMENTACIÓN de un SISTEMA de TRIAGE para los CUARTOS de URGENCIAS.

4.22.2. Ubicación de la/s unidad/es de triaje

Tanto desde el punto de vista estructural como funcional, el área de triaje ha de ser la puerta de entrada del cuarto de urgencias.

La/s unidad/es de triaje ha/n de estar ubicada/s en la proximidad de la entrada de pacientes al servicio, habitualmente contiguas al área de admisión de pacientes y a la sala de espera. Dado que el triaje es un proceso y no un espacio, la ubicación de la unidad de triaje en un sitio determinado del servicio no implica que este no pueda ser realizado también en cualquier otra ubicación.

Hemos de estar preparados para realizar triaje en cualquier lugar del servicio; incluyendo, especialmente, a los pacientes que llegan con ambulancia, y a los pacientes ya ubicados en box (traje a cabecera de paciente) si no se dispone de personal en presencia física en la sala de triaje.

4.22.3. Dotación técnica de la unidad de triaje

El área de triaje ha de ser un espacio claramente identificado, con una sala de triaje de dimensiones adecuadas (mínimo 6 m², óptimo 9 m²), teniendo en cuenta aspectos como la confortabilidad, la privacidad, la seguridad y la existencia de una atmosfera agradable.

El profesional que realiza triaje ha de tener fácil acceso y visión de los pacientes que llegan al servicio.

Las puertas de la sala de triaje han de ser amplias, para dejar pasar sillas de ruedas, y ocasionalmente camillas. Debemos dotar la sala de triaje de un sistema de control visual de los pacientes de la sala de espera. Adjunto a la sala o unidad de triaje se ha disponer de un área de espera confortable, y siempre que sea posible de una sala de visita rápida, que permita descongestionar el área de espera.

La sala de triaje ha de estar dotada del material y equipamiento necesario para realizar en ella las funciones propias del triaje. Se ha de disponer de un equipamiento de exploración básico y de un sistema de comunicaciones eficaz.

En la sala de triaje el profesional dispondrá de todos los documentos necesarios para realizar su función, así como medidas de seguridad y material de autoprotección y posibilidad de aplicación de normas de precaución estándar. Estará totalmente informatizada.

4.22.4. El triaje del paciente encamado.

La llegada de pacientes en camilla puede generar ciertos problemas ante estructuras rígidas, especialmente si el servicio no tiene una puerta específica de entrada de ambulancias. Puede establecerse un circuito específico de triaje para este tipo de pacientes, realizándose el triaje por personal distinto al ubicado en la sala de triaje en caso de existir esta puerta de entrada específica. En este caso el triaje será siempre previo al registro administrativo. En caso de existir una única puerta de entrada, el triaje de estos pacientes será realizado por el personal de la sala de triaje, que priorizara, en general, este sobre el de los pacientes que lleguen por sus propios medios. (21)

4.23. Alteraciones que se pueden producir en el paciente en el Servicio de Urgencia:

Algunas de las alteraciones más características a valorar en el paciente que permanece en el servicio de Urgencia son:

- **Miedo:** variará de grado según el cuadro y el perfil del paciente, pero sin duda se verá favorecido por la extrañeza ante aparatos, material y ruidos extraños.
- **Dolor:** es la referencia más clara para el paciente de que algo no anda bien y, por tanto, una fuente de pensamientos y conductas negativas. A veces va más allá de la manifestación fisiopatológica. Se suele atender el dolor de quien lo manifiesta, pero no así el de quien lo oculta o por muy diversos motivos no lo pueden manifestar. Suele conducir a intranquilidad, ansiedad y aumento de los miedos.

4.24. Pasos Previos a la Implementación

El requisito fundamental para implantar un sistema de triaje estructurado en una organización sanitaria, es contar con el claro convencimiento en la misma, de la necesidad de la implantación, sus ventajas y la oportunidad de mejora que ello conlleva.

Una vez establecida la decisión de implantar el sistema de triaje estructurado, será necesario contar con una dotación presupuestaria que garantice la capacidad de asesoramiento, puesta en marcha del sistema y seguimiento de la implantación.

El proceso de asesoramiento en la implantación, incluye el análisis previo de la situación de la organización, una propuesta de implantación ajustada a las necesidades de la organización basada en la reingeniería de procesos y un liderazgo y acompañamiento en el proceso de implementación del Plan de implantación. La puesta en marcha del sistema incluye los reajustes estructurales, de personal y tecnológicos mínimos para garantizar una implantación exitosa.

El seguimiento de la implantación incluye la disponibilidad de asesoramiento a la organización y la actualización tecnológica necesaria.

Existen una serie de factores que garantizan el éxito de la implantación de un sistema de triaje Estructurado:

1. La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado válido, útil, relevante y aplicable, con suficiente solidez científica como para ser utilizado tanto en niños como en adultos, independientemente del tipo de centro donde se aplique.
2. Que el sistema de triaje estructurado disponga de una escala de triaje de 5 categorías o niveles de triaje, que haya demostrado una fiabilidad lo suficientemente alta como para ser aplicada con seguridad tanto por facultativos como por Enfermería, y cuya aplicación pueda ser auditable a través de un sistema informatizado.
3. La disponibilidad de un equipo de asesoramiento cualificado que coordine el proceso de implantación.
4. La adhesión de los responsables sanitarios, gestores, facultativos y Enfermería a las recomendaciones propuestas.
5. La creación de un comité de triaje en los cuartos de urgencias.
6. La estructuración física y tecnológica operativa y la dotación de personal en los cuartos de urgencias acorde con las recomendaciones propuestas.
7. La aplicación de un programa de formación uniforme.
8. La existencia de un número suficiente de profesionales cualificados y formados en triaje.
9. La instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje, según un modelo de mejora

10. continúa de la calidad.

11. La aplicación de un programa de formación continuada en triaje estructurado. (21)

4.25. Proceso de Implementación

La correcta implantación del sistema de triaje requiere de la organización una serie de requisitos básicos:

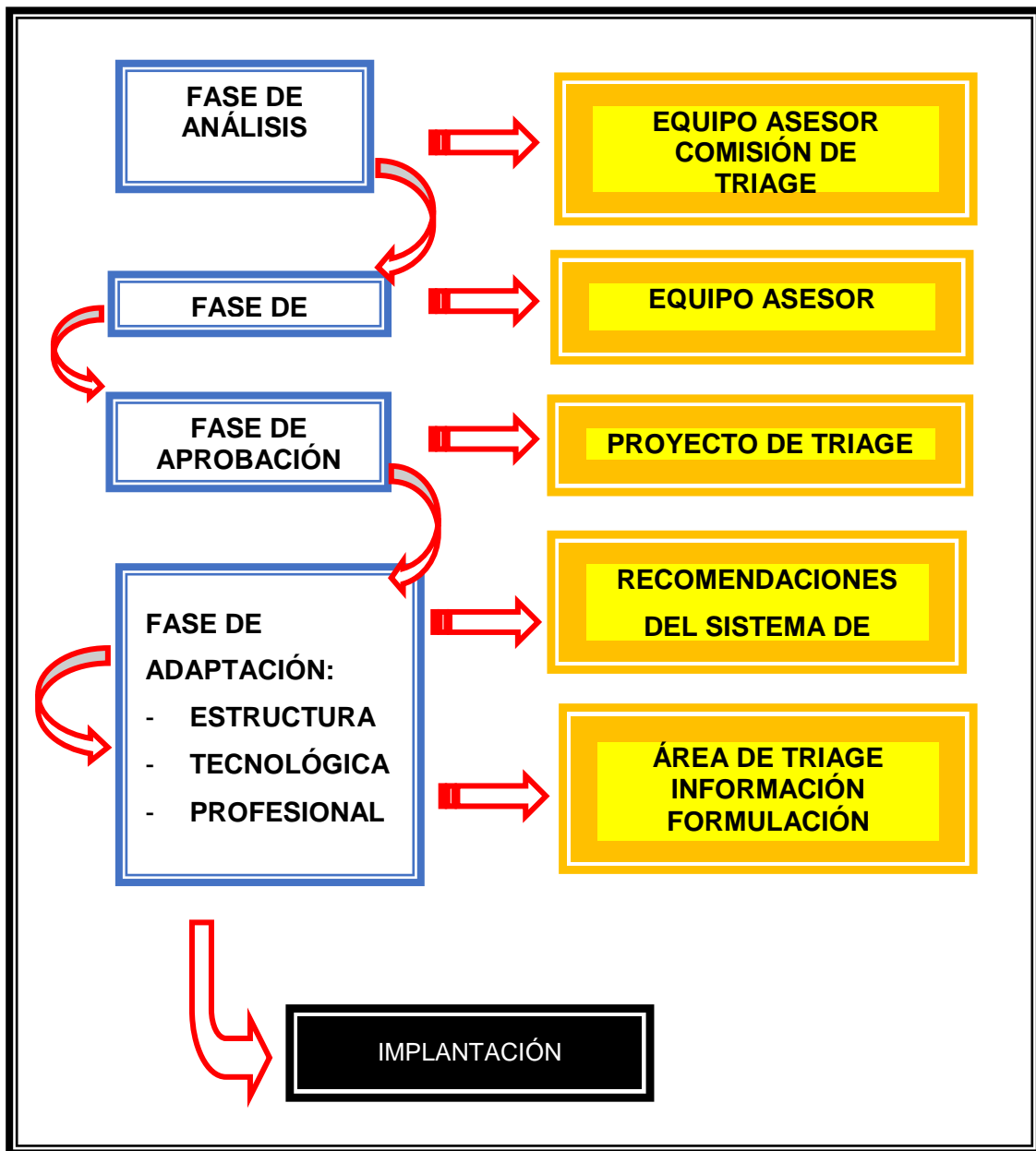
- Disponer de una mínima informatización.
- Disponer de una mínima estructuración de salas y espacios.
- Disponer de un personal cualificado, formado y cuantitativamente suficiente, que garantice el buen funcionamiento del sistema.

El proceso de implementación, una vez tomada la decisión de evaluar la implantación de un sistema de triaje estructurado en una organización sanitaria, tiene las siguientes fases:

1. Fase de análisis: El equipo asesor inicia el proceso de análisis de situación previo, en el que se valoraran las posibilidades reales de implantación y se planteara la mejor estrategia para conseguirlo.
2. Fase de estudio: La comisión de triaje del centro, junto al equipo asesor confeccionaran el Plan de implantación, que incluirá todos los aspectos relacionados con la implantación del sistema de triaje en el centro. La fase de estudio rendirá un proyecto de triaje adaptado a las necesidades del centro y un estudio de la dotación presupuestaria necesaria para implantar el sistema de triaje.
3. Fase de aprobación: El proyecto de triaje se presentara a la dirección competente para su aprobación.
4. Fase de adaptación: Se iniciara el proceso de adaptación estructural, profesional y tecnológica en base a las recomendaciones del sistema de triaje. En esta fase se adaptara el área de triaje, se dotara profesional y tecnológicamente el sistema de triaje y se formara a los profesionales. (21)

El esquema N° 2 a continuación muestra las fases del proceso de implementación.

Esquema N° 2. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN



Fuente: MANUAL para la IMPLEMENTACIÓN de un SISTEMA de TRIAGE para los CUARTOS de URGENCIAS.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presente investigación, plantea la propuesta de implementación del Sistema Triage en el Servicio de Emergencias, ya que es muy importante para categorizar a los pacientes que acuden al Hospital.

Durante los últimos años se viene produciendo la demanda de un aumento progresivo en las asistencias en los servicios de urgencias Hospitalarias. Así mismo las investigaciones encontradas hacen relación al impacto de implantación del proceso de triage en diferentes servicios de emergencias como estrategia para disminuir la saturación del servicio.

El Instituto Nacional del Tórax es un Hospital que pertenece al tercer Nivel y que cuenta con servicios de Emergencias, Cirugía, Terapia Intensiva, Quirófano, Cardiología, y Neumología, el Servicios de Emergencia, permanecen abierto las 24 horas y reciben un gran número de usuarios con distintas necesidades de atención en salud y alguna de ellas, pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata. Todo paciente que acude al servicio de emergencia cree que su urgencia debe ser atendida inmediatamente, sin oportunidad a la espera, muchas veces colapsando el servicio. Además acuden usuarios que tienen tratamiento médico como: inyectables intramusculares, endovenosos, curaciones y otros.

Un sistema desordenado de atención de pacientes que no priorice la atención según la gravedad, no brinda calidad en la atención, puesto que al ocuparse de pacientes que no ameritan atención inmediata, frente a otros que realmente si lo necesitan se pierde tiempo valioso que puede ser la diferencia entre la vida y la muerte para pacientes realmente graves. El flujo y volumen de trabajo varía cada día y todo el tiempo, dependiendo del nivel de complejidad que requiera la necesidad de atención del usuario. Por esto, es indispensable que exista un sistema de ordenamiento, que asegure la atención a los usuarios en función de una priorización de gravedad clínica y no solamente por orden de llegada, para lo cual se usa el triage. Esto con el fin de mejorar la atención de los pacientes y disminuir el tiempo de espera para su atención y secundariamente disminuir la saturación del servicio de Urgencias y/o Emergencias.

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la necesidad de implementar el Sistema de Triage en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Tórax La Paz - Gestión 2018?

VII. OBJETIVOS

7.1. Objetivo General:

Determinar la necesidad de implementar el Sistema de Triage en el servicio de emergencias del Hospital Instituto Nacional del Tórax La Paz – 2018.

7.2. Objetivo Específico:

1. Identificar el nivel de información del personal de Emergencias sobre la necesidad de implementar el Sistema de Triage.
2. Clasificar a los Usuarios que acuden al Servicio de Emergencias según su nivel de atención y el Sistema de Triage.
3. Describir la satisfacción sentida por los usuarios frente a la atención recibida en el Servicio de Emergencias y estimar el tiempo de espera.
4. Elaborar un plan de capacitación para el Personal del Servicio de Emergencias sobre la implementación del Sistema de Triage Español.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO.

En la presente investigación, se aplicará en una primera etapa un marco metodológico para identificar la situación actual del problema, posterior a la misma se planteará una metodología para la propuesta de intervención donde describirá, la importancia para implementar el Triage en Emergencias, del Hospital Instituto Nacional del Tórax La Paz. A través de revisión de Historia Clínica, encuestas que van a ser llenadas por profesionales del Servicio de Emergencias de los diferentes turnos y pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del INT.

8.1. Área de Estudio:

Lugar: Servicio de Emergencia.

Ubicación: Zona Miraflores Calle Claudio Sanjinés.

Institución: Hospital Instituto Nacional del Tórax La Paz.

Hospital: Tercer Nivel.

Población de estudio: Revisión de Historias clínicas, personal de salud de Emergencias de los diferentes turnos y usuarios que acuden, al Servicio de Emergencia.

Sujetos de estudio: Todo personal de salud que labora en Emergencias de los diferentes turnos y usuarios que acuden al servicio.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UMSA, Maestría Médico Quirúrgico.

8.2. Tipo de estudio:

Se realizó una investigación de:

Tipo **Descriptiva** según el alcance de los resultados en la que se planteó Determinar la necesidad de implementar el triage, identificar, el Nivel de atención y clasificar según la escala de triage, además identificar la satisfacción del usuario y estimar el tiempo de espera de los pacientes.

Transversal, Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, se limitó a un periodo de tiempo establecido entre los meses de Junio, Julio y Agosto de la gestión 2018.

Cuantitativo; Se trabajará con un N° de Historias Clínicas, pacientes que acuden al Servicio de Emergencias, Personal Profesional de Emergencias.

8.3. Universo y Muestra

El tipo de muestreo empleado para la presente investigación es NO PROBABILÍSTICO intencionado según criterios de Investigador.

Universo: Instituto Nacional del tórax.

Muestra: Servicio de Emergencias a 15 profesionales del Servicio de Emergencias de los diferentes turnos, entre, Médicos, Lic. en Enfermería, Aux. de Enfermería, Revisión de 100 Historias Clínicas, de la gestión 2018 y se aplicó una encuesta a 80 Pacientes.

8.4. Criterios de Selección:

8.4.1. Criterios de inclusión.

- Personal profesional del Servicio de Emergencia, Médicos, Lic. en Enfermería, Aux. de Enfermería.
- Personal profesional del Servicio de Emergencias, que firmen, el consentimiento informado, para colaborar en el presente trabajo de investigación.
- Pacientes que acuden, al Servicio de Emergencia.
- Pacientes que firmen, el consentimiento informado, para colaborar en el presente trabajo de investigación.
- Historias Clínicas, de Emergencias.

8.4.2. Criterios de exclusión.

- Que no cumplan, con criterios de inclusión.
- Personal profesional con vacación.
- Personal que no quiera participar en el estudio de investigación.
- Pacientes que no quieran participar del estudio.
- Historias Clínicas incompletas.

8.5. Estado de Variables:

- Atención inmediata.
- Triage.

- Emergencias.
- Necesidad.
- Implementar.
- Diagnóstico inicial.
- Nivel de atención.
- Clasificación de triage.
- Ubicación final del paciente.
- Tiempo de espera.
- Estado de salud.

8.6. Operacionalización de Variables:

8.6.1. Variable del 1er Objetivo Específico:

Identificar el nivel de información del personal de Emergencias sobre la necesidad de implementar el Sistema de Triage.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Atención inmediata	Cualitativo	Atención de prioridad, según la gravedad.	a. Emergencias b. Urgencias	porcentaje
Triage es	Cualitativo	Es la Clasificación de los pacientes según en función de una priorización de gravedad clínica y no solamente por orden de llegada.	a. Incorrecto. b. Correcto c. A y b d. Ninguno	porcentaje
Existe triage en emergencias.	Cualitativo	Existencia, de un sistema de clasificación, de pacientes según su	SI NO	Promedio

		gravedad.		
Necesidad de implementar el triage.	Cualitativo	Identificar, la predisposición de un sistema, de clasificación, del paciente según, su gravedad.	SI NO	Promedio
Por qué implementar	Cuantitativo	Motivo de la necesidad de implementar un sistema de triage.	a. Necesidad. b. Efectividad. c. Comodidad. d. Todos e. Ninguno.	Porcentaje

8.6.2. Variables del 2do. Objetivo Específico:

Clasificar a los Usuarios que acuden al Servicio de Emergencias según su nivel de atención y el Sistema de Triage.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Diagnóstico inicial para clasificar el nivel de atención y el Triage	Cualitativas	Razón por la cual acude al servicio de emergencia.	Historia Clínica Clasificación según condición.	Porcentaje
Clasificación de nivel de atención	Cualitativa	Clasificación de niveles de hospital, donde el paciente pertenece según gravedad de su estado de salud.	a. 1er Nivel b. 2er Nivel c. 3er Nivel	Porcentaje
Clasificación de triage.	Cualitativa	Acción de ordenar a los pacientes según su	a. Nivel I b. Nivel II c. Nivel III d. Nivel IV	Porcentaje

		estado de salud.	e. Nivel V	
Ubicación final del paciente	Cualitativa	Ubicación del paciente después de la atención en emergencias.	a. Hospitalizado b. Muerto c. Alta por fuga d. Alta hospitalaria e. Alta solicitada. f. Transferencia g. Control por consulta externa	Porcentaje

8.6.3. Variables del 3er. Objetivo Específico:

5. Describir la satisfacción sentida por los usuarios frente a la atención recibida en el servicio de emergencias y estimar el tiempo de espera.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Recomendación del servicio.	Cualitativa.	Satisfacción del usuario que mide la calidad de atención del servicio.	a. Si b. No c. Tengo dudas. d. Nunca.	Porcentaje
Tiempo de espera para la atención médica	Cualitativa. Ordinal	Periodo de tiempo entre la obtención de turno hasta la atención médica.	a. Inmediatamente b. Entre 5 a 10 min c. Entre 11 a 15 min d. Entre 16 a 20 min e. Más de 20 min f. Horas.	Porcentaje
Explicación de espera de atención.	Cualitativo	Información del motivo de espera	a. Si me informaron b. No me informaron.	Porcentaje

			c. Estaba lleno de pacientes el servicio. d. Toque la puerta y no me atendieron. e. Mi situación no es tan grave y puedo esperar. f. Ninguno. g. Otros cual.	
Situación que refiere el paciente acerca de su estado de salud	Cualitativo	Condición de su estado de salud del usuario.	a. Muy grave b. Grave c. Poco grave d. Leve	Porcentaje

8.7. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

Primeramente se elaboró un cronograma de actividades y de costo (VER ANEXO N° 5) de acuerdo al cronograma establecido se ejecuta.

Para poder dar salida a los objetivos planteados se realizara un análisis descriptivo de los datos obtenidos, mediante el programa Exel - 2010, las variables serán analizadas, mediante el análisis que se identificó.

1. Para dar salida **Primer Objetivo Específico**, se realizaron los siguientes procedimientos:

En primera instancia, para identificar la necesidad de implementar el triage, en el servicio de emergencias, se elaboró una encuesta de 6 preguntas para el personal del Servicio de Emergencia, como ser para, Médicos, Lic. Enfermería, Aux. de Enfermería de los diferentes turnos así se, determinara la frecuencia relativa promedio de las variables mediante una tabla de frecuencias creada con el programa Exel - 2010. La respuesta afirmativa o negativa de la pregunta 1, 2, 3.4.5.6 de la encuesta, (VER ANEXO N° 4) referencia, Identificar el nivel de información del personal de Emergencias sobre la necesidad de implementar el Sistema de Triage.

2. Para dar salida al **Segundo Objetivo específico**, se realizarán los siguientes procedimientos:

De igual forma se realizó un formulario de colección de datos, que fue introducida en una base de datos creada con el programa Epi Info 7 y con este instrumento se realizara, una revisión exhaustiva de las Historias Clínicas, que corresponden a las preguntas 1,2,3,4, (VER ANEXO 4) del formulario de recolección, y se determinara la frecuencia porcentual, promedio de las variables, creada con el programa Exel – 2010, para realizar un análisis descriptivo de las distintas variables correspondientes a la totalidad de 100 Historias Clínicas gestión 2018, de los pacientes que acudieron al Servicio de Emergencias. La revisión de las Historias, hacen referencia para, Identificar, el Nivel de atención y clasificar según la escala de triage.

3. Para dar salida al **Tercer Objetivo Específico**, se realizarán los siguientes procedimientos:

De igual forma se realizó, una encuestas, que fue introducida en una base de datos creada con el programa Epi Info 7, encuesta que es dirigida a los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias gestión 2018, para realizar un análisis descriptivo de las distintas variables, creada con el programa Exel – 2010, correspondientes a la totalidad de 80 pacientes, la respuesta de la pregunta 1, 2, 3,4 de la encuesta, (VER ANEXO N° 4) referencia, Describir la satisfacción sentida por los usuarios frente a la atención recibida en el servicio de emergencias y estimar el tiempo de espera.

4. Para dar salida al **Cuarto Objetivo Específico**, se realizarán los siguientes procedimientos:

Con la información obtenida de encuesta y revisión de Historias Clínicas, se elaboró una Propuesta de Implementación, previo se elaboró un plan de capacitación para el personal del servicio de emergencias sobre la **Implementación Sistema de Triage Español** en el Servicio de Emergencias Instituto Nacional del Tórax.(VER ANEXO N° 1)

Instrumento de colección de datos: Para desarrollar el estudio se realizó el trámite administrativo mediante una solicitud al Director y a Jefatura, del Instituto Nacional

del Tórax – La Paz, y se obtuvo la autorización respectiva el permiso correspondiente que fue por escrito (VER ANEXO 3) y en forma verbal y se llevó a cabo el trabajo de investigación en el servicio de Emergencias.

Se coordinó, tanto jefe médico y jefa de enfermeras para establecer el cronograma del inicio de la recolección de datos.

Se invitó a todo el personal que trabaja, de los diferentes turnos del Servicio de Emergencias, explicando los objetivos del estudio a realizar y garantizándoles la confidencialidad de los datos, Revisión exhaustiva de las historias clínicas y Encuesta para los usuarios que acuden al servicio de Emergencias.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICOS.

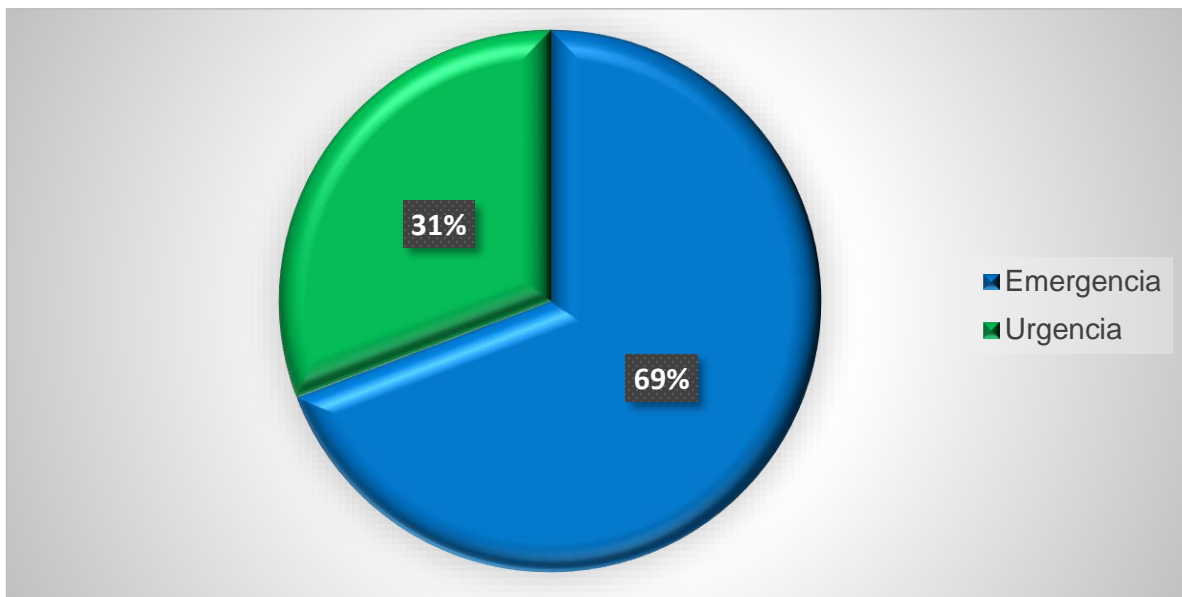
La presente investigación se halla enmarcada dentro de las bases fundamentales del estado y en respeto a los cuatro principios de la bioética: Autonomía, Beneficencia, No- maleficencia y Justicia, se realizó el trámite administrativo mediante una solicitud al Director y a Jefatura, del Instituto Nacional del Tórax – La Paz, a fin de obtener la autorización respectiva el permiso correspondiente, después de la obtención del permiso respectivo de las Autoridades, se aplicó la hoja de información (VER ANEXO N°3) y el consentimiento informado respectivo al personal de salud (VER ANEXO N°3) y a los usuarios hoja de información (VER ANEXO N°3) y el consentimiento informado (VER ANEXO N°3), a los participantes del estudio.

Luego se coordinó con el jefe médico, jefa de enfermeras de Emergencias, para establecer el cronograma del inicio de la recolección de datos de las Historias Clínicas, se invitó todo el personal profesional del servicio de Emergencias, de los diferentes turnos y se realizó la encuesta a los pacientes que acuden al servicio para su atención, explicando los objetivos del estudio a realizar y garantizándoles la confidencialidad de los datos.

X. RESULTADOS.

GRAFICO N° 1

LA ATENCIÓN INMEDIATA QUE CORRE UN RIESGO VITAL INMINENTE QUE DA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



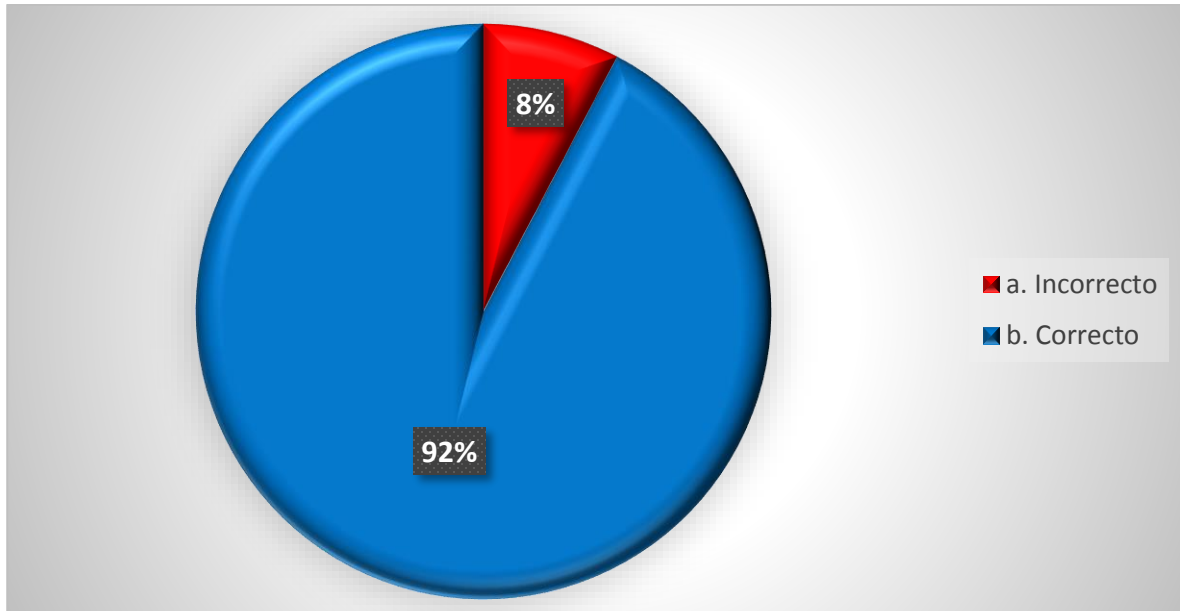
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS; Del 100% un 69%(9) Profesionales que indican que la atención inmediata que se debe de dar es Emergencia, y un 31% (4) Profesionales que indican que la atención inmediata que se debería de dar es Urgencias.

INTERPRETACIÓN: Cómo podemos apreciar un 69% saben cuál es la atención inmediata que corre un riesgo vital que se da y un 31% que representa a 4 Profesionales que indican que la atención inmediata que corre un riesgo vital es Urgencias, con un menor porcentaje no saben diferenciar entre los términos de emergencia y urgencia, lo cual habla del conocimiento teórico del área específica de su trabajo. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°1)

GRAFICO N° 2

CONCEPTOS DE TRIAGE QUE REFIERE EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS. EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



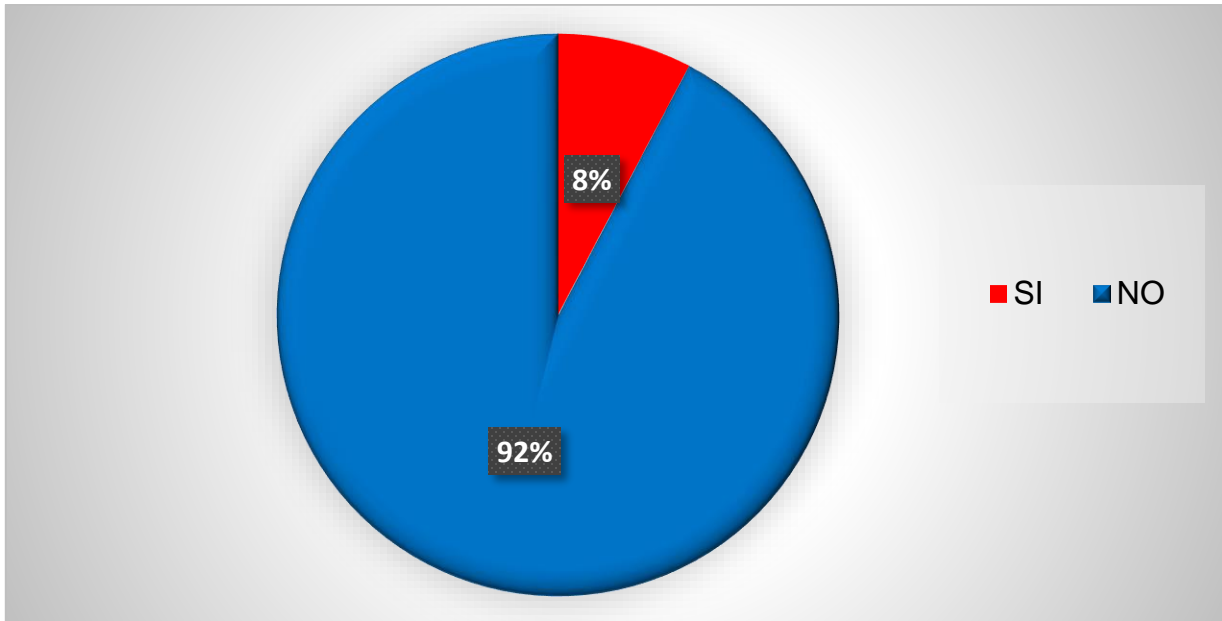
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% de las encuestas realizadas un 92% (12) Profesionales que conoce sobre el concepto de triage y únicamente 1 de 13 profesionales no contestó de la manera correcta que equivale a un 8%.

INTERPRETACIÓN: Podemos apreciar que el 92% conoce sobre que es el triage, lo cual es satisfactorio que sepan y también podemos apreciar sobre el conocimiento del Sistema de Triage. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N° 2)

GRAFICO N° 3

EXISTENCIA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



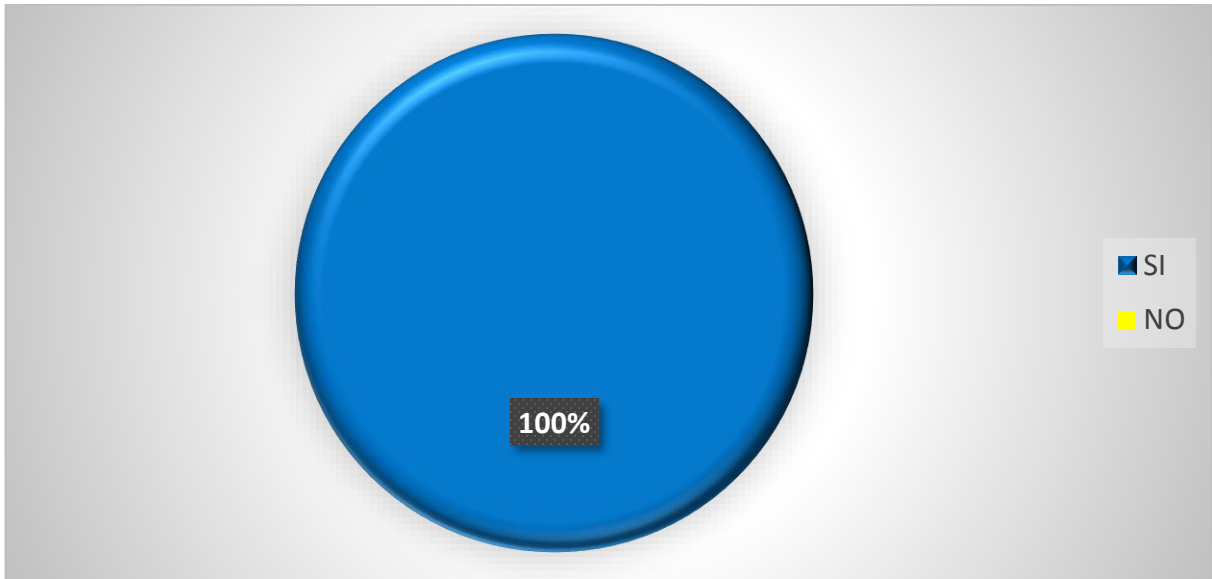
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Con un mayor porcentaje de 92%(12) q indicaron que no cuentan con un sistema de triage en su servicio, y con un menor porcentaje de 8% que pertenece a 1 profesional, dijo que si cuenta con el sistema de triage en su servicio, es da tal manera que es de suma importancia contar con un Sistema de Triage.

INTERPRETACIÓN: Del 100% de la encuesta un 92% indica que no cuentan con el Sistema de Triage en su servicio y con menor porcentaje de 8% que si cuenta. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°3)

GRAFICO N° 4

NECESIDAD DE IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



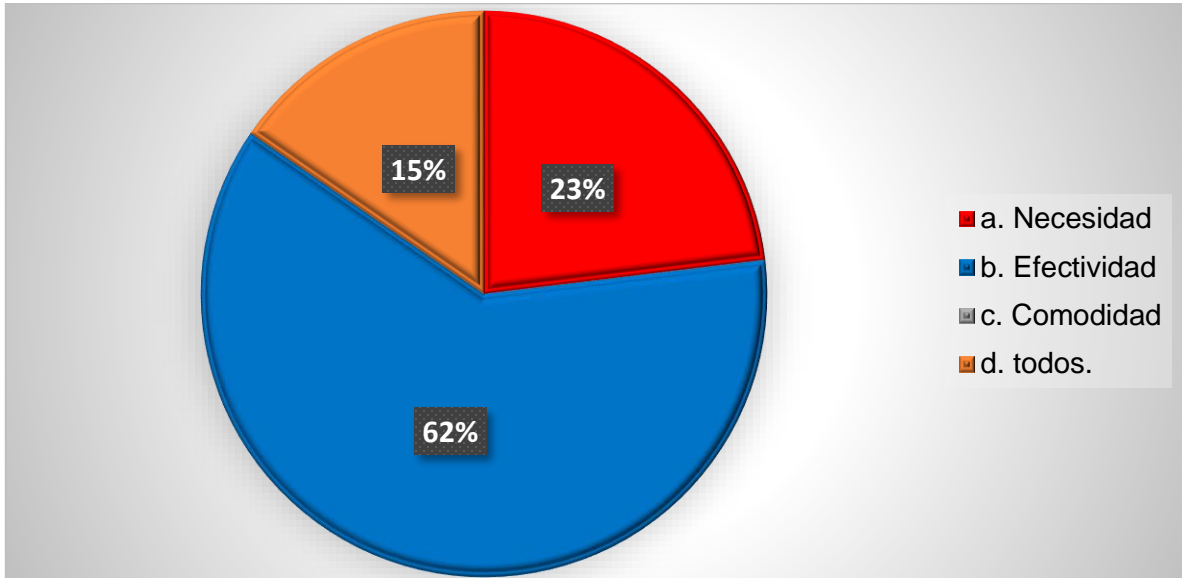
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: El 100% que pertenece a 12 profesionales del servicio de Emergencias respondieron que si es necesario implementar el Sistema de Triage.

INTERPRETACIÓN: Podemos apreciar que un 100% refiere que si es necesario implementar el Sistema de Triage, lo que nos da a conocer su importancia del por qué el estudio. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°4)

GRAFICO N° 5

POR QUÉ IMPLEMENTAR EL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS,
INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



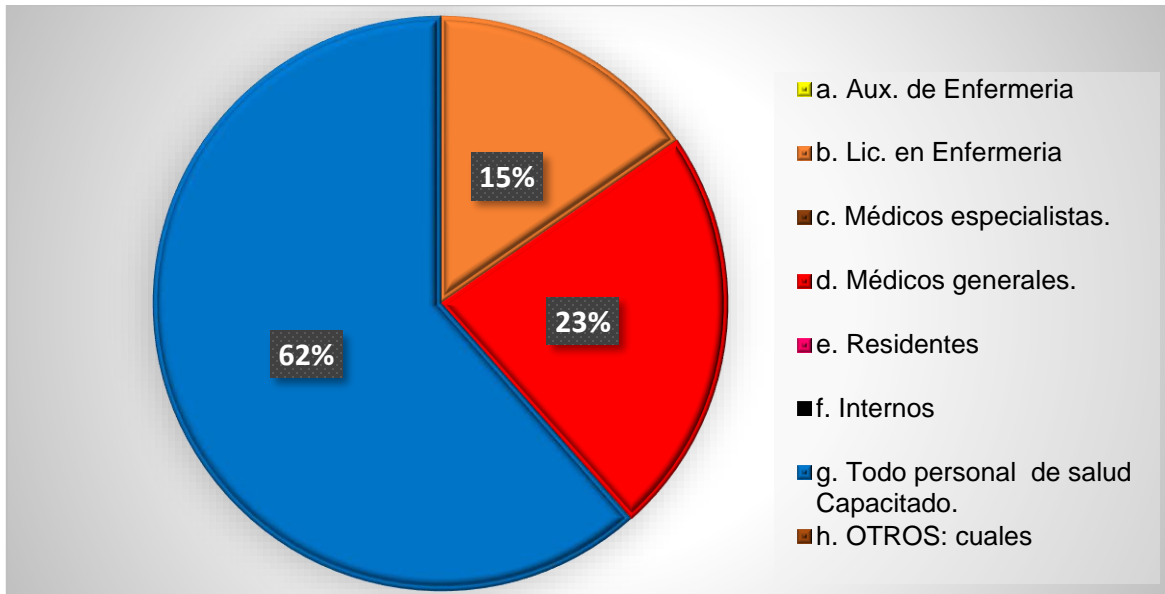
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 62% nos indica que se debe implementar por Efectividad, un 23 % por Necesidad, y un 15% por Necesidad. Efectividad, Comodidad.

INTERPRETACIÓN: Podemos analizar que con el mayor porcentaje un 62% dicen que por Efectividad se tiene que implementar el Sistema de Triage, ya que la efectividad es muy importante en el ámbito de salud. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°5)

GRAFICO N° 6

QUIENES DEBEN MANEJAR Y/O CLASIFICAR EL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



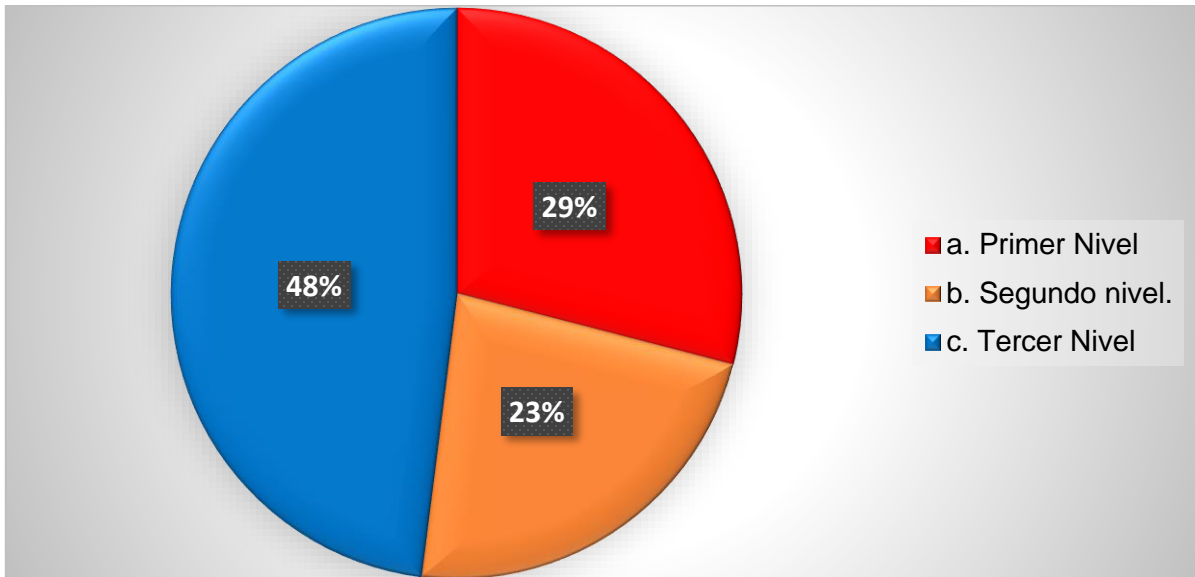
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 62% refiere que todo personal capacitado tiene que manejar el sistema de triage, un 23% Médicos Generales y 15% Lic., en Enfermería.

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar que el 62 % de los participantes consideran que todo personal de Salud capacitado tiene que manejar/clasificar el Sistema Triage, lo que nos muestra sobre el conocimiento del ST. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°6)

GRAFICO N° 7

ASIGNACIÓN DEL NIVEL DE PRIORIDAD DE ATENCIÓN AL QUE PERTENECE EL USUARIOS ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



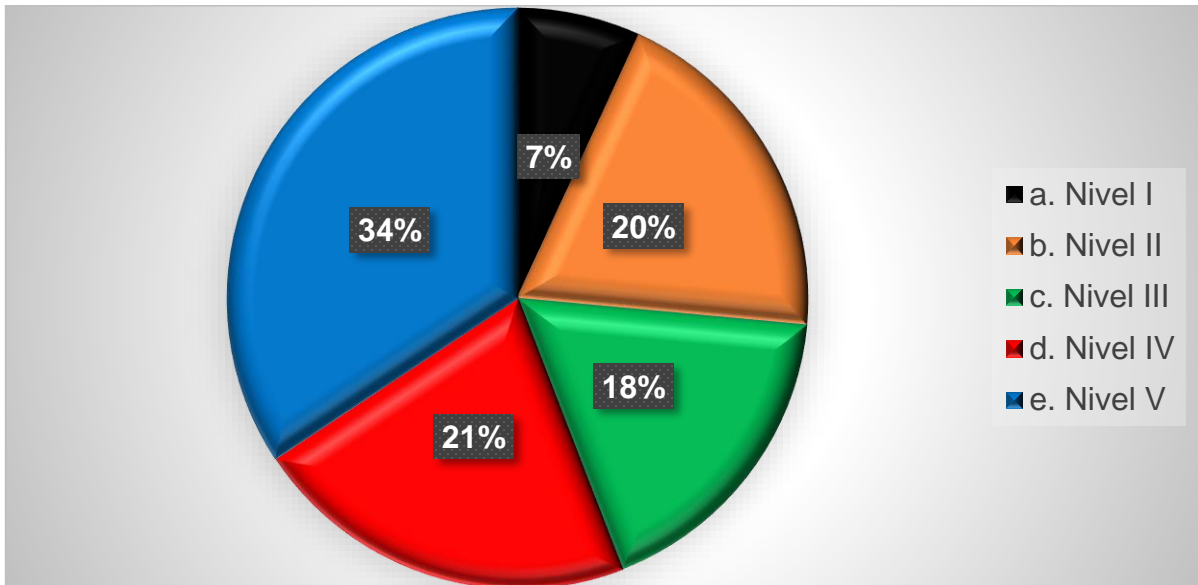
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 48% pertenece a un Tercer Nivel, 29% Primer nivel, y un 23% al Segundo Nivel de atención.

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar que los usuarios que acuden al Servicio de Emergencias, la mayoría pertenece al primer nivel y segundo nivel, de tal manera es de suma importancia tener un Sistema de Triage. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°7)

GRAFICO N° 8

NIVEL DE ASIGNACIÓN SEGÚN LA PRIORIDAD DEL SISTEMA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



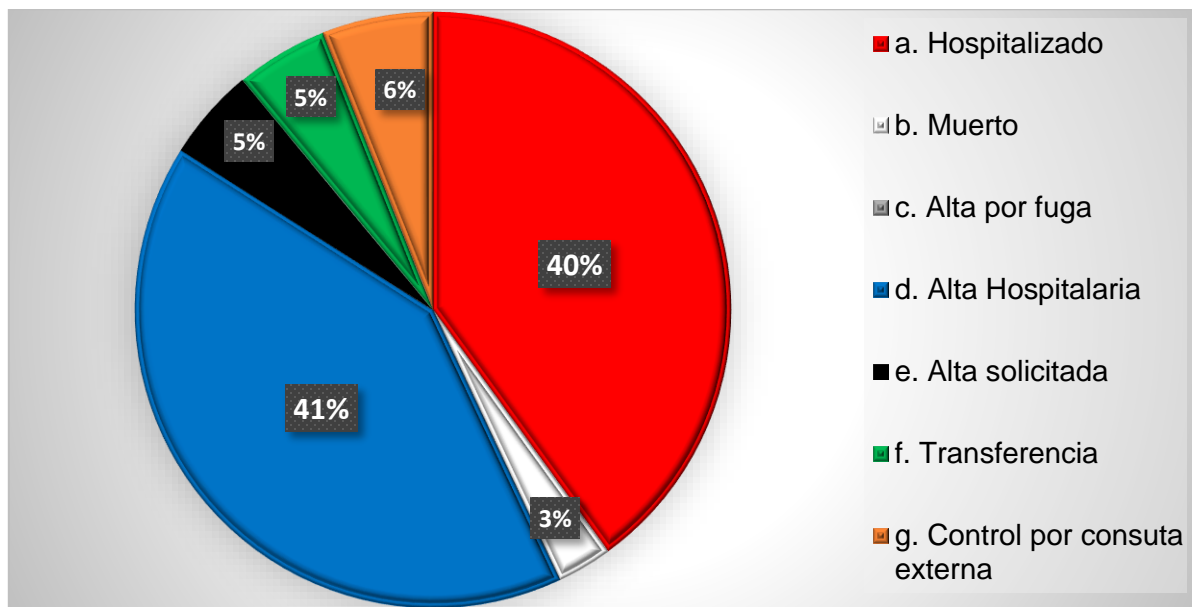
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 34% pertenece al Nivel V, 21% Nivel IV, 20% Nivel II, 18% Nivel III, y un 7% Nivel I

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar q con un mayor porcentaje de 34% pertenecen al Nivel V de la clasificación del Triage, lo que nos muestra que la mayoría son de casos leves donde pueden ir por consulta externa o centros de salud. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°8)

GRAFICO N° 9

UBICACIÓN FINAL DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



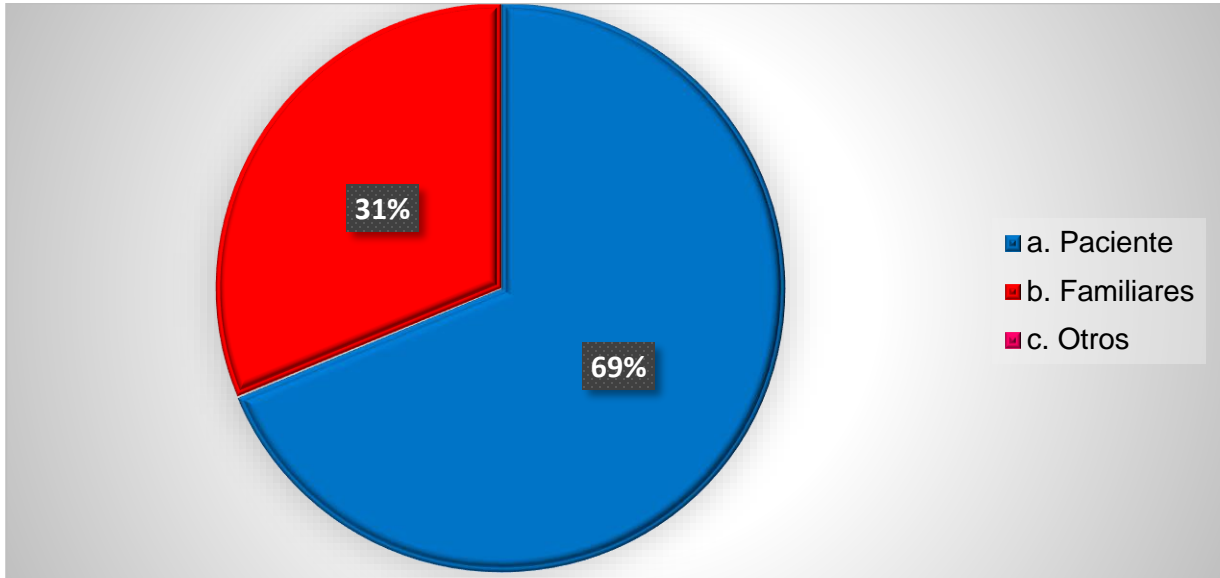
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100 % un 41% (41) se fueron con Alta Hospitalaria, y un 40% (40) fue Hospitalizado, un 6% (6) por Control por Consulta Externa, un 5% (5) alta solicitada y 5% (5) transferencia.

INTERPRETACIÓN: En la ubicación final del paciente, con un porcentaje mayor de 41% se van con alta Hospitalaria, y con un menor porcentaje de 5% con transferencia, lo que evidencia que la mayoría de los usuarios que acuden al Servicio son patologías que se pueden tratar en un primer nivel. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°8)

GRAFICO N° 10

RESPUESTA DE USUARIOS Y/O ACOMPAÑANTE QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



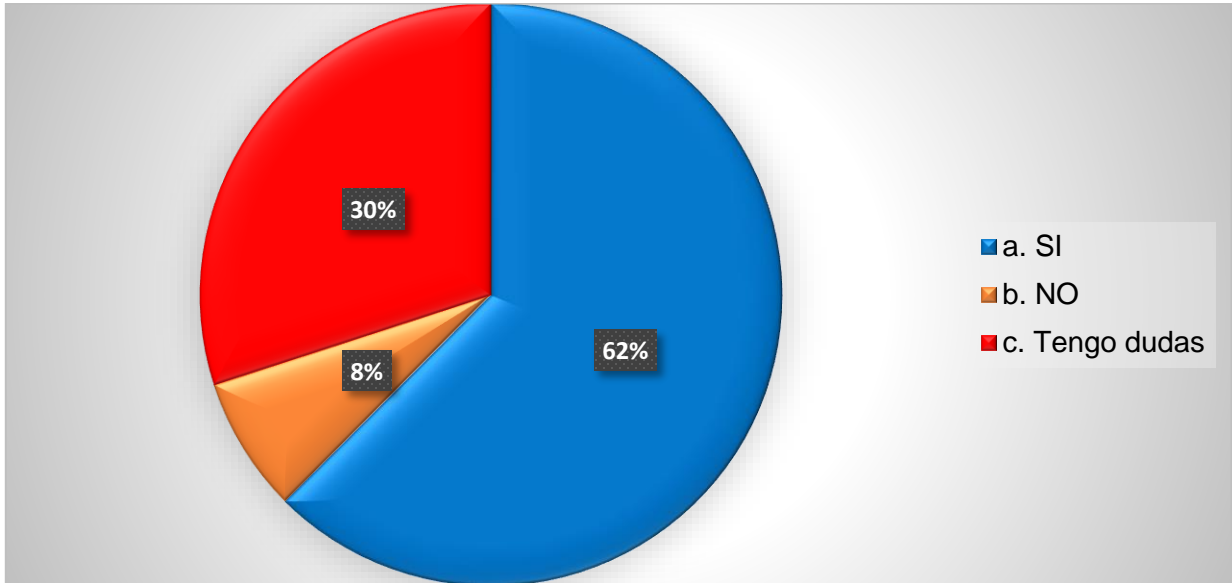
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 69% (55) respondió la encuesta el paciente y un 31% (25) familiares.

INTERPRETACIÓN: De las encuestas que se realizó se pudo evidenciar que la mayoría fue respondida por el paciente que da un 69% y la minoría fue respondida por el familiar que da un 31%. Se puede analizar que los usuarios que acuden al servicio, están aptos para responder. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°10)

GRAFICO N° 11

RECOMENDACIÓN DE SERVICIO DE URGENCIAS A OTRAS PERSONAS DE USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.



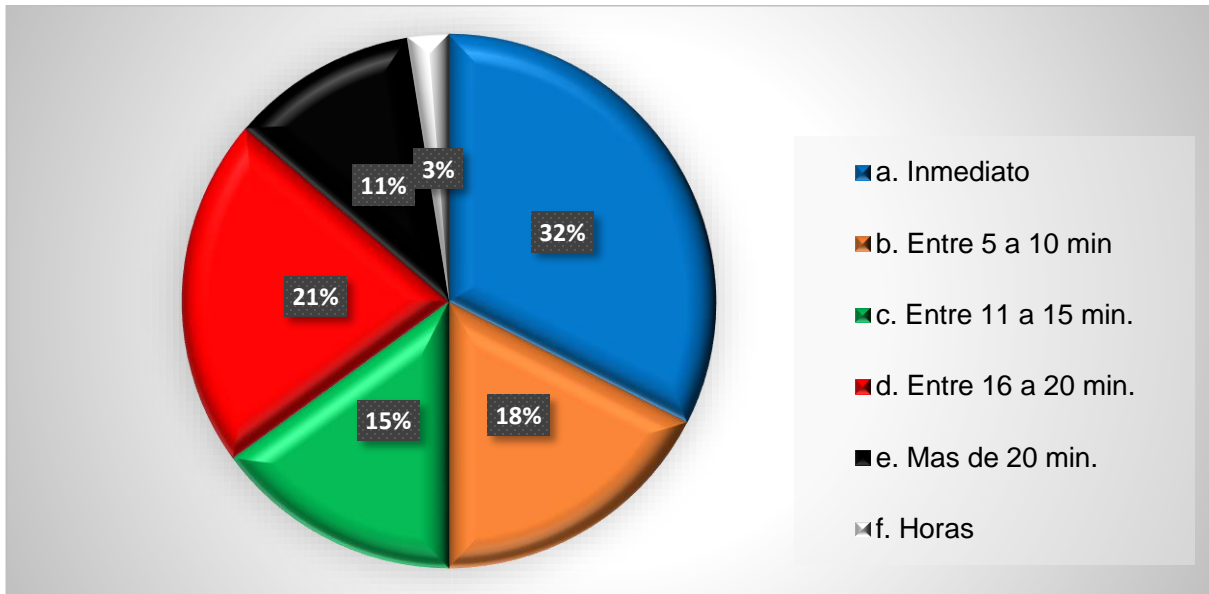
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% (80) de los pacientes que acuden al servicio de emergencias un 62% (50) dicen que recomendarían este servicio para que acudan, y un 30% (24) tiene duda y 8% (6) no recomendaría.

INTERPRETACIÓN: En el análisis podemos evidenciar que con un mayor porcentaje de 62% refieren que SI recomendarían el Servicio que acuden, esto nos da a entender que si dan una buena atención, también se puede evidenciar con un porcentaje muy llamativo 30% tienen duda y el resto 8% no lo recomendaría. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°11)

GRAFICO N° 12

TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE USUARIOS QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ 2018.



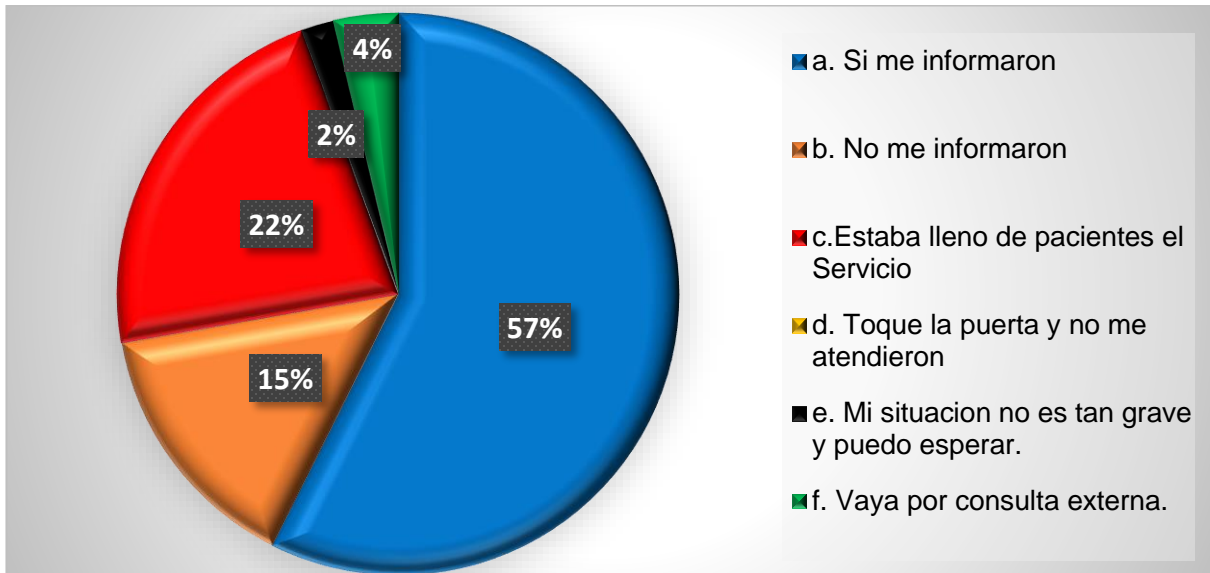
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% de los usuarios que acuden al Servicio Emergencias un 32 % (26) tuvo una atención inmediata, un 21% (17) tuvo que esperar entre 16 a 20 minutos, 18 % (14) tuvo que esperar entre 5 a 10 minutos, 15% (12) espero 11 a 15 min, 11% (9) espero más de 20 min, y 3% (2) espero horas.

INTERPRETACIÓN: En la medida del tiempo de espera para ser atendido en servicio de Emergencias, podemos evidenciar que la mayoría tuvo que esperar para recibir la atención. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°12)

GRAFICO N° 13

EXPLICACIÓN POR EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ 2018.



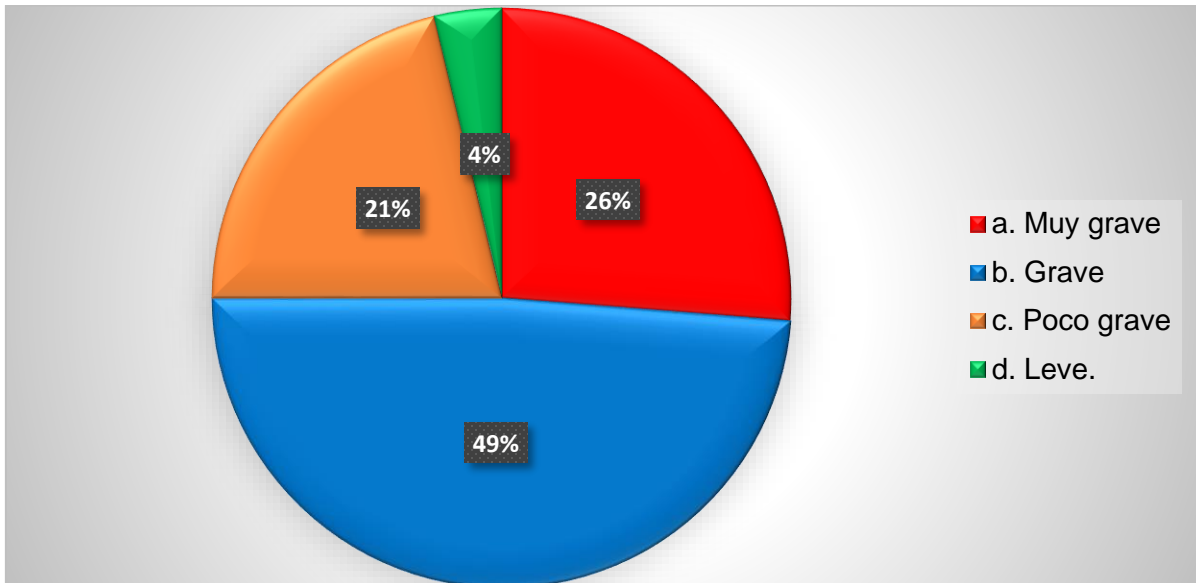
Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% de la explicación del tiempo de espera a un 57% (31) se le informaron, 22% (12) dijeron que estaba lleno de paciente el servicio, a 15% (8) no le informaron, a 4% (2) le enviaron por consulta externa, y 2% (1) su situación no era tan grave.

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar que con un mayor porcentaje de 57% se les informó del por qué la espera, y otro porcentaje llamativo de 22% dijeron que el servicio estaba lleno, de tal manera podemos evidenciar que el servicio es saturado. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°13)

GRAFICO N° 14

PENSAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD DEL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ 2018.



Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 49 % (39) pensó que su estado de salud era grave, 26% (21) muy grave, 21% (17) poco grave y un 4% (3) leve.

INTERPRETACIÓN: Podemos evidenciar que la mayoría de los pacientes piensan que su estado de salud es grave y que por eso acuden, y con un menor porcentaje 4% que refiere que es leve. (VER ANEXO N°1 – CUADRO N°14)

XI. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN.

Según los resultados obtenidos sobre la necesidad de Implementar el Sistema de Triage se elaboró una Propuesta de Implementación, previo un plan de capacitación para el personal del servicio de emergencias sobre la **Implementación Sistema de Triage Español** en el Servicio de Emergencias Instituto Nacional del Tórax. (VER ANEXO N° 1) Bajo la siguiente estructura:

CARATULA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

CUERPO DE LA PROPUESTA

1. Título de la Propuesta.
2. Problema a abordar.
3. Justificación.
4. Objetivos.
5. Meta.
6. Recursos humanos.
7. Recursos económicos.
8. Pasos realizados para la Implementación del Sistema de Triage.
9. Recomendaciones al Implementar.
10. Importancia para la intervención del Triage.
11. Formulario de Triage.
12. Cuadro del Sistema de Triage Español.
13. Conclusión.

XII. DISCUSIÓN.

Según la revisión, bibliográfica, coincide en que hay una saturación en los servicios de Urgencias Hospitalarias a nivel mundial, existe una demanda que excede las capacidades de las salas de urgencias, el uso de los servicios ha aumentado significativamente en los últimos años. De esta manera, parte la necesidad de implementar el triage en los servicios de urgencias. Recientemente, en Bolivia y en otros países, las instituciones de salud que brindan Servicio de Urgencias, han venido implementando sistemas de triage, debido a la congestión de los usuarios y por ende dar una atención oportuna. En el Instituto Nacional del Tórax, La Paz, también, existe una gran demanda de pacientes, la inadecuada utilización de los servicios de urgencias por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial. En base a esta problemática, en la presente investigación se logró conocer las necesidades de implementación del Sistema de triage, un 92% de indica que no cuenta con el sistema de triage en su Servicio, un 62% dicen que por Efectividad se tiene que implementar, 23 % por Necesidad, y un 15% por Necesidad. Efectividad, Comodidad. Asignación del nivel de atención al que pertenece, con un porcentaje mayor de 29% Primer nivel, y un 23% al Segundo Nivel, 48% pertenece a un Tercer Nivel, lo que indica muchos pacientes buscan más la atención en un tercer Nivel no por la condición de salud si no por recibir una atención inmediata. Nivel de asignación según el sistema de triage, se puede evidenciar q con un mayor porcentaje de 34% pertenecen al Nivel V, 21% Nivel IV, 20% Nivel II, 18% Nivel III, y un 7% Nivel I, lo que nos muestra que la mayoría son de casos leves donde pueden ser atendidos por consulta externa o centros de salud. Ubicación final del Usuarios que fue atendido en el Servicio de Emergencias, un 41% se van con alta Hospitalaria, lo que llama la atención que no requiere una atención inmediata. Recomendación de Servicio de Urgencias a otras personas, un 62% dicen que recomendarían este servicio, lo cual nos indican que no están satisfechos con la atención que brinda el Servicio de Emergencias. Se evidencio que los usuarios que acuden al Servicio dan un mal uso, puesto que cuando acuden al servicio, quieren que se les atienda inmediatamente sin necesidad de espera, y a veces colapsando el servicio, y con patologías que se pueden atender en un Centros de Salud, también

acuden usuarios con tratamientos, IM, IV, curaciones, etc. Actualmente la inadecuada utilización de los servicios de urgencias por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial. Por tal motivo y analizando los resultados se creó la necesidad de implementar el sistema de triaje estructurado, para dar una atención oportuna la que más lo necesita y no por orden de llegada.

XIII. CONCLUSIÓN.

Se llegó a las siguientes conclusiones:

- Dando respuesta al Primer Objetivo Especifico Identificar el nivel de información del personal de Emergencias sobre la necesidad de implementar el Sistema de Triage. Podemos concluir que según los resultados del estudio no cuentan con un Sistema de triage, y si es muy necesario implementar, por efectividad y por mucha afluencia de pacientes.
- Dando respuesta al Segundo Objetivo Específico de Clasificar a los Usuarios que acuden al Servicio de Emergencias según su nivel de atención y el Sistema de Triage, concluimos que según los resultados obtenidos existe muchos pacientes que acuden al servicio de emergencias con patologías leves casos que se puede solucionar en un primer nivel o segundo nivel y acerca de la clasificación del triage, la mayoría de los pacientes no requiere una atención inmediata.
- Dando respuesta al tercer objetivo específico de Describir la satisfacción sentida por los usuarios frente a la atención recibida en el servicio de emergencias y estimar el tiempo de espera. Por resultados obtenidos de los datos analizados se concluye que la satisfacción del usuario es relativamente positivo ya que están satisfechos con la atención que recibieron en el Servicio de Emergencias, y con el tiempo de espera la mayoría de los pacientes tuvieron que esperar más de 5 minutos para recibir la atención Medica se puede comprender ya que los usuarios que acuden no requieren atención inmediata.
- Finalmente para dar respuesta al cuarto objetivo específico como es el de Elaborar una propuesta de Sistema de Triage específico, para del servicio de Emergencias concluimos en la elaboración del Sistema de Triage Español específico para el Servicio de Emergencias Instituto Nacional del Tórax. (VER ANEXO N°1)

XIV. RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer a las autoridades los resultados de la investigación y solicitar recursos humanos, para no realizar tareas administrativas y priorizar la atención de emergencia con preferencia a los pacientes más graves.
2. Con los datos provistos por este estudio, es necesario implementar un Sistema de Triage Estructurado, con cinco niveles de prioridad de atención y los tiempos de espera requiriendo en el servicio de Emergencias Instituto Nacional del Tórax, porque nos permite selección al paciente correcto, en el lugar correcto y priorizar la atención a cada usuario externo que corre riesgo o gravedad de salud, con el fin de incrementar la calidad de atención.
3. Capacitar frecuentemente al personal sobre el Sistema de Triage, su funcionamiento, prioridades, para llevar a cabo una correcta clasificación de paciente y brindar una atención oportuna, incluir en la reorganización del servicio la elaboración de instrumentos de atención como ser: manuales, protocolos y posteriormente socializar a todo el personal ya que las enfermeras trabajamos en los servicios de acuerdo a la necesidad de la institución.
4. Socializar a la población sobre el sistema de Triage y los Niveles de Atención, a través de trípticos, ayudas audiovisuales o carteles, donde se informe que es emergencia, en qué casos deben acudir directamente a emergencias. para que acudan a la institución correspondiente de acuerdo a la gravedad de su estado de salud.
5. Realizar estudios similares al presente, profundizando para la implementación del Triage.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Garcia MM. Estudio de Triage en un Servicio de Urgencias Hospitalarias.. Revista de Enfermeras C y E Castilla y Leon ISSN 1989 - 3884. 2013; V(1).
2. Resolucion MdSTCdT. Coomeva EPS. [Online].; 2015 [cited 2018 Agosto. Available from: <http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=45364>.
3. W. Soler MGMEBAÁ. El Triage: herramienta fundamental en Urgencias y Emergencias. SciELO Analvtics. 2010; 33.
4. Sáiz Navarro PHHJRA. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80541/triage-de-urgencias-medicas-diferencias-entre-poblacion-inmigrante-y-autoctona-en-un-hospital-madrileno/>. [Online].; 2012 [cited 2018 Agosto. Available from: <https://www.enfermeria21.com>.
5. T. CÁ. Aplicabilidad de los métodos de triage en incidentes de múltiples víctimas: de la teoría a la práctica. España: Universidad de Oviedo España; 2012 Junio.
6. González RR. Triage en Emergencias Extrahospitalarias. Monografias de Investigacion en Salud. Sevilla: Fundacion INDEX; 2014. Report No.: ISSN: 1988-3439 - Año VIII – N. 20 – 2014.
7. Galban LV. Triage en urfencias Hospitalarias. 2015..
8. Medina J. GCFDLDRG,CL,KJOC,DHCMRL. Triage: Experiencia en un servicio de Urgencias Pediátricas. Revista Chilena de Pediatría. 2016 Abril; 78(211 - 216).
9. Cobo Borrero AS VCA. “Triage en Emergencias y Desastres en Colombia: ¿cómo, cuándo y dónde utilizarlo?”. Rev Gastrohnutp 2016. 2016; 3(18).
10. Webster ACB. Propuesta de Implementación de un Consultorio de Triage como Estrategia para mejorar la Calidad y Cobertura ante la demanda de Pacientes en un Subcentro de Salud de la Parroquia Hermano Miguel, de la Ciudad Cuenca –

Ecuador". 2017..

11. Chavez Huertas JC. Participacion del personal de Enfermeria en el Triage Intrahospitalario en el Servicio de Emergencias. [Online]. Lima; 2017 [cited 2018 julio. Available from: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/977>.
12. Barrios Flores JA QML. Motivos de atención en salas de emergencia en hospitales públicos de La Paz Bolivia. *Revistas Bolivianas*. La Paz, 2016; 57(2).
13. Zeballos LMS. Atención de recepción, acogida al usuario que acude al servicio de emergencia de la Caja Petrolera de Salud. 2013..
14. C. CM. Triage en un Srevicio de Urgencias Hospitalarias. *Revista Ciber SEEUE - Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*. 2008 Julio - Agosto; II(0).
15. Molina GF. Organizacion de los Servicios de Urgencias.. 2013..
16. Pereda Rodriguez J DSIPR. scielo. [Online].; 2001 [cited 2018. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125200100040000.
17. Salud. Md. paho.org/bol/index.php?option=com_content. [Online]. [cited 2018. Available from: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=articie.
18. *Revistas Bolivianas*. Motivos de atencion en salas de emergencias en Hospitales Publicos de La Paz Bolivia. *Revista Boliviana*. .
19. AJ. J. Manual de Protocolos y Actualizacion en Urgencias. 2016th ed. Agustin Julian Jimenez I, editor.; 2016.
20. Vicente Rañada M MA. Organización de la urgencia médica. 2nd ed. Médicas. MdU, editor. Madrid: Díaz de Santos: Medina Asensio J.; 1998.
21. Gómez Jiménez J RPRRMC. "Manual para la Implementacion de un Sistema de Triage para los Cuartos de Urgencias". Molina ME, editor. Washington:

- Organizacion Panamericana de Salud; 2010.
22. Soler W GMMBEÁA. El triaje: Estudio del Triage en un Servicio de Emergencias.. Revista - Enfermeria CyL. 2010 Marzo.
 23. Martínez Ferez IM RLR. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenid> Sistema de Triage en Urgencias hospitalarias. [Online].; 2012 [cited 2018 mayo. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenid>.
 24. I. RS. Evolution of triage systems. Emergency Medicine Journal 2006; 23(2): 154-155. 2006..
 25. Iserson KV MJ. Part I: Concept, History, and Types. Annals of Emergency Medicine. 2007..
 26. Christ M GFWDBRPE. Modern Triage in the Emergency Department. Deutsches Ärzteblatt International. 2010..
 27. Jiménez L HFTSAJPPBGea. Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2003..
 28. Beveridge B KARDWRSF. <http://www.saem.org/download/kelly.pdf>. [Online].; 2000 [cited 2018 Mayo 02. Available from: <http://www.saem.org/download/kelly.pdf>.
 29. Gomez Jimenez J FGJVGJTVSREFCBM. <http://www.triageset.com>. [Online].; 2004 [cited 2018 Mayo 02. Available from: <http://www.triageset.com>.
 30. Felisart J RJRFSRSRTSSdi. <http://www.gencat.cat/salut/depsant/units/aatrm/pdf/br0101es.pdf>. [Online].; 2001 [cited 2018. Available from: <http://www.gencat.cat/salut/depsant/units/aatrm/pdf/br0101es.pdf>.
 31. Chanovas Borrás MCITVS. Eventos adversos en los servicios de urgencias. 2017

32. Jiménez. JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. 2003..
33. Jiménez. JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo estructurado de urgencias y emergencias.. 2003..
34. Jimenez. JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. 2003..
35. Jiménez. G. La informatización en el triaje moderno. Gestión de la calidad de triaje. El Sistema español de triaje:el nuevo estandar nacional de triaje.XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Marbella. junio 2004..
36. Warren D JAL. L: The National Triage Task Force members Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale: Implementacion. quidelines for emergency Departamentos. Can J Emerg. Med. 2001..
37. O B. Organización de un Departamento de Emergencias Pediátricas. 1998..
38. Murray M BMGE. E; for the CTAS and CEDIS National Working Groups. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. Noviembre 2004..
39. MS. MM. Normas de actuación en Urgencias. 3rd ed. Hierro. NdaeUCPd, editor. Madrid: Smithline-Beechan: Medica Panamericana; 2000.
40. Washington D. Manual para la Implementacion de un Sistema de Triage para los Cuartos de Urgencias: Panamericana de Salud; Diciembre del 2010.

XVI.

ANEXO

ANEXO 1

PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN

PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX – LA PAZ 2018

1. Título de la propuesta:

Implementación de un sistema de triage en el Servicio de Emergencias del Instituto Nacional del Tórax.

2. Problema a abordar:

En base a los resultados estadísticos que se encontraron en la presente tesis de investigación se sugiere implementar el Sistema de Triage en el Servicio de Emergencias del Instituto Nacional del Tórax.

3. Justificación.

El estudio de investigación realizada muestra que es de suma importancia implementar un Sistema de Triage al Servicio de Emergencias Instituto Nacional del Tórax. La opinión del personal de salud indica que según los resultados del estudio no cuentan con un Sistema de triage, y si es muy necesario implementar ST, por efectividad y por mucha afluencia de pacientes. Existe mucha demanda de usuarios en el Servicio de Emergencias del INT, con patologías, que no requieren atención inmediata, casos que se puede solucionar en un primer nivel o segundo nivel al mismo tiempo existe descontento e inconformidad del usuario con la atención recibida y acerca de la clasificación del triage, la mayoría de los pacientes no requiere una atención inmediata.

Por tanto, de acuerdo a resultados de la investigación se propone implementar un Sistema de Triage en el Servicio de Emergencias INT, para mejorar la calidad de las organizaciones en la asistencia del servicio, disminuir la congestión, garantizar una asistencia integral y de calidad al cuidado que acude al servicio.

Para llevar a cabo esta propuesta es necesario la voluntad y responsabilidad de la dirección de las unidades operativas y de su equipo de trabajo más de otras instancias.

4. Objetivos:

4.1. Objetivo General de la Propuesta:

Implementar el Sistema de Triage en el Servicio de Emergencias, del Instituto Nacional del Tórax.

4.2. Objetivo Específico:

- Dirigir el Sistema de atención mediante Triage a pacientes que acudan por el servicio de Emergencias, grupos vulnerables y prioritarios.
- Clasifica el Sistema de triage según la gravedad del paciente y no solamente por orden de llegada.
- Disminuir la afluencia de pacientes con patologías que no requieren intervención.
- Ofrecer atención inmediata y oportuna a los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias.
- Disminuir los tiempos de espera de atención en base a un sistema que priorice cada caso.
- Brindar una atención de salud diaria con calidad y calidez a los usuarios, con el personal capacitado en Triage.
- Mejora la cobertura y atención en salud a los pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Instituto Nacional del Tórax.
- Obtener la satisfacción del usuario con la atención brindada en el Servicio de emergencias con el Sistema de triage.

5. Meta:

Lograr la integración de un Sistema de Triage en el Servicio de Emergencias del Instituto Nacional del Tórax disminuyendo la saturación de los pacientes con patologías que no requieren atención inmediata, los tiempos de espera de los Usuarios en base a un adecuado sistema de priorización.

6. Recursos Humanos:

- Médicos, Enfermeras, Auxiliares.
- Personal administrativo de la institución.

- Autoridades participantes y con poder de decisión.
- La comunidad general.

7. Recursos Económicos:

El sistema de Triage debe ser una prioridad para la institución y la población y debe ser una tarea a desarrollar de manera organizada y continua en el tiempo, este sistema a más de beneficiar a la población proveerá mejores indicadores de salud y mayor satisfacción del usuario. Es importante indicar que la implementación, generara gastos para el estado.

8. Pasos realizados para la implementación del Sistema de Triage:

- Toda unidad de atención primaria en salud, debe partir del análisis de la infraestructura de su unidad, posteriormente realizar una planificación adecuada con el fin de garantizar la atención diaria y lograr los objetivos de la implementación del sistema de triage. Es muy importante planificar para llegar al éxito de la implementación de este sistema.
- Análisis de los recursos humanos disponibles: en base al personal, con el que se cuente se puede elaborar un cronograma de labores que permita garantizar la atención diaria y continúa en el consultorio de triage. Para el efecto se necesitara al menos un médico y una enfermera o una auxiliar de Enfermería.
- Organizar capacitaciones: con todo el personal de salud que labora en el Servicio de Emergencias, acerca de la implementación de Sistema de Triage, en que consiste, flujograma de actividades, formularios a utilizarse, responsables del triage, horarios de atención, etc, considerando que el que clasifica el triage es, responsable de la seguridad del apaciente, por lo tanto deberán estar aptos para brindar atención con calidad y calidez.
- Elaborar un horario de designación de actividades: con lo cual se otorga responsabilidades mensuales al personal de salud. En base a la experiencia en el estudio, se recomienda realizar un cronograma de actividades que permita la colaboración de todo el personal del Servicio de Emergencias, e incluso todo el personal de la Institución.

- Realizar una estricta supervisión y monitoreo diarios, semanales, mensuales, según la necesidad de la unidad, lo que permitirá determinar las falencias u problemas, en la ejecución del triage y su intervención estratégica oportuna.

9. Recomendaciones al Implementar el Sistema de triage.

En base a la experiencia al realizar el estudio se recomienda:

- **Visión:** es muy importante no solo pensar en el presente si no en el futuro, lo que nos permita hacer realidad ideas que podrían mejorar, el sistema de salud. El estudio que realice surgió como una idea y posterior, se convirtió en una estrategia de proponer, así para garantizar una atención oportuna con calidad y calidez. Se analizaron todas las posibilidades para llevar a cabo este plan, con el objetivo de implementar el Sistema de Triage,
- **Planificar:** Elaborar un plan de acción ante la implementación de un sistema nuevo que permita su ejecución.
- **Elaborar estrategias:** para trabajar con recursos disponibles, garantizando una atención oportuna integral y de calidad.
- **Comunicación:** es de suma importancia generar y mantener una excelencia, comunicación con todo el personal que labora en el servicio, no solo con el objetivo de informar si no hacerles saber la importancia en todo el proyecto. Recordar siempre que el trabajo es en equipo.
- **Motivación al personal de salud:** la motivación ase que el trabajo, hace que sea de nivel óptimo, de ahí es la importancia de alentar al equipo y dar lo mejor de si en sus puestos de trabajo. Cada persona del equipo es importante y realiza una labor extraordinario por mínima que sea.

10. Importancia para la intervención del Sistema de Triage:

El Sistema de Triage debe ser una prioridad para la Indicar que la implementación situación y población y debe ser una tarea a desarrollar de manera organizada y continua en el tiempo, este Sistema de Triage a más de beneficiar a los usuarios que acuden al servicio, proveerá mejores indicadores de salud y con una mayor satisfacción del usuario. Civil.

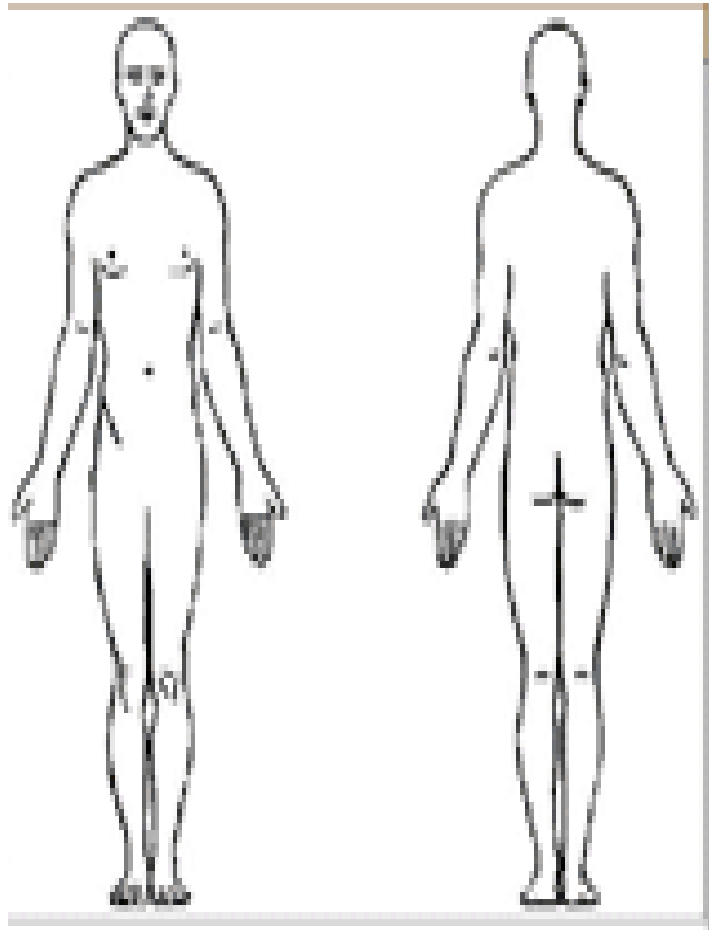
11. FORMULARIO DE TRIAGE.

(ANVERSO).

I. REGISTRO DE ADMISIÓN:					N° DE HISTORIA CLÍNICA:				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		N° CEDULA	PROCEDENCIA	N° TEL.	
FECHA DE ATENCIÓN		HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL		OCUPACIÓN	
				F M					
FORMA DE LLEGADA						FUENTE DE INFORMACIÓN			
AMBULANCIA	SILLA DE RUEDA	CAMILLA	DEAMBULANDO						
II. INICIO DE ATENCIÓN					HORA:				
VÍA AÉREA LIBRE			VÍA AÉREA OBSTRUIDA			GRUPO RH			
CONDICIÓN DE LLEGADA.		ESTABLE		INESTABLE		OTROS:			
MOTIVO DE LLEGADA:									
III. ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SÍNTESIS (Cronología, localización, características, intensidad, frecuencia y factores agrupantés).							No aplica		
IV. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR							No aplica		
REGIÓN ANATÓMICA			PUNTO DOLOROSO			TIPO DE DOLOR			
V. SIGNOS VITALES – MEDICIONES Y VALORES:									
F. CARDIACA		PRESIÓN ARTERIA		F. RESPIRATORIA		T°	SAT O2	PESO	TALLA
ESCALA COMA DE GLASGOW:									
VI. EXAMEN FÍSICO:									

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

REVERSO.

VII. DIAFRAGMA TOPOGRÁFICA: (Anotar el numero sobre el lugar de la lesión)				No aplica	
				1. HERIDA PENETRANTE	
				2. HERIDA NO PENETRANTE	
				3. FRACTURA EXPUESTA	
				4. FRACTURA CERRAD	
				5. AMPUTACIÓN	
				6. HEMORRAGIA	
				7. MORDEDURA	
				8. PICADURA	
				9. ESCORIACIÓN	
				10. HEMATOMA	
				11. QUEMADURA G-1	
				12. QUEMADURA G.2	
				13. QUEMADURA G-3	
				14.	
				15.	
				16.	
				17.	
NIVEL	COLOR	CATEGORÍA	TIEMPO DE ATENCIÓN	CLASIFICACIÓN DE TRIAGE	
I	Azul	Reanimación	Inmediato.		
II	Rojo	Emergencia	Inmediato Enfermería/Médicos-7 min.		
III	Naranja	Urgente	30 minutos		
IV	Verde	Menos Urgente	45 minutos.		
V	Negro	No Urgente	60 minutos.		

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

12. CUADRO DEL SISTEMA DE TRIAGE ESPAÑOL: (Implementación en el I.N.T.)

NIVEL DE EMERGENCIA	COLOR	CATEGORÍA	CUADRO CLÍNICO	TIEMPO DE ESPERA
I	AZUL	REANIMACIÓN	Paciente con paro cardio respiratorio.	INMEDIATO
II	ROJO	EMERGENCIA	Paciente con cuadro clínico severo que presenta riesgo de vida con inestabilidad circulatoria, respiratoria, neurológica y/o metabólica.	INMEDIATO O 7 MINUTOS.
III	NARANJA	URGENTE	Paciente con cuadro clínico agudo que presenta riesgo de entrar en inestabilidad circulatoria, respiratoria, neurológica y/o metabólica	30 MINUTOS
IV	VERDE	MENOS URGENTE	Paciente con cuadro clínico agudo sin riesgo evidente de inestabilidad circulatoria, respiratoria, neurológica y/o metabólica.	45 MINUTOS
V	NEGRO	NO URGENTE	Paciente que necesita nebulizaciones, curaciones y/o tratamiento farmacológico.	60 MINUTOS

Fuente: Elaborado por el Autor y Dr. Sergio Lizárraga 2018.

13. Conclusión:

La propuesta de la Implementación del Sistema de triage, permitió determinar que la mayoría del Personal que Labora en el Servicio de Emergencia Instituto Nacional del Tórax, están de acuerdo con la propuesta.

El sistema puede ser Implementado en cada unidad de Servicio de Emergencias, de Tercer Nivel de Atención en Salud y generar Usuarios satisfechos con el sistema de atención.

ANEXO N° 2

CUADROS

CUADRO 1. LA ATENCIÓN INMEDIATA E QUE DA EL PERSONAL.

CUADRO 2. CONOCIMIENTO DE TRIAGE.

CUADRO 3. EXISTENCIA DE TRIAGE. EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.

CUADRO 4. NECESIDAD DE IMPLEMENTAR EL TRIAGE.

CUADRO 5. POR QUÉ? IMPLEMENTAR EL TRIAGE.

CUADRO 6. QUIENES DEBEN MANEJAR Y/O CLASIFICAR EL TRIAGE.

CUADRO 7. ASIGNACIÓN DEL NIVEL DE PRIORIDAD.

CUADRO 8. NIVEL DE ASIGNACIÓN SEGÚN LA PRIORIDAD DE TRIAGE.

CUADRO 9. UBICACIÓN FINAL DEL USUARIOS ATENDIDOS

CUADRO 10. RESPUESTA DE USUARIOS Y/O ACOMPAÑANTE

CUADRO 11. RECOMENDACIÓN DE SERVICIO DE URGENCIAS,

CUADRO 12. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

CUADRO 13. EXPLICACIÓN POR EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION

CUADRO 14. ATENCIÓNPENSAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD DEL USUARIO.

CUADRO N° 1

LA ATENCIÓN INMEDIATA QUE CORRE UN RIESGO VITAL INMINENTE QUE DA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Atención Inmediata	F.R.	F.A.
Emergencia	9	69.23
Urgencia	4	30.76
Total	13	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS; Del 100% un 69%(9) Profesionales que indican que la atención inmediata que se debe de dar es Emergencia, y un 31% (4) Profesionales que indican que la atención inmediata que se debería de dar es Urgencias.

INTERPRETACIÓN: Cómo podemos apreciar un 69% saben cuál es la atención inmediata que corre un riesgo vital que se da y un 31% que representa a 4 Profesionales que indican que la atención inmediata que corre un riesgo vital es Urgencias, con un menor porcentaje no saben diferenciar entre los términos de emergencia y urgencia, lo cual habla del conocimiento teórico del área específica de su trabajo.

CUADRO N° 2

CONCEPTO DE TRIAGE QUE REFIERE EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Concepto de Triage es?	F.R.	F.A.
a. Incorrecto	1	8
b. Correcto	12	92
Total	13	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% de las encuestas realizadas un 92% (12) Profesionales que conoce sobre el concepto de triage y únicamente 1 de 13 profesionales no contesto de la manera correcta que equivale a un 8%.

INTERPRETACIÓN: Podemos apreciar que el 92% conoce sobre que es el triage, lo cual es satisfactorio que sepan y también podemos apreciar sobre el conocimiento del Sistema de Triage.

CUADRO N° 3

EXISTENCIA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Existencia de Triage en su Servicio	F.R.	F.A.
SI	1	8
NO	12	92
Total	13	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Con un mayor porcentaje de 92%(12) q indicaron que no cuentan con un sistema de triage en su servicio, y con un menor porcentaje de 8% que pertenece a 1 profesional, dijo que si cuenta con el sistema de triage en su servicio, es da tal manera que es de suma importancia contar con un Sistema de Triage.

INTERPRETACIÓN: Del 100% de la encuesta un 92% indica que no cuentan con el Sistema de Triage en su servicio y con menor porcentaje de 8% que si cuenta.

CUADRO N° 4

NECESIDAD DE IMPLEMENTAR EL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Cree que es necesario Imprimir el Triage	F.A.	F.R.
SI	12	100
NO	0	0
Total	12	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: El 100% que pertenece a 12 profesionales del servicio de Emergencias respondieron que si es necesario implementar el Sistema de Triage.

INTERPRETACIÓN: Podemos apreciar que un 100% refiere que si es necesario implementar el Sistema de Triage, lo que nos da a conocer su importancia del por qué el estudio.

CUADRO N° 5

POR QUÉ IMPLEMENTAR EL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Por qué Implementar el Triage	F.A.	F.R.
a. Necesidad	3	23
b. Efectividad	8	62
c. Comodidad	0	0
d. todos.	2	15
e. Ninguno	0	0
Total	13	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 62% nos indica que se debe implementar por Efectividad, un 23 % por Necesidad, y un 15% por Necesidad. Efectividad, Comodidad.

INTERPRETACIÓN: Podemos analizar que con el mayor porcentaje un 62% dicen que por Efectividad se tiene que implementar el Sistema de Triage, ya que la efectividad es muy importante en el ámbito de salud.

CUADRO N° 6

QUIENES DEBEN MANEJAR Y/O CLASIFICAR EL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Quienes deben manejar y/o Clasificar el Triage.	F.A.	F.R.
a. Aux. de Enfermería	0	0
b. Lic. en Enfermería	2	15
c. Médicos especialistas.	0	0
d. Médicos generales.	3	23
e. Residentes	0	0
f. Internos	0	0
g. Todo personal de salud Capacitado.	8	62
h. OTROS: cuales	0	0
Total	13	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 62% refiere que todo personal capacitado tiene que manejar el sistema de triage, un 23% Médicos Generales y 15% Lic., en Enfermería.

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar que el 62 % de los participantes consideran que todo personal de Salud capacitado tiene que manejar/clasificar el Sistema Triage, lo que nos muestra sobre el conocimiento del ST.

CUADRO N° 7

ASIGNACIÓN DEL NIVEL DE PRIORIDAD DE ATENCIÓN AL QUE PERTENECE EL USUARIOS ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Asignación del nivel de prioridad de atención al que pertenece	F.R.	F.A.
a. Primer Nivel	29	29
b. Segundo nivel.	23	23
c. Tercer Nivel	48	48
Total	100	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 48% pertenece a un Tercer Nivel, 29% Primer nivel, y un 23% al Segundo Nivel de atención.

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar que los usuarios que acuden al Servicio de Emergencias, la mayoría pertenece al primer nivel y segundo nivel, de tal manera es de suma importancia tener un Sistema de Triage.

CUADRO N° 8

NIVEL DE ASIGNACIÓN SEGÚN LA PRIORIDAD DEL SISTEMA DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ 2018.

Clasificación de Triage	F.R.	F.A.
a. Nivel I	7	7
b. Nivel II	20	20
c. Nivel III	18	18
d. Nivel IV	22	22
e. Nivel V	35	35
Total	100	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 34% pertenece al Nivel V, 21% Nivel IV, 20% Nivel II, 18% Nivel III, y un 7% Nivel I

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar q con un mayor porcentaje de 34% pertenecen al Nivel V de la clasificación del Triage, lo que nos muestra que la mayoría son de casos leves donde pueden acudir por consulta externa o centros de salud son casos que no requieren una atención inmediata.

CUADRO N° 9

UBICACIÓN FINAL DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Ubicación final del paciente	F.R.	F.A.
a. Hospitalizado	40	40
b. Muerto	3	3
c. Alta por fuga	0	0
d. Alta Hospitalaria	41	41
e. Alta solicitada	5	5
f. Transferencia	5	5
g. Control por consulta externa	6	6
Total	100	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100 % un 41% (41) se fueron con Alta Hospitalaria, y un 40% (40) fue Hospitalizado, un 6% (6) por Control por Consulta Externa, un 5% (5) alta solicitada y 5% (5) transferencia.

INTERPRETACIÓN: En la ubicación final del paciente, con un porcentaje mayor de 41% se van con alta Hospitalaria, y con un menor porcentaje de 5% con transferencia, lo que evidencia que la mayoría de los usuarios que acuden al Servicio son patologías que se pueden tratar en un primer nivel.

CUADRO N° 10

RESPUESTA DE USUARIOS Y/O ACOMPAÑANTE QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Quien Respondió	F.R.	F.A.
a. Paciente	55	69
b. Familiares	25	31
c. Otros	0	0
Total	80	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 69% (55) respondió la encuesta el paciente y un 31% (25) familiares.

INTERPRETACIÓN: De las encuestas que se realizó se pudo evidenciar que la mayoría fue respondida por el paciente que da un 69% y la minoría fue respondida por el familiar que da un 31%. Se puede analizar que los usuarios que acuden al servicio, están aptos para responder.

CUADRO N° 11

RECOMENDACIÓN DE SERVICIO DE URGENCIAS A OTRAS PERSONAS DE USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Recomendación de servicio de Urgencias a otras persona.	F.R.	F.A.
a. SI	50	62
b. NO	6	8
c. Tengo dudas	24	30
Total	80	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% (80) de los pacientes que acuden al servicio de emergencias un 62% (50) dicen que recomendarían este servicio para que acudan, y un 30% (24) tiene duda y 8% (6) no recomendaría.

INTERPRETACIÓN: En el análisis podemos evidenciar que con un mayor porcentaje de 62% refieren que SI recomendarían el Servicio que acuden, esto nos da a entender que si dan una buena atención, también se puede evidenciar con un porcentaje muy llamativo 30% tienen duda y el resto 8% no lo recomendaría.

CUADRO N° 12

TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE USUARIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ - 2018.

Tiempo de espera para ser atendido.	F.R.	F.A.
a. Inmediato	26	32
b. Entre 5 a 10 min	14	18
c. Entre 11 a 15 min.	12	15
d. Entre 16 a 20 min.	17	21
e. Más de 20 min.	9	11
f. Horas	2	3
Total	80	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% de los usuarios que acuden al Servicio Emergencias un 32 % (26) tuvo una atención inmediata, un 21% (17) tuvo que esperar entre 16 a 20 minutos, 18 % (14) tuvo que esperar entre 5 a 10 minutos, 15% (12) espero 11 a 15 min, 11% (9) espero más de 20 min, y 3% (2) espero horas.

INTERPRETACIÓN: En la medida del tiempo de espera para ser atendido en servicio de Emergencias, podemos evidenciar que la mayoría tuvo que esperar para recibir la atención.

CUADRO N° 13

EXPLICACIÓN POR EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ 2018.

Explicación por el tiempo de espera para la atención	F.R.	F.A.
a. Si me informaron	31	57
b. No me informaron	8	15
c. Estaba lleno de pacientes el Servicio	12	22
d. Toque la puerta y no me atendieron	0	0
e. Mi situación no es tan grave y puedo esperar.	1	2
f. Vaya por consulta externa.	2	4
Total	54	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% de la explicación del tiempo de espera a un 57% (31) se le informaron, 22% (12) dijeron que estaba lleno de paciente el servicio, a 15% (8) no le informaron, a 4% (2) le enviaron por consulta externa, y 2% (1) su situación no era tan grave.

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar que con un mayor porcentaje de 57% se les informó del por qué la espera, y otro porcentaje llamativo de 22% dijeron que el servicio estaba lleno, de tal manera podemos evidenciar que el servicio es saturado.

CUADRO N° 14

PENSAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD DEL USUARIO QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIAS, INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ 2018.

Pensamiento de su estado de salud del Usuario	F.R.	F.A.
a. Muy grave	21	26
b. Grave	39	49
c. Poco grave	17	21
d. Leve.	3	4
Total	80	100

Fuente: Elaborado por el Autor 2018.

ANÁLISIS: Del 100% un 49 % (39) pensó que su estado de salud era grave, 26% (21) muy grave, 21% (17) poco grave y un 4% (3) leve.

INTERPRETACIÓN: Podemos evidenciar que la mayoría de los pacientes piensan que su estado de salud es grave y que por eso acuden, y con un menor porcentaje 4% que refiere que es leve.

ANEXO N° 3

ASPECTOS ÉTICOS:

- HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE. (Personal de salud).
- ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. (Personal de salud).
- HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE
- ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE.
- CARTAS, SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN.
- SOLICITUD DE OBTENER PERMISOS PARA REALIZAR MI PROYECTO DE TESIS. (A la Unidad de Posgrado
- SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN. Para el Director del Instituto Nacional del Tórax.
- SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN. Para la Jefa de Enfermeras.
- SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN. Para Jefa de Enseñanza, del Instituto Nacional del Tórax.
- SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN. Para el Jefe Médico del Servicio de Emergencias.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE. (Personal de salud).

TITULO DE PROYECTO: DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, LA PAZ, BOLIVIA, GESTIÓN 2018.

Estimada (o):

Este es un formulario para la(o) participante cuyo objetivo es entregar toda la información necesaria para que Ud. decida si desea o no participar en la investigación.

Hola mi nombre es **ELIANA MAMANI QUISPE** soy cursante de Postgrado Maestría Médico Quirúrgico de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés. Actualmente estoy realizando un estudio acerca de la elaboración de una propuesta para la implementación del triage en el servicio de emergencias, para eso usted ha sido invitado, lo cual tiene como **objetivo**; Determinar la necesidad de implementar el triage en el servicio de emergencias del Hospital Instituto Nacional del Tórax, Identificar, el Nivel de atención y clasificar según la escala de triage, Identificar la satisfacción del usuario y estimar el tiempo de espera de los pacientes, Elaborar una propuesta de Sistema de Triage específico, para del servicio de Emergencias del Hospital Instituto Nacional del Tórax.

El presente estudio se realizara en esta misma Institución Hospital de Instituto Nacional del Tórax La Paz – Servicio de Emergencias, es netamente personal y anónima no se tomara fotos ni grabaciones, y se realizara en un periodo de 3 Etapas:

- La 1ra consistirá en llenar las preguntas de un cuestionario. (Que durara aprox. 15 min)
- La 2da será para informarles sobre el resultado del estudio.
- La 3ra para dar un taller de capacitación sobre, Sistema de Triage específico, para del servicio de Emergencias del Hospital Instituto Nacional del Tórax, que será un fin de semana que durara aproximadamente 2 horas

El que Ud. participe de este estudio no conlleva **riesgos** para su salud ni su persona, sin embargo, podría ver preguntas que no quiera responder en caso sea así no es obligatorio solo responderá si desea.

Beneficio; La propuesta de este estudio de investigación, permitirá adoptar medidas de prevención y promoción, a los pacientes que acuden a Servicio de Emergencia, así como optimizar el manejo de Triage clasificando por prioridades, atendiendo oportunamente al que más lo necesita.

Su participación en el estudio es voluntaria, es decir, si Ud. no quieres hacerlo puedes decir que no. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, no habrá ningún problema, y no tendrá ninguna sanción.

Cualquier pregunta o duda, reclamos que tengas antes, durante el proceso de investigación lo puede hacer o se podrá contactar con la Lic. Eliana Mamani Quispe, Cursante de la Maestría Med Quirúrgico post-grado Medicina del Depto. De La Paz, Celular: 75106501, Correo electrónico: elianamamani24@gmail.com

Esta información será **confidencial y anónima.** Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y no recibirá algún pago por participar.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar”.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓).

Sí quiero participar.

Eliana Mamani Quispe

CI: 8411838LP

NOMBRE DEL INVESTIGADOR Y FIRMA

Fecha: /..... /.....

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. (Personal de salud).

Yo.....Ci:.....

.....acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación de “DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, LA PAZ, BOLIVIA, GESTIÓN 2018.”, dirigida por la Lic. **ELIANA MAMANI QUISPE**, cursante de Postgrado Maestría Médico Quirúrgico de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés de la ciudad de La Paz.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder los cuestionarios que me proporcionaran y que se realizara en un periodo de 3 Etapas.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante de modo personal.

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de Post-grado de Medicina, será utilizada sólo para este estudio.

Declaro saber que no se tomara fotografías, grabación o filmación durante la investigación y no recibiré algún pago por participar.

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá realizarlo libremente o podrá contactar a la Lic. Eliana Mamani Quispe, Cursante de la Maestría Med Quirúrgico post-grado Medicina del Depto. De La Paz, Celular: 75106501, Correo electrónico: elianamamani24@gmail.com

Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactarse con la siguiente persona: Dra. Jacqueline Cortes G. M.Sc., email: jacqui_cortezg@yahoo.com. Celular: 71519434, o concurrir personalmente a las oficinas del Comité ubicadas en calle Zona: Miraflores Av.: Saavedra Facultad de medicina piso 13, en horario de 09:00 a 13:00 Hrs – 14:30 a 17:00 Hrs.

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

Nombre:
CI:.....
Fecha: -----/-----/-----
NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE.
INVESTIGADOR

Eliana Mamani Quispe
CI: 8411838 LP
Fecha: -----/-----/-----
NOMBRE Y FIRMA DEL

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título de la Investigación: DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, LA PAZ, BOLIVIA, GESTIÓN 2018.

Nombre Investigador Responsable: Lic. Eliana Mamani Quispe.

Este documento es entregado a usted con el propósito de explicarle en qué consiste esta investigación. Léalo con cuidado y pregunte todas las dudas que tenga antes de firmar el Consentimiento. Sus preguntas van a ser contestadas.

Usted recibirá una copia del consentimiento informado.

El **objetivo** de esta investigación es “Determinar la necesidad de implementar el triage en el servicio de emergencias del Hospital Instituto Nacional del Tórax” con el fin de adoptar medidas de prevención y promoción, a los pacientes que acuden a Servicio de Emergencia, así como optimizar el manejo de Triage clasificando por prioridades, atendiendo oportunamente al que más lo necesita. Al implementar el triage se mejorará considerablemente, la atención del usuario.

Su participación consistirá en llenar un cuestionario al inicio de la investigación que tendrá una duración de 15 minutos aproximadamente.

Su participación es totalmente voluntaria y no involucra ningún tipo de riesgo para su salud, ni físico, ni mental. Si Usted no desea participar no implicará sanción alguna. Usted tiene el derecho a negarse a responder a preguntas que le incomoden, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento.

Beneficios directos serán para los pacientes que acuden al servicio de Emergencias, atendiendo oportunamente al que más lo necesita. Al implementar el triage se mejorará considerablemente, la atención del usuario.

De su participación no implica ningún tipo de remuneración económica.

Los datos obtenidos serán de carácter **confidencial y anónimo**. Estarán a cargo de la investigadora responsable. Serán almacenados en resguardo de la Universidad Mayor de San Andrés.

La investigadora a cargo le hará entrega de los resultados de la investigación una vez finalizada la misma, en instalaciones del Hospital Instituto Nacional del Tórax, Servicio de Emergencias.

Cualquier pregunta o duda, reclamos que tengas antes, durante el proceso de investigación lo puede hacer o se podrá contactar con la Lic. Eliana Mamani Quispe, Cursante de la Maestría Med Quirúrgico post-grado Medicina del Depto. De La Paz, Celular: 75106501, Correo electrónico: elianamamani24@gmail.com

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar”.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓).

Sí quiero participar.

Eliana Mamani Quispe

CI: 8411838LP

NOMBRE DEL INVESTIGADOR Y FIRMA

Fecha: /..... /.....

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE

Yo.....Ci....., acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación de “DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, LA PAZ, BOLIVIA, GESTIÓN 2018.”, dirigida por la Lic. **ELIANA MAMANI QUISPE**, cursante de Postgrado Maestría Médico Quirúrgico de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés de la ciudad de La Paz.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder los cuestionarios que me proporcionaran y que se realizara en un periodo de 3 Etapas.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante de modo personal.

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de Post-grado de Medicina, será utilizada sólo para este estudio.

Declaro saber que no se tomara fotografías, grabación o filmación durante la investigación y no recibiré algún pago por participar.

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá realizarlo libremente o podrá contactar a la Lic. Eliana Mamani Quispe, Cursante de la Maestría Med Quirúrgico post-grado Medicina del Depto. De La Paz, Celular: 75106501, Correo electrónico: elianamamani24@gmail.com

Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactarse con la siguiente persona: Dra. Jacqueline Cortes G. M.Sc., email: jacqui_cortezg@yahoo.com. Celular: 71519434, o concurrir personalmente a las oficinas del Comité ubicadas en calle Zona: Miraflores Av.: Saavedra Facultad de medicina piso 13, en horario de 09:00 a 13:00 Hrs – 14:30 a 17:00 Hrs.

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

Nombre:
Ci:.....
Fecha: -----/-----/-----
NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE.

Eliana Mamani Quispe
Ci: 8411838 LP
Fecha: -----/-----/-----
NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

ANEXO N° 4

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS.
2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA
3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA VALORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO ANTE EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ, BOLIVIA 2018.
4. FORMULARIOS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PERSONAL
DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS**

1. Cuál cree usted que es la atención inmediata?
 - a. Emergencia
 - b. Urgencia
2. Cuál de estos conceptos es Triage es?
 - a. Es la recepción acogida y clasificación de los pacientes.(RAC)
 - b. Es la Clasificación de los pacientes según en función de una priorización de gravedad clínica y no solamente por orden de llegada.
 - c. A y b
 - d. Ninguno
3. Existe el sistema de triage en su Servicio?

SI NO
4. Usted, cree que es necesario implementar el triage?

SI NO

Si la respuesta es positiva (responda la pregunta 5)
5. Por qué implementar el triage?
 - a. Necesidad.
 - b. Efectividad.
 - c. Comodidad.
 - d. Todos
 - e. Ninguno.
6. Sabe quiénes deben manejar y/o clasificar el triage?
 - a. Aux. de Enfermería.
 - b. Lic. en Enfermería.
 - c. Médicos especialistas.
 - d. Médicos generales.
 - e. Residentes.
 - f. Internos.
 - g. Todo personal de salud Capacitado.
 - h. OTROS: cuales.....
 - i. Ninguno.

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA
PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAGE EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, LA PAZ, BOLIVIA,
GESTIÓN 2018**

1. Diagnóstico inicial? (Para clasificar el nivel de atención y triage)
R:
2. Asignación del nivel de prioridad de atención al que pertenece?
 - a. 1er nivel
 - b. 2do nivel
 - c. 3er nivel
3. Qué nivel de prioridad (color) asignarías a este paciente una vez establecido el Juicio Clínico, en base a los signos y síntomas (Enfermedad actual) según la clasificación de triage?
 - a. Nivel I
 - b. Nivel II
 - c. Nivel III
 - d. Nivel IV
 - e. Nivel V
4. Ubicación final del paciente:
 - a. hospitalizado
 - b. Muerto.
 - c. Alta por fuga
 - d. Alta hospitalaria
 - e. Alta solicitada
 - f. Transferencia.
 - g. Control por consulta externa

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA VALORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO ANTE EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, LA PAZ, BOLIVIA 2018

Respondió:

A). paciente. **B). familiares.** **C). otros.**

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. Recomendaría este Servicio de Urgencias a otras personas?
 - a. Si
 - b. No.
 - c. Tengo dudas
2. Cuánto tiempo tuvo, que esperar para ser atendida (o)?
 - a. Inmediatamente.
 - b. Entre 5-10 minutos
 - c. Entre 11 a 15 minutos
 - d. Entre 16 a 20 minutos
 - e. Más de 20 minutos
 - f. Horas

En caso de espera responda la pregunta 3

3. Le explicaron por qué tiene que esperar su atención?
 - a. Si me informaron
 - b. No me informaron
 - c. Estaba lleno de pacientes el servicio
 - d. Toque la puerta y no me atendieron.
 - e. Mi situación no es tan grave y puedo esperar.
 - f. Vaya por consulta externa
4. Cuándo acudió a urgencias pensaba que su problema era...?
 - a. Muy grave
 - b. Grave
 - c. Poco grave
 - d. Leve

ANEXO N° 5

CRONOGRAMA

DE

ACTIVIDAD Y PRESUPUESTO.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO:

ACTIVIDADES	2017			2018												2019	PRESUPUESTO		
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	F	COSTO	BS		
Redacción del título.																Costos de búsqueda de información de internet	200		
Esquema del proyecto de investigación.																			
Elementos del proyecto.																			
Objetivos de la investigación.																			
Justificación e importancia.																			
DESARROLLO.																Búsqueda de información de internet para bibliografía	50		
Revisión bibliográfica.																			
Elaboración de marco teórico,																			
Elaboración de diseño metodológico.																			
Elaboración de instrumentos.																			
Encuestas que fue introducida en una base de datos creada con el programa Epi Info 7																			
Prueba de instrumento																		Impresión Y Fotocopias	5
Presentación de avance de investigación																		Impresión del perfil de tesis	30
Revisión y corrección del borrador.																			
Elaboración de hoja de información y consentimiento informado.																Búsqueda de bibliografías éticos e impresión de aspectos	10		
Transcripción y entrega del trabajo																			

																		éticos.	
Aspectos Éticos. Trámite administrativos mediante una solicitud al Director y a Jefatura, del Instituto Nacional del Tórax																		Búsqueda de información de internet y elaboración de aspectos éticos impresión y presentación	15
Recolección de datos																		Impresión y fotocopias de recolección de datos	30
Procesamiento de datos.																			
Análisis de datos.																			
Presentación de avance de investigación a la tutora.																		4 Impresiones cada documento 115pag.	180
Se informara sobre el resultado del estudio, a todo el personal de emergencias.																		Costo pasajes	50
Se programara un taller de capacitación sobre, Sistema de Triage específico, para del servicio de Emergencias del Hospital Instituto Nacional del Tórax, que será un fin de semana que durara aproximadamente 2 horas																		Costo de banner de triage y refrigerio.	285
Entrega de 3 copias de tesis a postgrado para la predefenza.																		3 copias cada tesis de 115 pág.	129
Para la predefenza entrega de formulario de triage																		Impresión de 3 formularios	25
Entrega de las correcciones de la predefenza a la Tribunal																			
CIERRE																			
Redacción de borrador trabajo final después de la																		impresión de 3 copias	127

