

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD DE MEDICINA.
DOCTORADO EN MEDICINA.**



INFORME FINAL DE INVESTIGACION DE TESIS DOCTORAL

**EVALUACION DEL PROTOCOLO DE INTERVENCION, SELECCIÓN Y
CLASIFICACION (TRIAGE) DE PACIENTES CONSULTANTES EN LA
UNIDAD DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES EN EL
PERIODO DE ABRIL A AGOSTO DEL AÑO 2017.**

ASESOR

DR. RAFAEL MENENDEZ MINERVINI

PRESENTADO POR:

JAIME NELSON MONTERROSA UMANZOR

SAN SALVADOR SEPTIEMBRE 2017

Índice

I. RESUMEN	4
II. INTRODUCCION.....	6
III. OBJETIVOS	9
IV. MARCO TEORICO.....	10
TRIAGE ESTRUCTURADO	13
Objetivos del triage estructurado	17
El triage como indicador y control de calidad.	18
¿Quién lleva a cabo el triage?	20
Aportaciones del triage estructurado a la equidad y calidad asistencial	21
Triage avanzado y directrices medicas avanzadas	23
Triage multidisciplinar.....	24
Derivación	25
MEJORAS ESTRUCTURALES EN BASE AL SISTEMA DE TRIAGE 	26
La unidad de triage	26
Ubicación de la/s unidad/es de triage.....	26
Sobretriage y subtriage:	27
MODELO DE TRIAGE NACIONAL	27
Sistema de triage en El Salvador	27
Niveles de priorización	29
Estandarización de procesos.	31
ESCALAS, SISTEMAS O MODELOS DE TRIAGE ESTRUCTURADO 	32
Australian Triage Scale (ATS)	35
Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)..	37
Emergency Severity Index (ESI)	43
Manchester Triage System (MTS).....	46
Sistema Español de Triage (SET).....	47

V. DISEÑO METODOLOGICO.....	52
VI. RESULTADOS.....	62
VII. DISCUSION	78
VIII. CONCLUSIONES	82
IX. RECOMENDACIONES	83
X. BIBLIOGRAFIA	84
XI. ANEXOS	86

I. RESUMEN

“El triage 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” (1)

En la actualidad, la sala de emergencias del Hospital Nacional Rosales es un área colapsada por pacientes provenientes de diferentes partes del país con diferentes patologías que requieren atención médica. Muchos de estos pacientes consultan sin haber pasado primero por los diferentes niveles de atención de la Red integral e integrada de servicios de salud.

El protocolo de triage dentro de una institución hospitalaria es de vital importancia para el paciente que llega buscando atención médica y para la institución que lo brinda, en el sentido de clasificar al paciente según su condición y gravedad médica, distribuir en el área de emergencias los diferentes servicios médicos auxiliares y eficientizar los recursos humanos y económicos.

Las prestaciones en los Servicios de Emergencia, han creado la necesidad de introducir en dichos servicios un sistema de filtro que gestione la afluencia de los pacientes y que seleccione dentro de los servicios, con el fin de tutelar aquellos pacientes que presenten patologías más graves, de tal manera que la atención a estos no se demore. Estos factores obligan a establecer sistemas de triage en la unidad de emergencias como un estandarte en el manejo y flujo de pacientes desde su ingreso hasta su egreso hospitalario.

Esta investigación se diseñó para conocer y evaluar el protocolo de triage con el que cuenta la Unidad de Emergencias del Hospital Rosales en el periodo de abril a agosto del presente año. Tomando en cuenta los tiempos de atención a cada paciente, así como la satisfacción percibida acerca del servicio brindado y conocimientos generales del propio personal de salud acerca del protocolo que se implementa.

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con variables de tipo cuantitativas y cualitativas medidas por contacto directo con 400 sujetos de estudio, 380 pacientes y 20 correspondientes a personal de salud.

II. INTRODUCCION

En El Salvador, se dieron los primeros avances en el tema de clasificación de pacientes según sus necesidades médicas en el año 2010 con la creación de los “Lineamientos Técnicos para Realizar el Triage en Hospitales de la RIIS” pero el término triage o triaje es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que significa escoger, preparar o clasificar (1)

A principios del siglo XIX, en Francia, un médico cirujano del ejército de Napoleón, el Barón Dominique Jean Larrey (1766 – 1842) se dio cuenta que para mejorar la supervivencia de los soldados era necesario atender primero y de la forma más rápida a los más graves (3). Él, aunque nunca llegó a utilizar el término triage, fue el primero en actuar antes de que acabara la batalla, ignorando el rango y bando del soldado, y considerando la prioridad de su asistencia dependiendo de las lesiones que presentaban (3):

“El mejor plan que puede adoptarse en estas emergencias, para prevenir las desastrosas consecuencias de dejar a los soldados gravemente heridos sin asistencia, es poner las ambulancias lo más cerca posible del campo de batalla y establecer cuarteles, en los que todos los heridos, que requieran delicadas intervenciones quirúrgicas, puedan ser reunidos para ser operados por el cirujano general. Aquellos que estén gravemente heridos deben recibir la primera atención, independientemente del rango o distinción. Aquellos lesionados en menor grado deben esperar hasta que sus compañeros de armas, que estén gravemente mutilados,

hayan sido operados y curados, pues en caso contrario estos no sobrevivirían muchas horas y rara vez más allá del día siguiente. Por otro lado, las heridas ligueras pueden ser reparadas fácilmente en los hospitales de primera o segunda línea, especialmente en los oficiales que tienen medios de transporte. En último extremo, la vida no corre peligro por estas heridas” (4)

Desde ese entonces a nuestros días, el concepto de triage se ha ido adaptando a nuevas condiciones de atención médica de emergencias y desastres, y actualmente se aplica tanto a los desastres naturales como a aquellos originados por el hombre.

Se entiende por triage el “Proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia” (5), diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el paciente más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo. La aplicación de los diferentes conceptos sobre el triage de los pacientes comprende una serie de acciones que se complementan entre sí (6), como: La evaluación de los lesionados según su gravedad, La asignación de prioridades según la posibilidad de supervivencia, La identificación, La estabilización, La asignación de su destino inmediato y final (7):

Todas estas acciones deben estar enmarcadas dentro de esquemas estandarizados de atención de emergencias.

La gestión óptima de los servicios de salud, orientados a la eficiencia con calidad, requiere de metodologías y herramientas que den respuesta a las necesidades de los gerentes en su misión de mejorar el estado de salud de la población a la que sirven.

En la actualidad, la unidad de emergencias del Hospital Nacionales Rosales ya cuenta con un protocolo de triage descrito en los “Lineamientos técnicos para realizar el triage en Hospitales de la RIISS, estructurados para la clasificación de emergencias en los Hospitales del MINSAL” (8)

El cual por factores múltiples no se lleva a cabalidad ni tampoco cumple con los objetivos propuestos. Un concepto básico en triage es: “lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente” (1). Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico encargado o competente (6).

En un breve análisis del sistema o protocolo que tiene la emergencia del Hospital Rosales podemos ver la sobresaturación de pacientes, los tiempos de espera prolongados para ser atendidos (y una vez atendidos) despachados. Vemos que el flujo de pacientes o usuarios se encuentra un tanto obstaculizado desde el inicio en el área de “TRIAGE”, en donde el número de pacientes o usuarios enlentece el proceso de selección.

Por muchos motivos es conveniente hacer una revisión a profundidad del tema para tener una visualización amplia del problema y reducir al mínimo las áreas de enlentecimiento existentes para mejorar la fluidez y el constante movimiento del área de emergencia del máximo hospital de referencia del país, en beneficio de todos sus usuarios.

III. OBJETIVOS

➤ Objetivo general:

- Evaluar el protocolo del sistema de triage implementado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional Rosales en los meses de marzo a julio del 2017.

➤ Objetivos específicos:

- Conocer el plan funcional o circuitos del sistema triage .
- Conocer si el equipo de atención según el plan funcional conoce sus funciones.
- Conocer la satisfacción del paciente atendido en el triage según la atención recibida.
- Conocer la valoración del personal médico sobre la gestión de triage en la sala de emergencias.
- Conocer los tiempos de atención de los pacientes consultantes a la unidad de emergencia del Hospital Nacional Rosales que son evaluados en el sistema triage por área funcional (tiempo de espera para el triage, tiempo que dura la clasificación, tiempo que necesita esperar para ser atendido según el nivel en que se clasifico).
- Conocer el índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico antes y después del triage.

IV. MARCO TEORICO

Se debe saber con exactitud los significados de “emergencia” el cual según la Organización Mundial de La Salud (OMS), es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital ⁽⁹⁾. Según la Asociación Médica Americana (AMA): Es aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano, también se incluye en esta categoría el paciente con dolor extremo ⁽⁶⁾. Y “urgencia” según la OMS es una patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores. Es un paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación ⁽⁵⁾.

Uno de los avances más significativos de la Medicina de Urgencias en los últimos años ha sido la estructuración y aplicación del triage de urgencias ⁽²⁾. Existe un consenso generalizado, en que la calidad en la atención del paciente se beneficia de la implementación del triage estructurado y de la categorización en las áreas establecidas ⁽⁵⁾. Además, el triage estructurado se ha convertido en un componente fundamental y en piedra de toque de la gestión clínica de los cuartos de urgencias, del análisis de la casuística y de la comparación entre ellos. El triage es ampliamente utilizado en la auditoría y en la mejora de la calidad de los cuartos de urgencias donde se aplica, habiendo demostrado un extraordinario potencial en la investigación ⁽³⁾.

Aunque la estructuración del triage, basada en la evidencia científica disponible, aporta beneficios inmediatos y directos a los responsables de la gestión sanitaria ⁽³⁾, desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de un sistema de triage estructurado sobre pacientes y profesionales, se hace más aparente cuando la sobresaturación de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen, ya que es cuando más necesario se hace controlar el riesgo de los pacientes. Por otra parte, el análisis de los tiempos de espera según el nivel de triage proporciona una herramienta clara y comparable para definir el nivel de saturación que sufre un cuarto de urgencias en un momento dado.

El triage 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 ⁽¹⁰⁾. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos. ⁽¹¹⁾

La aplicación del triage, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 o 4 niveles de categorización ⁽³⁾ que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado triage estructurado. Esto no es lo que sucede en El Salvador ya que el país cuenta con un sistema de triage de 3 niveles de priorización en el cual se

engloban todas las posibles patologías o condiciones para poder clasificar a un paciente o usuario.

La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en triage: lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente⁽⁶⁾. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del triaje deben ser:⁽⁵⁾

- ❖ Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
- ❖ Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- ❖ Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
- ❖ Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
- ❖ Aportar información sobre el proceso asistencial.
- ❖ Disponer de información para familiares.
- ❖ Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
- ❖ Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Actualmente se reconocen cinco modelos mundiales de triage estructurado con una amplia implantación:^{(1) (5)} además del sistema de Triage con el que cuenta el Ministerio de Salud de El Salvador:

1. La Australian Triage Scale (ATS)
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)

3. El Manchester Triage System (MTS)
4. El Emergency Severity Index (ESI)
5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Model Andorrá de Triage: MAT (MAT-SET)

TRIAGE ESTRUCTURADO

Hoy en día es imprescindible prestar una asistencia de calidad, segura y eficiente, en los cuartos de urgencias, basada en un mejor conocimiento del tipo de pacientes que son atendidos en ellos, que permita una mejor organización y distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de las urgencias ⁽⁷⁾. Para conseguirlo, existe un consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias, en recomendar la implantación de un sistema de triage estructurado en los cuartos de urgencias ⁽²⁾.

El sistema de triage estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento ⁽⁵⁾.

El objetivo básico de la implantación de un sistema de triage estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser visitado ⁽⁵⁾; es decir, aumentar su seguridad, aunque el triage estructurado aporta mejoras en aspectos

como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad⁽¹⁾⁽⁷⁾.

Para el profesional de urgencias el triage estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo y común para todos los dispositivos asistenciales, un sistema de gestión asistencial homogéneo y universal, que abre las puertas a una asistencia más eficiente, potenciando aspectos como el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinar y en equipo y el desarrollo profesional.⁽¹¹⁾

La introducción del sistema de triage estructurado representa un cambio total en la forma de asistir a los pacientes y permite mejorar de forma continua la calidad asistencial. Con él se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos⁽¹²⁾. Lo más importante es, sin duda, la mayor capacidad de gestión de la información de cara a la mejora continua de la calidad que el triage estructurado ofrece. El triage, estructurado y en continua mejora, es la apuesta de futuro más firme que tienen, desde hace años, los cuartos de urgencias para mejorar⁽¹⁰⁾. Además, el triage estructurado abre las puertas a procesos de organización interna de los cuartos de urgencias y a la coordinación entre niveles asistenciales, cosa imprescindible para orquestar un sistema sanitario homogéneo y eficiente.⁽⁵⁾ Esta visión holística que plantea el triage estructurado, bien entendida y apoyada tanto por

los profesionales como por los gestores y responsables políticos, lo convierte en un potente motor de cambio, modernización y mejora de los servicios donde se aplica.

Es necesario establecer un plan de implantación adaptado a la realidad de cada centro ⁽¹²⁾, consensuado y aceptado por todos los estamentos implicados en el proyecto, pero que respete los principios del sistema de triage y de su modelo de implementación.

Actualmente, todo sistema de triage estructurado está basado en una escala de triage de 5 niveles, con suficiente grado de validación científica que garantice su fiabilidad, validez, utilidad, relevancia y aplicabilidad ⁽¹⁾. El sistema de triage ha de proponer adaptaciones en la estructura física, profesional y tecnológica en los cuartos de urgencias, que permitan hacer el triage de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

La evidencia actual establece que la mejor forma de garantizar la realización de un triage correcto es a través de la informatización del mismo ⁽⁶⁾. A pesar de la fiabilidad y validez científica que han demostrado la mayoría de las escalas de triage de 5 niveles, en estudios controlados y en sus formatos originales, basados en guías de implementación y formación de los profesionales, la experiencia de su uso ha mostrado problemas de fiabilidad de los resultados en la práctica clínica que han sido atribuidos a diferentes causas: ⁽¹⁾

- Heterogeneidad en la formación de los profesionales
- Tendencia al subtrriage en cuartos de urgencias sobresaturados
- Tendencia al subtrriage en situaciones agudas comunes;
- Tendencia al sobretrriage para justificar largos tiempos de demora

Un instrumento como la escala de triage, sobre el que se pretende hacer pivotar toda la organización de un cuarto de urgencias y que ha de permitir el control del riesgo de los pacientes, ha de garantizar la fiabilidad de su uso ⁽⁶⁾. Es por ello que en un intento de homogeneizarlo y evitar la posible aleatoriedad que podía imprimir el personal que lo realiza, es fundamental disponer de una escala informatizada de triage, como instrumento de soporte para el profesional que realiza esta función y que permita una auditoria de los resultados de forma fácil y fiable.

Además, otro factor fundamental a la hora de implantar un sistema estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados ⁽¹²⁾. Formación e información van de la mano en el proceso de implantación, junto al análisis de la realidad de los cuartos de urgencias donde se implanta, las propuestas de mejora continua y la evaluación de resultados. ⁽¹²⁾ Es básico que se ejerza un liderazgo claro en los servicios, basado en el principio de justicia y en el concepto de que el paciente y su entorno son el centro de la asistencia, y que sus intereses no tienen por qué entrar en conflicto con los intereses de los profesionales ni del resto del sistema sanitario, sino al contrario, que el trabajo centrado en el paciente beneficia a todos ⁽¹¹⁾.

Objetivos del triage estructurado

Los objetivos del sistema de triage estructurado son: ⁽³⁾

- ❖ 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.
- ❖ 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.

El triage como indicador y control de calidad.

La disponibilidad de un sistema de triage estructurado en los servicios de urgencias hospitalarios ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil del servicio de urgencia hospitalario en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta ⁽⁶⁾.

Gómez Jiménez propone cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de triage implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias los cuales son ⁽¹⁰⁾:

1. El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (\leq del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se trian, pero se van antes de ser visitados.

2. Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (el cual debe ser menor de 10 minutos).
3. Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación)
4. Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triage y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente.

En cuanto a este último indicador de calidad, se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de triage estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. ⁽⁶⁾

Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

- ✓ Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- ✓ Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- ✓ Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- ✓ Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.

- ✓ Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen en base a descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas; y discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.⁽⁶⁾

Un sistema estructurado de triage puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc.⁽⁷⁾. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas socio sanitarios).⁽⁷⁾ Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias.

¿Quién lleva a cabo el triage?

En la sala de emergencias del Hospital Rosales, la tarea de evaluar, clasificar y predecir su curso por los diferentes servicios médicos es el residente de mayor jerarquía asignado a dicha tarea⁽³⁾; sin embargo, dado que el triage no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia inter-observador hallada en las diferentes escalas

ha resultado muy satisfactoria, el triage es reivindicado desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad (entre menos escalas, mayor la brecha de clasificación de diferentes condiciones médicas) ⁽⁵⁾. Hay, sin embargo, sistemas que defienden que debe ser un médico experimentado de urgencias el encargado de realizarlo.

Actualmente es el personal de enfermería el que con más frecuencia lo realiza en los sistemas de Triage con mayor aplicación mundialmente, con o sin ayuda del facultativo ⁽⁶⁾. En este sentido algunos estudios concluyen que el triage de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el triage de enfermería aislado ⁽¹⁾ sobre todo, para los casos de alta urgencia y complejidad. No obstante, otros modelos definen el «triage avanzado», en el que el profesional de enfermería ejecuta un procedimiento o administra una medicación en base a directrices médicas con protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidos ⁽³⁾. Estos protocolos se han de poner en práctica una vez consensuados y establecidos y después de que la mayoría de los profesionales de enfermería hayan recibido la formación adecuada y se haya verificado su capacitación.

Aportaciones del triage estructurado a la equidad y calidad asistencial

El concepto de triage estructurado comprende: a. la disponibilidad de una escala de triage fiable, relevante, útil y válida. de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias, que permitan realizar el triage de los pacientes según un modelo de

calidad evaluable y continuamente mejorable ⁽⁵⁾. Este concepto está claramente vinculado al de calidad asistencial, entendida ésta como el conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades y expectativas del usuario de la forma más eficiente posible ⁽⁶⁾. Este concepto, derivado del mundo empresarial, se basa en el principio de que “un buen producto no es el que cumple con una determinada especificación, sino el que es bien recibido por el cliente” ⁽⁶⁾. Lo mismo sucede en las salas de emergencia de nuestros hospitales, en donde los usuarios, en este caso los pacientes, personal médico, personal de enfermería administrativo y visitantes opinan del servicio recibido o brindado. Pudiendo este ser influenciado no por la atención recibida (tratamiento médico) sino por la manera en que fue brindada.

La perfecta comprensión del concepto de urgencia y de las soluciones posibles para ofrecer una asistencia de calidad, hacen de la disponibilidad de un sistema de triage estructurado un factor imprescindible, ya que propone mejoras en la adecuación estructural, funcional y de recursos en nuestros servicios, dentro de acciones de mejora continua y calidad total, que tienen como objetivo último la mejora de la calidad técnica y funcional de las urgencias, mediante el control del riesgo de los pacientes y la mejora de nuestra eficiencia.

La calidad de un servicio de urgencias pivota sobre un trípode formado por la necesidad de controlar el riesgo de los pacientes (riesgo para su vida, riesgo para su salud física y riesgo para su salud psicológica, relacionados con la urgencia de su caso) ⁽¹⁾, interviniendo de la forma más eficiente posible (mediante intervenciones

humanas de la máxima calidad funcional y técnica, aportando los recursos sanitarios y tecnológicos necesarios para resolver su complejidad) para dar una respuesta satisfactoria a las expectativas de los pacientes y su entorno en el tiempo más corto posible (de espera y de estancia), siendo evidente que para poder ofrecer un producto sanitario de calidad a la urgencia se debe estar organizados y coordinados. ⁽¹¹⁾

Triaje avanzado y directrices médicas avanzadas

El triaje avanzado y las directrices médicas avanzadas son protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidos, para intervenciones, procedimientos o tratamientos, que pueden ser aplicados por personal de enfermería de forma autónoma después del triaje inicial, en ciertos tipos de pacientes, y bajo criterios estrictos y circunstancias específicas ⁽³⁾. Las directrices médicas protocolizan un tratamiento específico y las condiciones específicas que han de existir antes de ponerlas en práctica. El profesional de enfermería que ejecuta un procedimiento o administra una medicación según un protocolo de triaje avanzado o una directriz médica avanzada, ha de: ⁽³⁾

1. Tener el conocimiento requerido, la habilidad y la decisión para determinar que el paciente presenta el criterio preestablecido.
2. Conocer los riesgos del paciente.
3. Predecir el resultado.

4. Determinar si el procedimiento y los posibles resultados están dentro del propósito de su práctica o no.
5. Saber cómo y cuándo ha de contactar con el médico responsable del paciente.

Si el profesional de enfermería identifica que el paciente no presenta los criterios de las directrices médicas o si no tiene el suficiente conocimiento, la habilidad o la decisión para aplicar la directriz, ha de avisar al médico para que de órdenes médicas específicas ⁽⁵⁾. Los protocolos de triage avanzado con sus directrices médicas específicas se han de poner en práctica una vez consensuados y establecidos, y después de que la mayoría de los profesionales de enfermería hayan recibido la formación adecuada y se haya verificado su capacitación. Los protocolos los ha de aprobar la estructura hospitalaria competente.

Cada directriz médica avanzada relacionada con la administración de medicación se ha de perfilar específicamente y ha de ir acompañada de un algoritmo para asegurar que las condiciones para el tratamiento están bien establecidas. ⁽⁶⁾ ver (Anexo 5). En el triage avanzado Hay que hacer revisiones periódicas de los protocolos para garantizar su actualización según la medicina basada en la evidencia. ⁽¹¹⁾

Triage multidisciplinar

El triage multidisciplinar implica que tras el triage realizado por el personal de enfermería inicial, todos los pacientes son visitados por un médico encargado de triage, que resuelve los pacientes de nivel IV y V. ⁽⁶⁾ activando la asistencia de los

pacientes de nivel III y II. Este concepto, al igual que la activación de salas de visita rápida, nos aproxima al concepto inglés de “see & treat” (Chequea y Trata).⁽⁶⁾ Este circuito funciona bien para reducir el tiempo de estancia en urgencias de los pacientes de nivel IV y V, aunque para estos pacientes es equivalente al sistema de gestión de salas de visita rápida o consultorios médicos específicos para estos pacientes clasificados como IV y V.⁽⁶⁾

En esencia, el controvertido “see & treat” es una iniciativa implantada con escasa validación clínica según algunos expertos, para mejorar la asistencia de los pacientes con lesiones y enfermedades menores en los servicios de urgencias hospitalarios, consecuencia de una falta de potenciación de la atención primaria de salud en nuestro sistema actual.⁽⁶⁾

Derivación

La derivación implica que algunos pacientes de nivel V y IV sean derivados de forma protocolizada a otros niveles asistenciales desde el triage inicial⁽¹⁾. Para ello es necesario establecer el perfil clínico de los pacientes potencialmente derivables según el tipo de organización de la atención primaria de salud. Esta derivación esta normada en nuestro sistema de salud, en los cuales se completan los protocolos de referencia y contra referencia (anexo 3) hacia niveles de complejidad inferiores según sea el caso. Ayuda a descongestionar las salas de emergencias, priorizar la atención médica a aquellos pacientes que lo necesitan con más urgencia y en el ahorro de recurso humano y recursos económicos.

MEJORAS ESTRUCTURALES EN BASE AL SISTEMA DE TRIAGE

La unidad de triage

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 triage.

Desde el punto de vista asistencial, hablamos de “Área de Triage”, constituida por una unidad o sala de triage, una sala de visita rápida y un área de espera de pacientes para dicha sala rápida. Idealmente el área de triage ha de estar próxima a un área de radiología, con su sala de espera correspondiente. ⁽³⁾

Ubicación de la/s unidad/es de triage

Tanto desde el punto de vista estructural como funcional, el área de triage ha de ser la puerta de entrada del cuarto de urgencias. ⁽⁵⁾ La unidad de triage ha de estar ubicada en la proximidad de la entrada de pacientes al servicio, habitualmente contiguas al área de admisión de pacientes y a la sala de espera. ⁽³⁾ Dado que el triage es un proceso y no un espacio, la ubicación de la unidad de triage en un sitio determinado del servicio no implica que este no pueda ser realizado también en cualquier otra ubicación.

Sobretriage y subtriage:

Cuando el paciente es categorizado en un nivel de mayor urgencia al que le corresponde hablamos de sobretriage ⁽⁷⁾. El sobretriage no comporta ningún riesgo para el paciente, pero sí que puede afectar la atención sobre otros pacientes y puede condicionar un inadecuado consumo de recursos. Según Jiménez, En la mayoría de los sistemas cerca de un 10% de los pacientes es sobretriado ⁽⁶⁾.

Cuando un paciente es clasificado en un nivel de menor urgencia al que le corresponde hablamos de subtriage. El subtriage puede condicionar un alargamiento del tiempo de inicio de la visita médica y un riesgo para el paciente, tanto de deterioro clínico como de efectos adversos. Para evitarlo se ha introducido el concepto de reevaluación periódica. Se ha establecido que los pacientes de nivel I requieren reevaluación continua, los de nivel II cada 15 minutos, los de nivel III cada 30 minutos, los de nivel IV cada 60 minutos y los de nivel V cada 120 minutos. ⁽⁶⁾

MODELO DE TRIAGE NACIONAL

Sistema de triage en El Salvador

Actualmente la atención de pacientes en las Unidades de Emergencia que brindan los Hospitales del Ministerio de Salud, se realizan bajo los Lineamientos Técnicos para Realizar Triage en los hospitales de la Red Integral e Integrada de Los Servicios de Salud, sin tomar en cuenta los niveles de complejidad de dicha red, en adelante

RIISS, ni la gravedad de los pacientes que a ellas se presentan. El origen de este problema es complejo y multifactorial en su esencia, pero sus resultados redundan en prolongados tiempos de espera, debido a la sobresaturación de estas Unidades, retrasando el manejo de problemas emergentes o urgentes por atender solicitudes que muchas veces pueden ser resueltas en la consulta externa del Primer nivel de atención.⁽⁸⁾

Existen factores de mayor frecuencia identificados por el personal médico que coordina las Unidades de emergencias, entre los que se encuentran: 1. demanda espontánea de pacientes de consulta general a Unidades de emergencia de Hospitales categorizados como de tercer nivel, por problemas que pueden ser manejados en Unidades de emergencia o de consulta externa de los Hospitales de segundo nivel o en el Primer Nivel de Atención, a través de los Ecos Familiares, Ecos Especializados y Unidades Comunitarias de Salud Familiar en adelante UCSF;⁽⁸⁾ 2. falta de orientación a los pacientes sobre el buen uso de los servicios hospitalarios y de la totalidad de la red de salud, incluyendo los servicios de ambulancia, cuerpos de socorro y de asistencia clínica de emergencia.

Los lineamientos técnicos del sistema de triage en el país tiene como objetivo general establecer los criterios para la atención en las Unidades de emergencia de los Hospitales de la Redes integrales e integradas de servicios de salud, de acuerdo a los niveles de complejidad de la atención médica y el riesgo vital que afecta a los pacientes al momento que consultan. Siendo este, el concepto básico de cualquier triage del sistema médico.⁽⁸⁾

Niveles de priorización

Es la categorización de la atención que se brinda al paciente en cualquiera de los establecimientos de la red institucional de acuerdo a tres niveles de mayor a menor complejidad.

- **PRIORIDAD I:** paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata; también se incluye en esta categoría el paciente con dolor intenso. Para el caso de paciente pediátrico se tomará a aquellos con SIGNOS DE EMERGENCIA que requieren tratamiento inmediato. ⁽⁸⁾

Este nivel de prioridad también incluye sinónimos como: extrema urgencia, máxima urgencia o emergencia (paciente pediátrico), debiendo ser identificado con etiqueta ROJA. Amerita atención inmediata y su tiempo de acción para ser atendido por un médico es de cero a diez minutos.

- **PRIORIDAD II:** paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación. Para el caso de paciente pediátrico aquellos con SIGNOS DE PRIORIDAD, lo que indica que se les debe dar prioridad en la fila para que puedan ser evaluados y tratados sin demora. ⁽⁸⁾

Este nivel de prioridad, al igual que el anterior, incluye sinónimos como urgentes, prioridad (paciente pediátrico) debiendo ser identificado con etiqueta AMARILLA. Su atención debe ser prestada en un rango de sesenta a ciento veinte minutos.

- **PRIORIDAD III:** paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación inmediata. Para el caso de paciente pediátrico aquellos que no tienen signos de emergencia o de prioridad y, por lo tanto, no son casos urgentes debiendo ser identificados con etiqueta VERDE ⁽⁸⁾. El paciente puede referirse a consulta externa o Primer Nivel de atención según sea el caso, de acuerdo a los Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta brindados en lineamientos del ministerio de salud. Aquí el tiempo para ser atendido es mayor a las dos horas de espera.

Se plantea que los pacientes que se presenten al servicio de emergencia, dada la naturaleza de las atenciones que se ofrecen, deben ser atendidos en base a la prioridad del estado clínico por el que consulten. En caso de que en un momento determinado un grupo de pacientes se presentare a consultar por problemas de prioridades equiparables se les atenderá por orden de llegada, el cual será interrumpido las veces que se presenten pacientes con padecimientos que ocasionen un riesgo vital que amerite atención inmediata.

Los lineamientos técnicos que presenta el ministerio de salud establece la asignación de funciones y los mecanismos de referencia, retorno e interconsulta. En los cuales establece que el triage podrá ser realizado por personal médico y de enfermería

(ambos realizando funciones complementarias) para la clasificación de los pacientes según el riesgo que representan. ⁽⁸⁾

Estandarización de procesos.

Existen tablas de criterios de clasificación de acuerdo con signos y síntomas específicos para su estandarización y fácil implementación (Anexo 1) en las cuales el médico debe de llenar ciertos formularios para dar el pase al paciente según su clasificación clínica presentada al inicio del triage. El personal médico debe registrar la atención de pacientes en el área de selección, por utilizando los formularios siguientes: ⁽⁸⁾

- Formulario de atención de selección con evaluación rápida (anexo 2 para adultos y anexo 2 para niños-as-), para los pacientes que sean referidos desde otras instituciones. El comprobante debe ser anexado a la Hoja de atención de emergencia donde se deben consignar los servicios prestados al paciente, entregándole la ficha de triage que corresponda a su nivel de gravedad en el momento y por el personal que remita al paciente a donde corresponde.
- Formulario de atención de selección con evaluación rápida, para documentar la atención brindada, anexándolo a la copia respectiva del “Formulario de referencia, retorno e interconsulta” (anexo 3), para los pacientes que ameriten una atención de menor o mayor complejidad.
- Registro diario de Triage estructurado, para documentar toda atención proporcionada (anexo 4).

ESCALAS, SISTEMAS O MODELOS DE TRIAGE ESTRUCTURADO

Durante los años 60, en los EEUU se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización (emergente, urgente y no urgente), que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro categorías (1995) (11). Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente respecto a su utilidad, validez y reproducibilidad como para ser considerados estándares del triage estructurado. ⁽¹⁰⁾

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triage para los servicios 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. ⁽⁷⁾ La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, es la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización: Nivel 1-Resucitación, Nivel 2-Emergencia, Nivel 3-Urgente, Nivel 4- Semiurgente, Nivel 5-No urgente. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS). ⁽⁷⁾

Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por ésta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triage estructurado que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triage de urgencias universal en sus respectivos territorios.

Así, podemos decir que actualmente existen cinco modelos de triage estructurado, incluyendo el australiano: la Escala canadiense de triage y gravedad para los servicios 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, y con los siguientes niveles de urgencia: Nivel I-Resucitación, Nivel II-Emergencia, Nivel III-Urgente, Nivel IV-Menos urgente, Nivel V-No urgente) el Sistema de triage de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996, utilizando también la NTS como referente), el Índice de gravedad de urgencias (Emergency Severity Index: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los EEUU en 1999, utilizando el MTS como referente) y el Modelo andorrano de triage (Model Andorrà de Triatge: MAT) (desarrollado por la Comisión de triage del Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell y aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000, y que utiliza la CTAS como referente).⁽³⁾

El MTS convierte el concepto de síntoma y diagnóstico centinela en categoría sintomática o de presentación, introduciendo el concepto de discriminante clave para determinar la categoría de clasificación, que diferencia en colores, dentro de un sistema de algoritmos clínicos.⁽⁶⁾ El ESI, es una escala basada en un algoritmo simple e implementada en hospitales concretos de los EEUU. Introduce el concepto de consumo de recursos como criterio de clasificación junto con los discriminantes clave.⁽⁶⁾

Finalmente, el MAT nace de una adaptación conceptual de la CTAS, convirtiendo una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela en una escala basada en categorías sintomáticas o de presentación, con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en un

formato electrónico ⁽⁶⁾. Esta es la esencia conceptual del Programa d'Ajuda al Triage (PAT) desarrollado el año 2001 como núcleo operativo del MAT. Es un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que aporta aspectos de revisión y adaptación a nuestro entorno sanitario, constituyéndose en un modelo aplicable, con objetivos operativos asumibles y propuestos como indicadores de calidad, válido, útil y reproducible. ⁽⁷⁾

Un aspecto importante que introducen los sistemas de triaje estructurado es su capacidad de relacionar los niveles de priorización con otros aspectos asistenciales en los servicios de urgencias donde se aplican. Así, el ESI fue el primer sistema que demostró una buena relación entre el nivel de triaje y la duración de la estancia en urgencias, el índice de ingreso hospitalario y los requerimientos en consumo de recursos diagnósticos. ⁽⁶⁾ Estos factores, entendidos como sustitutos de la gravedad de los pacientes en los análisis de la complejidad de los servicios de urgencias, pueden utilizarse en la monitorización de la actividad del servicio de urgencias junto a los niveles de priorización de los pacientes. Recientemente, hemos constatado que la CTAS puede ser implementada en países diferentes al Canadá, y que sus objetivos operativos pueden ser considerados indicadores de calidad del triaje. También se ha observado una relación significativa entre las categorías de priorización y el consumo de recursos en transporte sanitario, la duración de la estancia en urgencias, el índice de ingreso hospitalario y la utilización de recursos diagnósticos ⁽¹⁰⁾.

Australian Triage Scale (ATS)

Es una escala de 5 niveles (Nivel 1.- Reanimación, Nivel 2.- Emergencia, Nivel 3.- Urgente, Nivel 4.- Semi urgente y Nivel 5.- No urgente).

La responsable de realizar el triage es la enfermera que ha de estar preparada y entrenada. ⁽⁷⁾ La característica clínica más urgente determina la categoría, normalmente es la combinación del problema actual junto con el aspecto del paciente.

⁽⁷⁾

El examen del triage ha de realizarse entre 2 – 5 minutos obteniendo la suficiente información a través de una entrevista entre enfermera – paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse) para determinar la urgencia e identificar la necesidad inmediata ⁽⁵⁾. No es necesario realizar ningún diagnóstico. Las constantes vitales se deberán tomar en aquellos casos en los que sean necesarios para valorar la urgencia ⁽⁷⁾. Si el paciente tiene una categoría 1 o 2 el examen más completo lo realizará la enfermera que proporciona el tratamiento. Para cada nivel/categoría existe un tiempo máximo de atención que no debe sobrepasarse, este tiempo ya está determinado y si se sobrepasa ha de hacerse un re-triage ⁽⁷⁾. Existe una documentación que debe ir en la ficha de cada paciente: fecha y hora del examen, nombre del personal que realiza el triage, que problemas agudos presenta, historia limitada y relevante, resultados relevantes del examen, categoría inicial asignada del triage, categoría de re-triage con tiempo y razón, área del gravamen y del tratamiento asignado, cualquier diagnóstico, primeros auxilios o medidas del tratamiento iniciado.

⁽³⁾

La ATS se utiliza de forma generalizada en Australia, pero no sólo como un sistema de triage, sino que se utiliza para medir el rendimiento de los servicios de urgencias, las necesidades de recursos económicos y para determinar la calidad de la atención. ⁽⁷⁾

ATS Nivel	Categoría	Tiempo de Atención
1	Riesgo vital inmediato.	Inmediato
2	Riesgo vital inmediato; la intervención depende críticamente del tiempo.	Minutos (< 10 min.)
3	Riesgo vital potencial; situación urgente.	½ hora
4	Potencialmente serio; situación urgente; complejidad significativa o de gravedad.	1 hora
5	Menos urgente; problemas clínico-administrativos.	2 horas

La ATS introduce algunos discriminantes o discriminadores fisiológicos como son: la situación de la vía aérea, la respiración, la circulación, la incapacidad funcional (incluye el nivel de conciencia, el dolor y la alteración neuro-vascular), el estado mental y las emergencias oculares, añadiendo una serie de modificadores de riesgo como el mecanismo de la lesión, la presencia de antecedentes patológicos o patologías asociadas, la edad, la asociación de factores de riesgo coronario u otras patologías vasculares, las situaciones de violencia y otras situaciones previas o similares que puedan aparecer en la anamnesis como sugestivas de riesgo. ⁽³⁾

El papel de la ATS es como herramienta clínica para asegurar que los pacientes son atendidos en tiempo, en forma y consonancia con su urgencia clínica. ⁽³⁾ Solo debe ser usado para describir la urgencia. Se requieren medidas diferentes para describir la gravedad, la complejidad, la calidad de la atención, la carga de trabajo y la dotación de personal.

En este sistema se encargan del triage miembros experimentados y con formación específica que pueden ser de enfermería, médicos o una combinación de ambos ⁽⁷⁾. La evaluación del triage no debería exceder los 5 minutos, la evaluación del triage y la categoría asignada deben quedar registrados para poder llevar a cabo un control de los pacientes y una reevaluación continua, si las características clínicas de un paciente cambian este debe ser retriado en consecuencia. ⁽⁷⁾

El umbral indicador representa el porcentaje de pacientes asignados a las categorías de la ATS del 1 al 5, que comenzará la evaluación y el tratamiento en el tiempo de espera correspondiente de su llegada. El personal y otros recursos deben ser desplegados de manera que los umbrales se logren progresivamente.

Cuando el funcionamiento del servicio de urgencias está desbordado, el personal debe ser desplegado para que el rendimiento se mantenga de las categorías más urgentes a menos con el fin de ser más eficiente el uso de los recursos humano para maximizar la eficiencia, la calidad y la seguridad de la atención al paciente. ⁽³⁾

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).

La Escala Canadiense de triage y urgencia para los servicios de urgencias; fue desarrollado por Robert Beveridge, introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) y la Asociación Nacional de enfermeras de urgencias (NENA) en 1995 tras una adaptación de la NTS National Triage Scale for Australasian Emergency Departments). ⁽¹³⁾

El triaje, según este modelo, lo realiza una enfermera muy entrenada y con experiencia. Los pacientes deben ser valorados (al menos visualmente) en un plazo inferior a 10 minutos. Los gravámenes no se han de realizar al completo a no ser que no haya paciente en espera. La información que se solicitará será para poder asignar al paciente un nivel de triaje que quedará registrado. ⁽¹³⁾

El gravamen principal es determinar la principal queja del paciente de forma subjetiva (inicio, curso, duración) y objetiva (esta parte la puede realizar la enfermera del área de tratamiento; aspecto físico, color, respuesta emocional, gravamen físico, toma de constantes vitales...) ⁽³⁾.

Toda esta información se obtiene a través de una entrevista entre la enfermera y el paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse). La enfermera registrará toda la información obtenida durante la entrevista (fecha y hora del gravamen, nombre de la enfermera, historia subjetiva limitada, observación objetiva, nivel de triaje, localización del paciente en el servicio; comunicando todo a la enfermera del área de tratamiento, alergias, tratamiento habitual, el diagnóstico, los primeros auxilios, las intervenciones terapéuticas y las nuevas valoraciones). ⁽¹³⁾

Los tiempos de atención se determinan según el nivel de urgencia, todo paciente que supere el tiempo de atención recomendado debe ser valorado de nuevo porque su estado podría haber cambiado y por lo tanto su nivel de urgencia. Se trabajará dependiendo de los protocolos y planes de cuidado que tenga cada departamento de urgencias. La CTAS, es una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela.

La CTAS consta de cinco niveles de gravedad, determinados según las siguientes manifestaciones: ⁽³⁾

❖ *Nivel I: Reanimación (Actuación médica inmediata)* ⁽¹³⁾

1. Paro cardíaco o respiratorio: pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria o, bien, que puede ser inminente.
2. Traumatismo mayor: daño grave a un sistema o politraumatismo. Daño grave a un sistema o politraumatismo. Traumatismo craneoencefálico, con escala de coma de Glasgow menor a 10, quemadura grave, mayor al 25% de la superficie corporal total, o quemadura de la vía aérea. Traumatismo toracoabdominal, con alteración del estado mental, hipotensión, taquicardia, dolor grave y alteraciones respiratorias
3. Estados de choque: carcinogénico, insuficiencia pulmonar, hemorrágico, alteraciones en la demanda de oxígeno, estados hiperdinámicos, síndrome séptico.
4. Alteraciones de la conciencia: intoxicaciones, sobredosis, enfermedades del SNC, trastornos metabólicos y padecimientos que requieran protección de la vía aérea y tratamiento del paciente crítico.
5. Enfermedad respiratoria grave: neumotórax, estado asmático, anafilaxia, cetoacidosis diabética. Los pacientes requieren una rápida evaluación y tratamiento ventilatorio.

❖ *Nivel II: Inmediata (Intervención médica ≤ 15 minutos)* ⁽¹³⁾

1. Alteraciones del estado mental: enfermedades infecciosas, inflamatorias, síndromes coronarios, convulsiones, estados de agitación, letargo, parálisis, coma.

2. Traumatismo craneoencefálico: alteraciones del estado mental, cefalea grave, pérdida de la conciencia, escala de coma de Glasgow menor a 13.
 3. Traumatismo grave: politraumatismo, signos vitales estables, estado mental normal.
 4. Dolor ocular: escala de dolor de 8-10/10, exposición a ácidos o álcalis, cuerpos extraños en la córnea.
 5. Dolor torácico: síndromes coronarios: infarto agudo de miocardio, angina inestable. Dolor visceral: continuo, asociado con náusea e irradiación al cuello, la mandíbula, los hombros y los brazos. Sincope: concomitante con embolia pulmonar, disección aórtica o con otras enfermedades vasculares. Infarto agudo de miocardio, angina o embolia pulmonar previos
 6. Sobredosis: de manera intencional, con signos y síntomas de toxicidad.
 7. Dolor abdominal: constante, asociado con náusea, vómito, signos vitales alterados (hiper hipotensión, taquicardia, fiebre). Embarazo ectópico, colangitis, coledocolitiasis.
 8. Hemorragia gastrointestinal: signos vitales inestables, hematemesis, melena.
 9. Enfermedad vascular cerebral: déficit neurológico importante (isquemia, hemorragia, hematomas que requieren tomografía craneal urgente).
- Triaje en urgencias hospitalarias. RB.
10. Asma: antecedentes de asma, cianosis o disnea que requieren la administración de broncodilatadores y el ingreso al hospital.
 11. Disnea: neumotórax, neumonía, anafilaxia.

12. Fiebre: con signos de letargo que sugieran meningitis.
13. Diabetes: hipo e hiperglucemia y acidosis metabólica.
14. Dolor abdominopélvico: cólico renoureteral (8-10/10), síndrome doloroso abdominal, hematuria, alteración de los signos vitales.
15. Cefalea: catastrófica (meningoencefalitis, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural y subdural, estado migrañoso).

❖ *Nivel III: Urgente (Intervención médica \leq 30 minutos; estados que hacen que el paciente pueda evolucionar a un problema grave)⁽¹³⁾*

1. Traumatismo de cráneo: generalmente alertas, con escala de coma de Glasgow igual a 15, dolor moderado (7-8/10), náusea, ameritan vigilancia y si tienen deterioro pasan a nivel II.
2. Traumatismo moderado: fracturas o luxaciones con dolor grave (8-10/10), requieren intervención con analgésicos y reducción; los pacientes se encuentran estables.
3. Asma leve a moderada: inicio reciente de la crisis desencadenada por ejercicio u otras causas; requieren broncodilatadores y vigilancia.
4. Disnea moderada: pacientes con neumonía, enfermedad pulmonar crónica y derrame pleural.
5. Dolor torácico: localizado, que aumenta a la palpación, sin datos de dolor visceral, puede ser de tipo pleurítico.

6. Hemorragia gastrointestinal: tubo digestivo alto, inactiva, sin alteración de los signos vitales, puede haber deterioro potencial, requiere valoraciones periódicas.
7. Convulsiones: paciente conocido, con duración menor a cinco minutos, llega alerta y con signos vitales estables.
8. Ideas suicidas: problemas psiquiátricos que requieren la valoración de un especialista.
9. Dolor grave (8-10/10): pacientes que reportan dolor intenso pero que tienen un problema menor, generalmente son de tipo muscular, crónico, tipo neuropático y con reacción regular a los analgésicos.
10. Dolor moderado (4-7/10): pacientes con migraña o cólico renal, pueden tener signos vitales normales y requieren tratamiento.
11. Pacientes en diálisis o trasplantados: alteraciones de líquidos y electrolitos, pueden manifestar arritmias y deterioro. }

❖ *Nivel IV: Menos Urgente (Intervención médica \leq 60 minutos)* ⁽¹³⁾

1. Traumatismo de cráneo: traumatismo menor, alerta (escala de coma de Glasgow de 15, sin vomito), requiere un breve periodo de observación y valoración neurológica.
2. Traumatismo menor: fracturas pequeñas, contusiones, abrasiones, laceraciones que requieren curación, signos vitales estables, dolor (4-7/10).
3. Dolor abdominal: intensidad 4-7/10, apendicitis en etapas iniciales, signos vitales normales, amerita vigilancia y evaluación periódica.

4. Cefalea: no súbita, no migranosa, dolor 4-7/10, con signos vitales normales. Dolor torácico: sin antecedentes de cardiopatía, usualmente pleurítico, muscular, debido a ejercicio.

5. Infección respiratoria aguda: tos, congestión nasal, fiebre. Hay que descartar abscesos en la cavidad.

6. Vómito y diarrea: sin datos de deshidratación.

❖ *Nivel V: No Urgente (Intervención médica \leq 120 minutos)* ⁽¹³⁾

Pacientes con problemas crónicos, no hay deterioro, puede ser referido a otro nivel de atención.

Emergency Severity Index (ESI)

El ESI es una escala basada en un algoritmo simple de clasificación de cinco niveles que se desarrolló en los EEUU por el Grupo de trabajo del ESI en 1999 utilizando el MTS como referente e implementada en hospitales concretos de los EEUU. ⁽¹⁴⁾

Este sistema tomó como referente el MTS. Este modelo parte de un algoritmo muy simple para la clasificación de los pacientes: ⁽³⁾

1.- ¿Puede Morir el paciente? Si la respuesta es SI → Nivel 1.

2.- ¿Puede morir el paciente? Si es NO → ¿Puede esperar? si es NO → Nivel 2.

3.- ¿Puede morir el paciente? si es NO → ¿Puede esperar? si es SI → ¿Cuántos recursos necesitará?: - Muchos: signos vitales alterados? → SI → considerar y cambiar a Nivel 2.

NO → Nivel 3. - Uno → Nivel 4. - Ninguno → Nivel 5.

Introduce el concepto de consumo de recursos como criterio de clasificación junto con los discriminantes clave ⁽¹⁾. La prioridad del tratamiento se decidió sobre la base de la gravedad de la enfermedad y las necesidades de recursos esperados. ⁽¹⁴⁾El algoritmo de clasificación consta de cuatro puntos de decisión dónde la enfermera de triage hace preguntas específicas. En primer lugar, se identifican los pacientes con condiciones que amenazan la vida. Los pacientes inestables son típicamente asignados a ESI nivel de triage 1 (ESI 1). Los pacientes con síntomas (potencialmente) peligrosos para la vida o los que tienen dolor severo, trastornos psiquiátricos o estados de intoxicación se asignan al nivel de triage 2. Los niveles restantes, del 3 al 5, están definidos por las necesidades de los recursos esperados (como rayos X, tratamientos intravenosos, servicios de apoyo) y los signos vitales. ⁽¹⁴⁾

Éste fue el primer sistema que demostró una buena relación entre el nivel de triage y la duración de la estancia en urgencias, el índice de ingreso hospitalario y los requerimientos en consumo de recursos diagnósticos. ⁽¹⁵⁾

Se basa en un algoritmo clínico que valora la presencia de discriminantes de una forma muy parecida al MTS, pero independientemente del motivo de consulta. Serán ESI-1 los pacientes con riesgo vital (ausencia de respiración o estridor, insuficiencia respiratoria y choque), pacientes intubados, apneicos o sin pulso. ESI-2 los pacientes con dolor intenso, en situación de riesgo vital (como en la ATS) y con alteración importante del nivel de conciencia. También los pacientes que necesiten dos o más exploraciones diagnósticas o acciones terapéuticas y que tengan alteradas las constantes vitales serán clasificados como ESI-2. Estos últimos en caso de tener las constantes vitales normales serán clasificados como ESI-3. Los pacientes con constantes vitales normales y que únicamente

requieren una exploración diagnóstica o una acción terapéutica serán clasificados en el nivel ESI-4, y si no requieren ninguna, lo serán en el ESI-5. ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾

Categoría ESI	Discriminantes	Agudeza de tratamiento
ESI 1	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo vital. - Pacientes intubados. - Pacientes apneicos. - Pacientes sin pulso. 	Atención médica inmediata
ESI 2	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor intenso. - Situación de riesgo vital con alteración importante del nivel de conciencia. - Pacientes que necesiten dos o más exploraciones diagnósticas con alteración de las constantes vitales. - Pacientes que necesiten dos o más acciones terapéuticas con alteración de las constantes vitales. 	Atención enfermera inmediata y vigilancia continua. Atención médica ≤10 minutos
ESI 3	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que necesiten dos o más exploraciones diagnósticas con las constantes vitales normales. - Pacientes que necesiten dos o más acciones terapéuticas con las constantes vitales normales. 	No hay indicación de tiempo.
ESI 4	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con las constantes vitales normales que necesitan una exploración diagnóstica o una acción terapéutica. 	No hay indicación de tiempo.
ESI 5	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que no requieren exploración diagnóstica ni acción terapéutica. 	No hay indicación

Esta escala no tiene límites de tiempo para evaluar a los pacientes, sino que los pacientes con baja prioridad (ESI 3 a ESI 5) en lugar de plazos fijos, el objetivo es la evaluación de estos pacientes tan pronto como sea posible en función de la carga de trabajo que haya. Los pacientes clasificados como de nivel 2 reciben inmediatamente atención de enfermería, incluida vigilancia continua y la evaluación por un médico debe seguir dentro

de 10 minutos como máximo. Los pacientes asignados a nivel 1 deben ser tratados inmediatamente por un médico. ⁽³⁾

Manchester Triage System (MTS)

El MTS fue creado en 1994 como resultado del trabajo de colaboraciones entre los médicos y enfermeras en los servicios de urgencias de nueve hospitales de Manchester, Reino Unido, para elaborar un sistema de triage que cumpliera cinco objetivos ⁽³⁾: *“elaborar una nomenclatura común, usar definiciones comunes, desarrollar una metodología sólida de triage, implantar un modelo global de formación y permitir y facilitar la auditoria del método de triage desarrollado”* ⁽⁷⁾; utilizando la NTS como referente. Este sistema de triage selecciona los pacientes con la más alta prioridad y funciona sin hacer ninguna suposición sobre el diagnóstico. ⁽⁵⁾

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

Su clasificación se basa en los signos observados por el profesional y en los síntomas expresados por el paciente, que los agrupa según los discriminadores clave (o factores que permiten discriminar el nivel de urgencia, en pacientes que se presentan con una sintomatología parecida o que se pueden catalogar dentro de una misma categoría sintomática), que se definen para cada uno de estos esquemas como: riesgo vital (ausencia de respiración o estridor, insuficiencia respiratoria, ausencia de pulso y choque), dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y tiempo de evolución de

los síntomas, estos discriminadores se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación. ⁽¹⁾

Número	Nombre	Color	Tiempo máximo
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10 minutos
3	Urgente	Amarillo	60 minutos
4	Normal	Verde	120 minutos
5	No urgente	Azul	240 minutos

Este sistema tiene ya una experiencia acumulada de 20 años, permite realizar auditorías de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. ⁽³⁾

Este sistema sigue un enfoque específico cuyos principales motivos de consulta de los pacientes son asignados a uno de los 52 diagramas de flujo que, de forma amplia se pueden agrupar en las cinco categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes ⁽⁷⁾. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las cinco categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención. ⁽³⁾

Sistema Español de Triage (SET)

En el 2000 Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra ⁽⁶⁾, un nuevo sistema de triage estructurado denominado Model Andorrà de Triatje (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 (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) con discriminadores clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico que reconoce 56 categorías sintomáticas y dos discriminantes clave: los signos/constantes vitales y el nivel de dolor. ⁽³⁾ Sus principios fundamentales son: Triage de cinco niveles normalizado. Modelo de triage de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento. Integrado en un sistema de mejoría continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triage. ⁽¹⁰⁾ Una de las características de este sistema es que debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

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. ⁽¹⁰⁾

Algunas categorías sintomáticas hacen referencia a situaciones concretas, otras hacen referencia a necesidades del paciente debidas a una sintomatología concreta y otras están relacionadas con la edad del paciente o con situaciones en las que se hace difícil establecer un síntoma o síndrome concreto; aunque la mayor parte de las categorías hacen referencia a síntomas o síndromes concretos. ⁽¹⁰⁾

En 2003 fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de triage en castellano para todo el territorio español y se denominó *Sistema Español de Triage* (SET) ⁽¹²⁾

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

Es un sistema de triage de enfermería no excluyente, es decir, con participación médica siempre que sea necesario. El personal autorizado para trabajar en este servicio bajo este sistema de triage debe ser un personal formado para ello, debe tener una experiencia mínima para ser enfermera de triage. Se recomienda que el profesional de triage cumpla un perfil de aptitud y actitud, en el que debe destacar: capacidad de tomar decisiones y gestionar situaciones difíciles, capacidad de comunicación, empatía, tacto, paciencia y capacidad organizadora. ⁽⁵⁾

El SET recomienda disponer de una comisión, grupo de trabajo o comité de triage, que tenga apoyo suficiente y sirve de enlace entre los diferentes estamentos: directivos, profesionales y pacientes.

Discriminantes y escalas de gravedad

Un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de triage ⁽⁶⁾. 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. ⁽¹⁰⁾

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. ⁽⁵⁾

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. ⁽³⁾ 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 ⁽³⁾. 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. ⁽¹⁰⁾

El web e-PAT es el programa computarizado y estandarizado que el sistema de triage español utiliza para realizar el triage en los hospitales. Es un programa en base a algoritmos y escalas clínicas que clasifica a cada paciente de acuerdo a su sintomatología.

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 para realizar análisis de comparación con estándares, tanto en adultos como en niños y todo ello relacionado con los niveles de triaje ⁽¹⁰⁾. El conjunto mínimo de datos asistenciales de urgencias hace posible también el análisis de casuística de los pacientes atendidos en urgencias que se realiza principalmente en base a dos parámetros ⁽⁶⁾:

- Grado de urgencia: nivel de triage asignado
- Complejidad: medida al clasificar a los pacientes en grupos según su destino desde urgencias y según la edad.

V. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación

Descriptivo, transversal.

Ya que en el presente trabajo se realizará únicamente la observación y descripción de la realidad en un momento determinado.

Periodo de Investigación

El periodo de investigación se iniciará en el mes de julio del presente año hasta completar el tamaño de la muestra prevista para el mes de septiembre.

Universo

Procesos y resultados del sistema triage implementado en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional Rosales a partir de los resultados del proceso de cada usuario.

Muestra

Para evaluar el sistema, se analizarán procesos predeterminados y resultados a través del análisis de lo sucedido en cada paciente consultantes a la unidad de emergencia. Como el número de sujetos que serán valorados son un valor desconocido e infinito se utilizara la siguiente fórmula para obtener una muestra con una confianza del 95 % y un error máximo admisible del 5%.

$$N = Z^2 PQ / E^2$$

En donde

Z= factor de distribución = 1.96 para satisfacción del 95%

P= probabilidad de éxito = 0.5

Q= probabilidad de fracaso = 0.5

E= error máximo admisible 5% = 0.05

Sustituyendo,

$$N=1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 / 0.05^2$$

$$N=384.16 \text{ -----} \rightarrow N=385 \text{ pacientes}$$

A demás se utilizó una muestra a conveniencia de 20 personas que laboran activamente en la unidad de emergencias entre Médicos Staff, Médicos Residentes, Médicos internos, Enfermeras y personal administrativo

Muestreo.

No se realizará un muestreo probabilístico, sino que se tomará cada sujeto evaluado por el sistema de forma consecutiva en el periodo de estudio, hasta completar el tamaño de la muestra.

Variables.

Objetivo	Variable	Definición o conceptualización	Indicador	Escala	Categoría
Conocer el plan funcional o circuito	Existencia de Plan funcional	El sistema contiene flujos o circuitos por donde el paciente transita para su atención según su nivel de categoría	Proceso	Nominal	Si No
Conocer el plan funcional o circuito	Plan funcional	Cuáles son los flujos o circuitos por donde el paciente transita para su atención según su nivel de categoría	Proceso	Cualitativa abierta	Descripción de los flujos por donde el paciente transita según su nivel de categoría
Conocer el plan funcional o circuito	Infraestructura	Existen áreas definidas para atención del paciente según los planes funcionales	Proceso	Nominal	Si No
Conocer el plan funcional o circuito	Infraestructura	Cuáles son las áreas definidas existentes para atención del paciente según los planes funcionales	Proceso	Cualitativa abierta	Descripción de la infraestructura
Conocer si el equipo de atención según el plan funcional conoce sus funciones	Conocer su función en el plan funcional	El recurso humano que participa en los flujos conoce sus funciones según su lugar de atención	Proceso	Nominal	Si No
Conocer el índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico antes y después del triage	Pacientes perdidos antes de ser vistos en el triage	Paciente se retiró antes de ser atendido en el triage	Eficacia	Nominal	Si No
Conocer el índice de pacientes	Pacientes perdidos después de ser	Paciente se retiró después de ser atendido en el triage, pero antes de ser	Eficacia	Nominal	Si No

perdidos sin ser vistos por el médico antes y después del triage	vistos en el triage	atendido por el médico correspondiente según su nivel			
Conocer los tiempos de atención de los pacientes consultantes a la unidad de emergencia del Hospital Nacional Rosales que son evaluados en el sistema triage por área funcional	Tiempo de atención desde la llegada a la U de Emergencia y ser atendido por el triage	Tiempo en minutos en que el paciente espero para ser atendido desde la llegada a la U de Emergencia en el triage	Eficacia	Cuantitativa continua	Minutos
Conocer los tiempos de atención de los pacientes consultantes a la unidad de emergencia del Hospital Nacional Rosales que son evaluados en el sistema triage por área funcional	Tiempo de atención en el triage	Tiempo en minutos que toma al que da la atención en clasificar al paciente en el triage	Eficacia	Cuantitativa continua	Minutos
Conocer los tiempos de atención de los pacientes consultantes	Tiempo de atención desde ser atendido por el	Tiempo en minutos en que el paciente espero para ser atendido definitivamente desde el triage, según su nivel de			

a la unidad de emergencia del Hospital Nacional Rosales que son evaluados en el sistema triage por área funcional	triage y recibir la atención necesaria según el nivel de clasificación	clasificación. Prioridad I: 0 a 10 minutos Prioridad II: 60 a 120 minutos Prioridad III: > a 120 minutos	Eficacia	Cuantitativa continua	Minutos
Conocer los tiempos de atención de los pacientes consultantes a la unidad de emergencia del Hospital Nacional Rosales que son evaluados en el sistema triage por área funcional	Nivel de clasificación según el triage	Nivel de clasificación que le fue asignado al paciente según el triage	Eficacia	Cualitativa ordinal	Prioridad I Prioridad II Prioridad III
Conocer la satisfacción del paciente atendido en el triage según la atención recibida.	Grado de satisfacción del paciente o sus familiares según atención recibida	Grado de satisfacción del paciente o sus familiares contestada a través de pregunta directa, que tanto se siente satisfecho de la atención?	Eficacia	Cualitativa ordinal	Mucho Regular Poco Nada
Conocer la valoración del personal médico sobre la gestión de triage en la sala de emergencias	Valoración del personal médico que trabaja en la U de Emergencia sobre el triage	Grado de funcionalidad que los médicos de la U de emergencia creen que tiene el sistema triage, a pregunta directa	Eficacia	Cualitativa ordinal	Excelente Bueno Regular Mala Ninguna

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes consultantes a la unidad de emergencias del Hospital Nacional Rosales.
- Pacientes mayores de 12 años de edad.
- Personal Médico, de enfermería y administrativo que labora activamente en la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes de consulta externa que asisten a la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional Rosales.
- Pacientes menores de 12 años de edad.
- Personal Médico, de enfermería y administrativo que no labora activamente en la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales.

FUENTES DE INFORMACION

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron 2 fuentes de información:

1. FUENTE DE INFORMACION PRIMARIA:

Pacientes consultantes a la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales;
Personal médico, de enfermería y administrativo que labora activamente en dicha
Unidad.

2. FUENTE DE INFORMACION SECUNDARIA:

Datos del registro del sistema de “Preselección de Unidad de Emergencias” de la
Unidad organizativa de Calidad del Hospital Nacional Rosales.

TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACION

Se utilizaron las siguientes fuentes de información:

Para la fuente de información primaria se utilizó la Entrevista Estructurada, por medio de un cuestionario a los pacientes sobre la satisfacción de la atención recibida; al recurso humano de la Unidad de Emergencias sobre los conocimientos que tienen acerca del sistema de triage y su valoración del mismo. También se aplicó una matriz de recolección de datos sobre el tiempo de atención de cada paciente consultante.

Para la fuente de información secundaria se aplicó una matriz complementaria sobre tiempos de atención de los pacientes consultantes.

MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS.

Mecanismo de confidencialidad para entrevista:

Se elaboró un documento donde se solicita la participación del personal médico y pacientes consultantes y se comunicó que la información brindada será completamente anónima y confidencial.

Mecanismo de confidencialidad para recolección de datos de la Unidad organizativa de Calidad del Hospital Nacional Rosales:

Se solicitó por escrito a las autoridades encargadas la información requerida para la investigación garantizando su uso exclusivamente académico.

Resguardo de los datos:

Los protocolos de entrevista completados y matrices de tiempo serán resguardados por el investigador por un periodo de dos años después de los cuales serán destruidos.

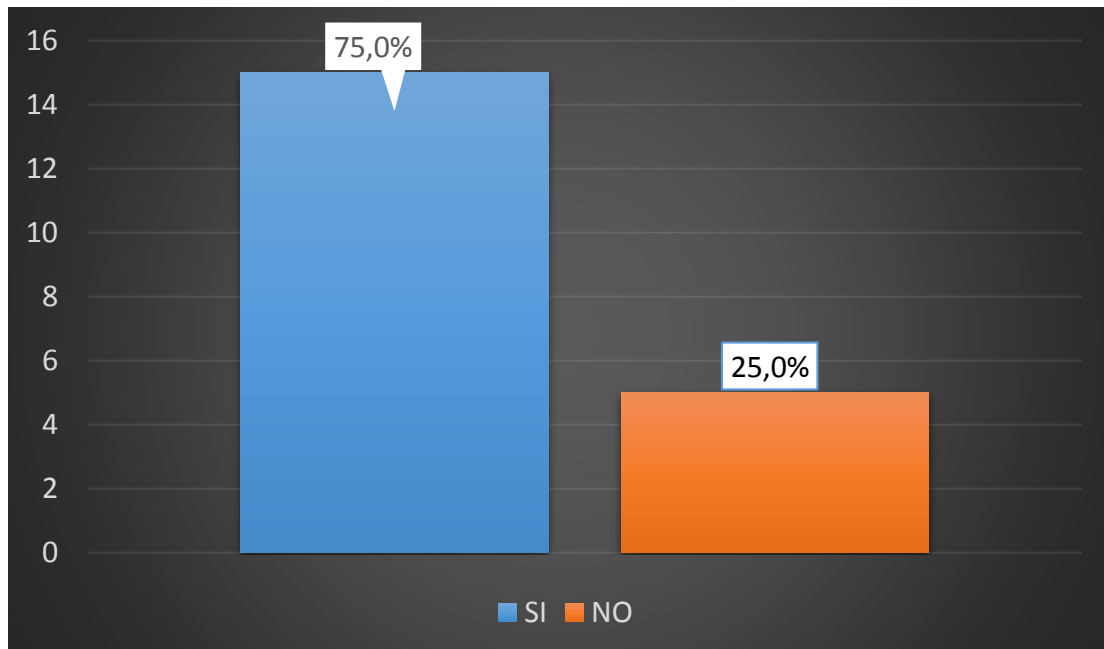
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION

Al inicio se obtuvieron los datos por medio de la entrevista estructurada y del llenado de la matriz de tiempos de atención, posteriormente se realizó el análisis de los datos obtenidos.

Los resultados obtenidos fueron presentados a través de un análisis estadístico descriptivo. Los datos numéricos que se obtuvieron fueron procesados a través de tablas de distribución de frecuencias en los programas de Microsoft Word y Excel. Posteriormente se realizó el análisis de los resultados con la presentación de tablas y gráficos representativos.

VI. RESULTADOS

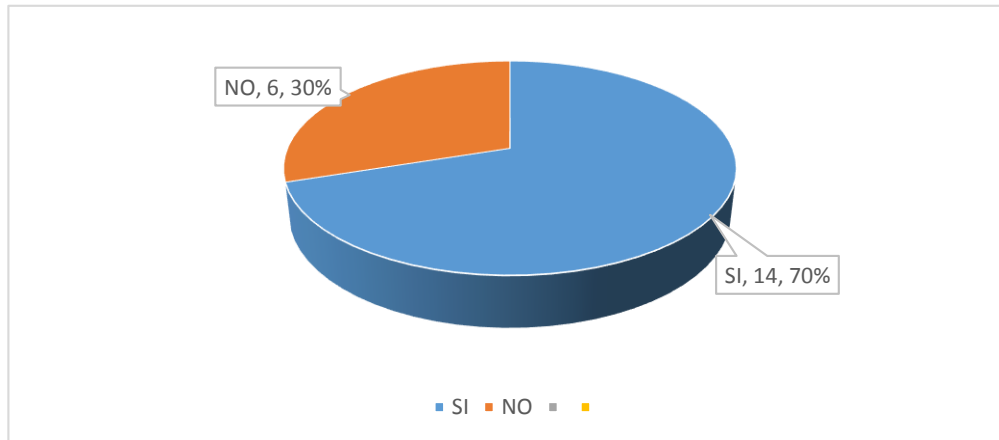
GRAFICA 1. ¿Conoce el sistema de triage implementado en esta unidad de emergencias?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

Como puede verse en la gráfica, el 75% del personal laborando en la unidad de emergencias conoce el sistema triage implementado en el hospital versus solo el 25% que desconoce su funcionamiento interno.

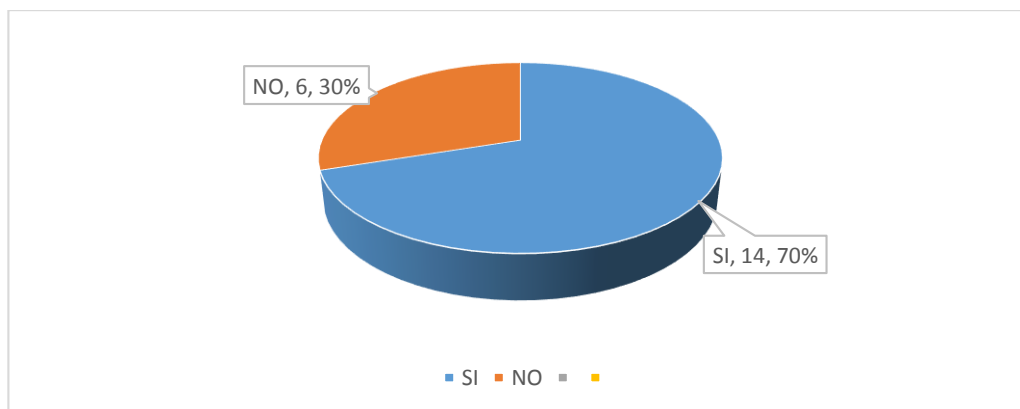
GRAFICA 2. ¿Conoce cuáles son las escalas según la gravedad de los pacientes en la clasificación?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

En esta grafica vemos como solo el 70% de sujetos entrevistados conoce la clasificación según condición clínica del paciente consultante. Teniendo en cuenta que dentro de la unidad de emergencias todo personal debe estar actualizado con las normas respectivas.

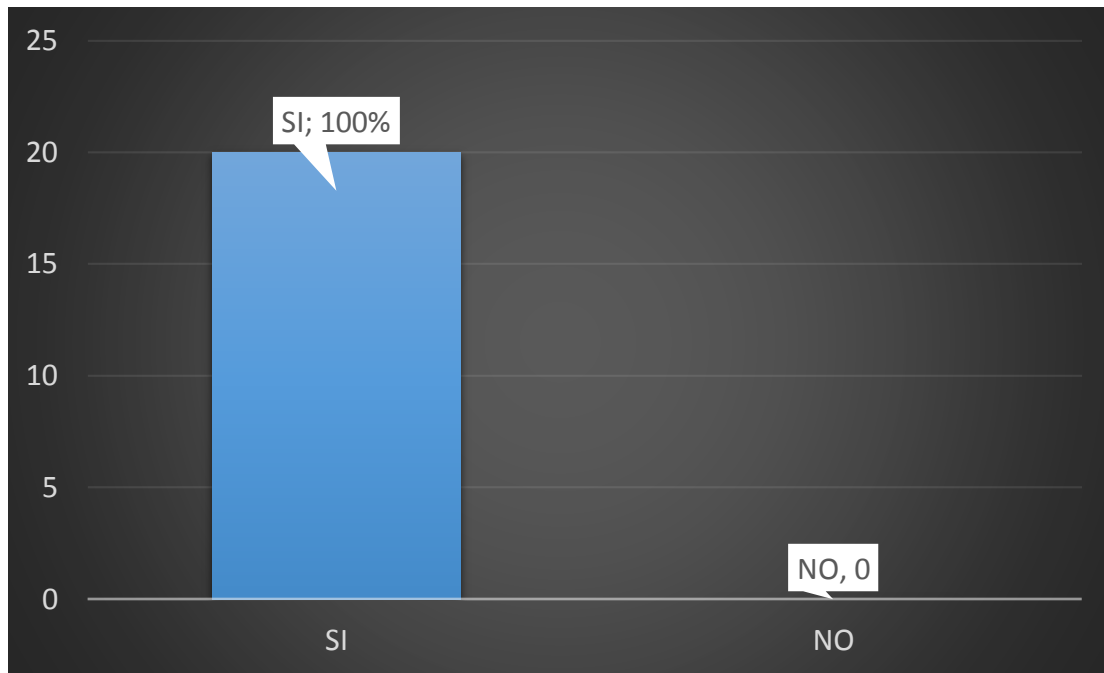
GRAFICA 3. ¿Conoce cuál es el flujo de los pacientes dentro de la Unidad de Emergencias según su escala de gravedad?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

Nuevamente se repite el porcentaje de personal laboralmente activo que conoce cuales son los flujos de atención con el 70% de los consultados.

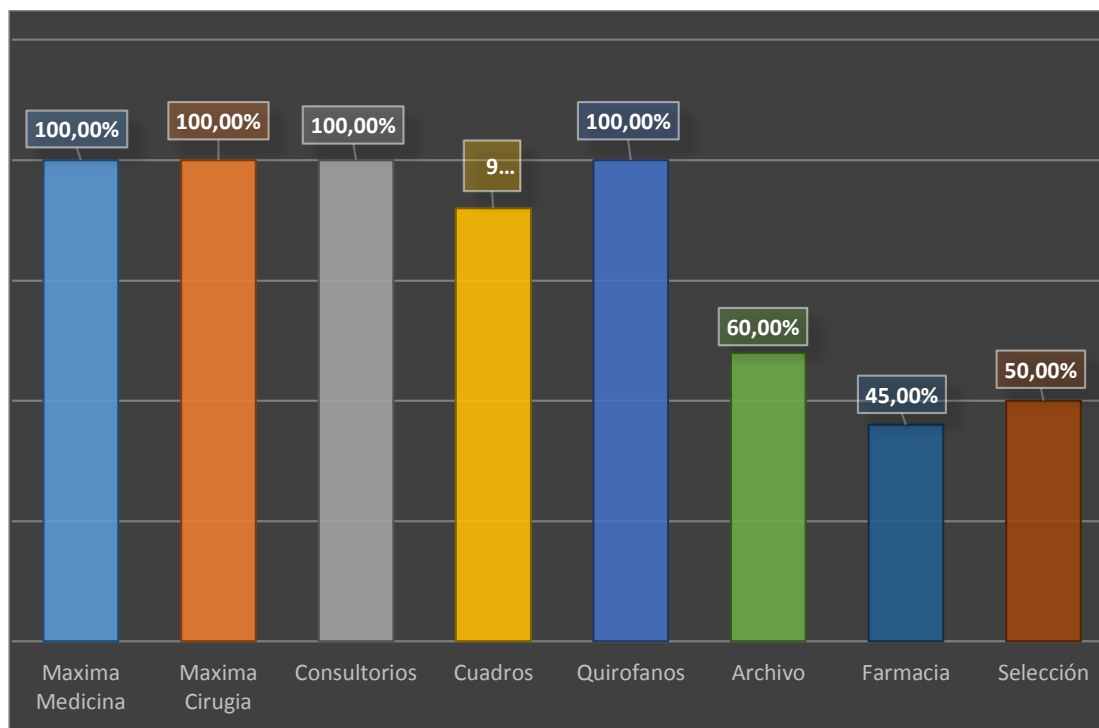
GRAFICA 4. ¿Conoce las áreas específicas de atención dentro de la unidad de emergencias?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

Al hacer la pregunta cerrada si conocen las áreas de atención (sin especificar cuáles eran) el 100% de los entrevistados respondieron que si conocían las áreas respectivas.

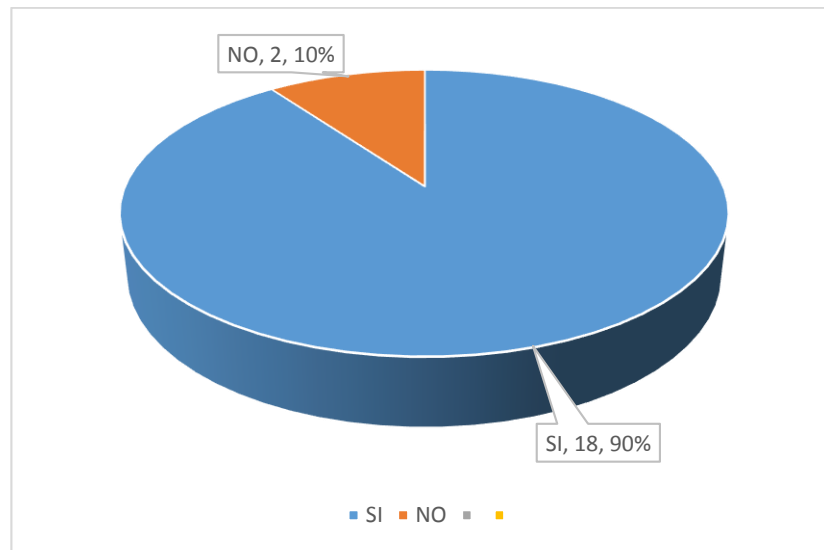
GRAFICA 5. ¿De las áreas de atención que conoce, cuáles puede mencionar?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

En la pregunta abierta acerca de las áreas de atención conocidas por los entrevistados el 100% de ellos mencionó a áreas como Máxima medicina, Máxima cirugía, Consultorios y Quirófanos. El 90% de entrevistados mencionó el área de Cuadros. En comparación de porcentajes del 60%, 50% y 45% para las áreas de Archivo, Selección y Farmacia respectivamente. Teniendo en cuenta que por ejemplo en el área de Selección inicia la ruta del paciente dentro de la unidad de emergencias.

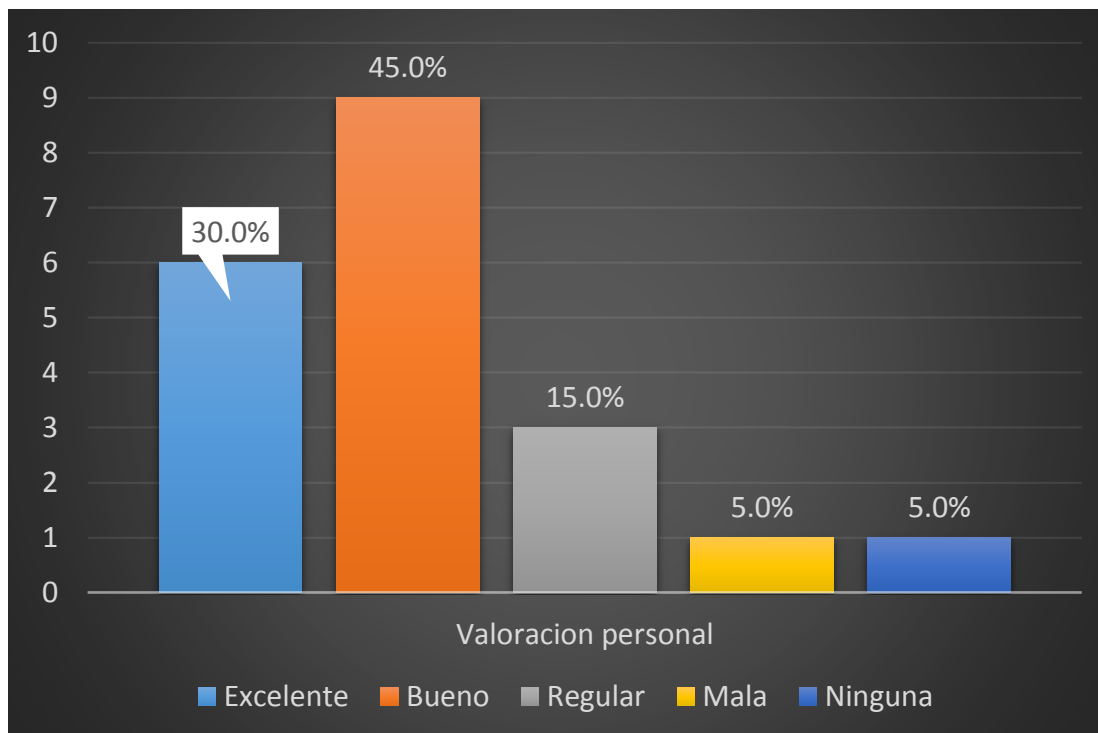
GRAFICA 6. ¿Conoce sus funciones profesionales específicas dentro del sistema de triage de la unidad de emergencias?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

Dentro del área de emergencias es crítico saber el papel que desempeña cada profesional. Al realizar la pregunta de que si conocían sus funciones específicas el 90% del personal contestó satisfactoriamente.

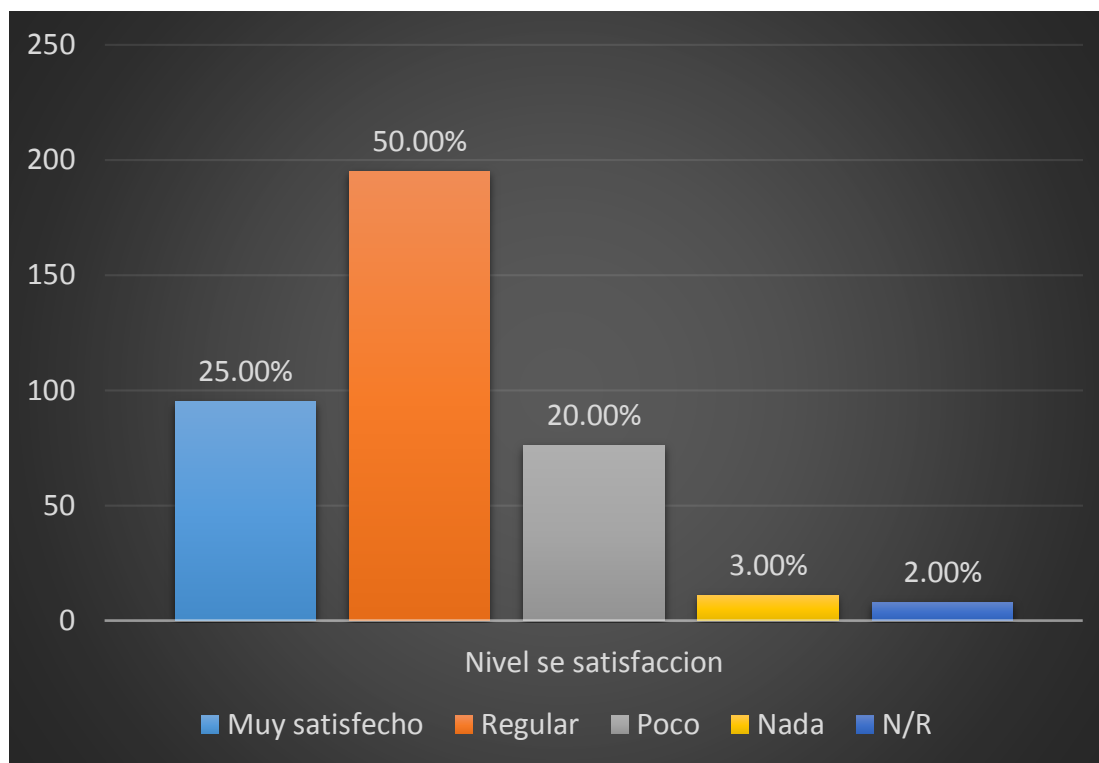
GRAFICA 7. ¿Cuál es su valoración personal con respecto al sistema de triage que cuenta la unidad de emergencias?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

La interrogante acerca la valoración personal del sistema de triage podemos decir que tiene valoraciones positivas en su desarrollo con el 45% que opinan que es “bueno”; un 30% que opina que es excelente. Mientras que las opiniones negativas alcanzan un 25%.

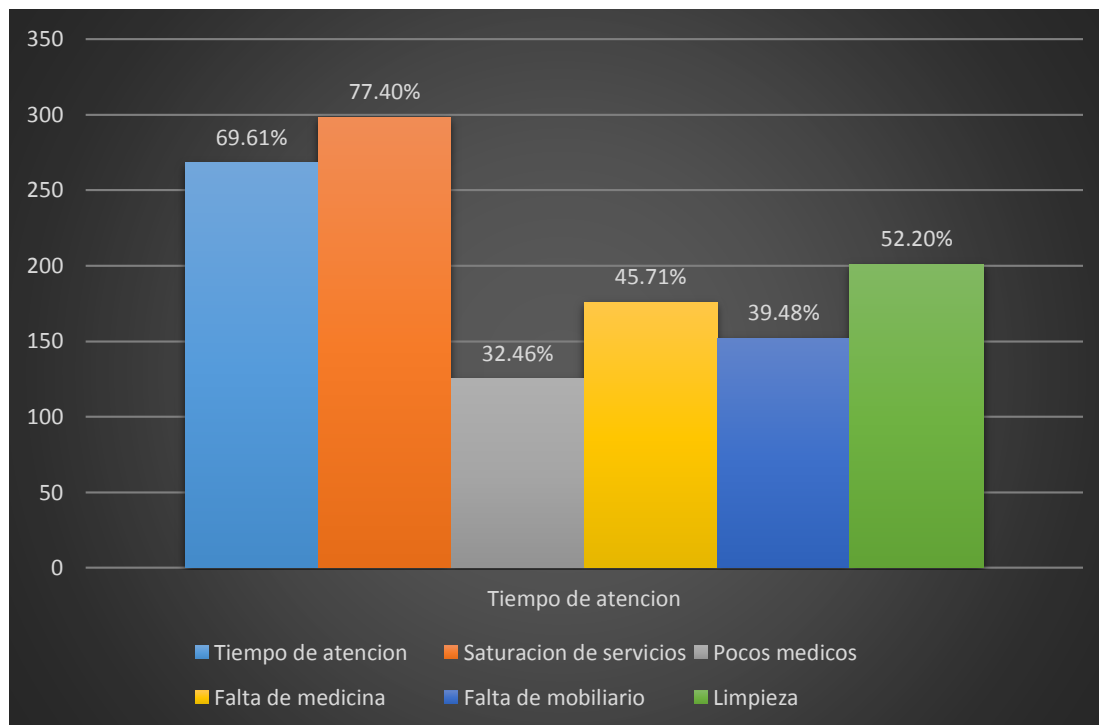
GRAFICA 8. ¿En su experiencia personal, que tan satisfecho se siente con la atención brindada?



FUENTE: Instrumento a los pacientes consultantes de la unidad de emergencias

Al cuestionar a los usuarios de la unidad de emergencias vemos como el 50% de los entrevistados opina que esta “regularmente satisfecho” con los servicios recibidos seguidos de solo un 25% de pacientes que opinan sentirse “muy satisfechas”

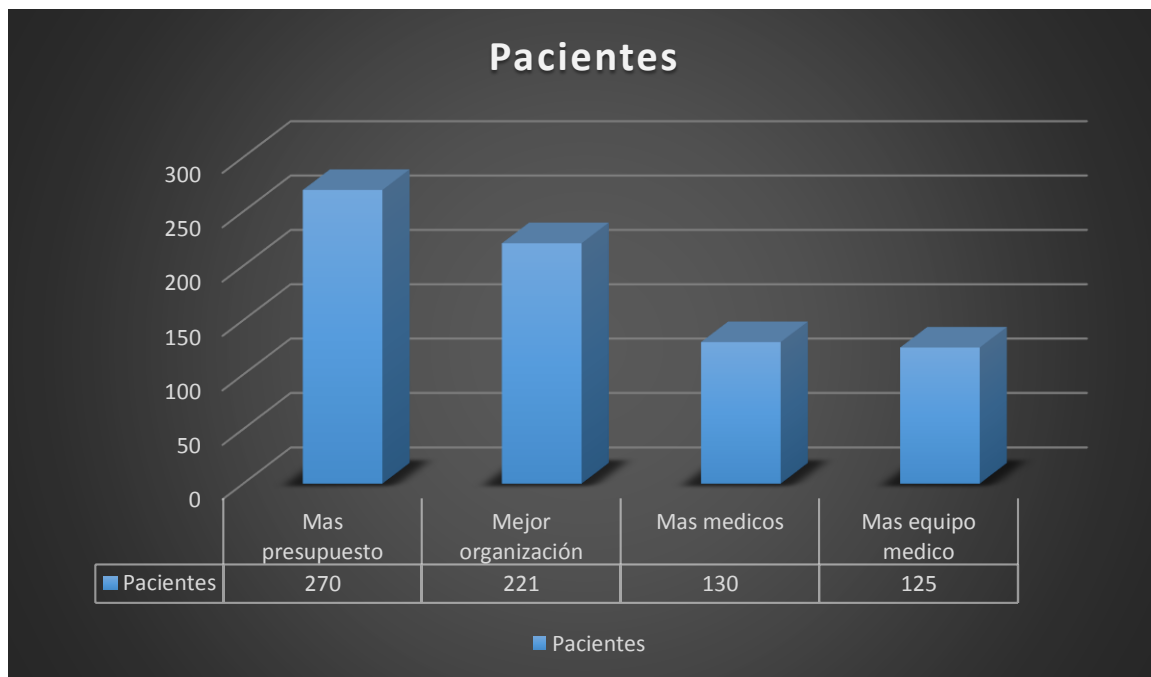
GRAFICA 9. ¿Cuál cree usted que es el mayor problema que tuvo en su estancia en la unidad de emergencias?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

En la interrogante con respuestas abiertas acerca de cuál creía que fuera el mayor problema durante su estancia en la unidad de emergencias el 77.40% de pacientes respondieron que la saturación de servicios era su queja principal; seguidas de 69.61% que opinaron que el tiempo de atención prolongado fue su mayor problema. Seguido de problemas de limpieza con 52.20% un dato similar tiene la Falta de medicina 45.71% seguido con falta de mobiliario y bajo número de médicos trabajando, con el 39.48% y 32.46% respectivamente.

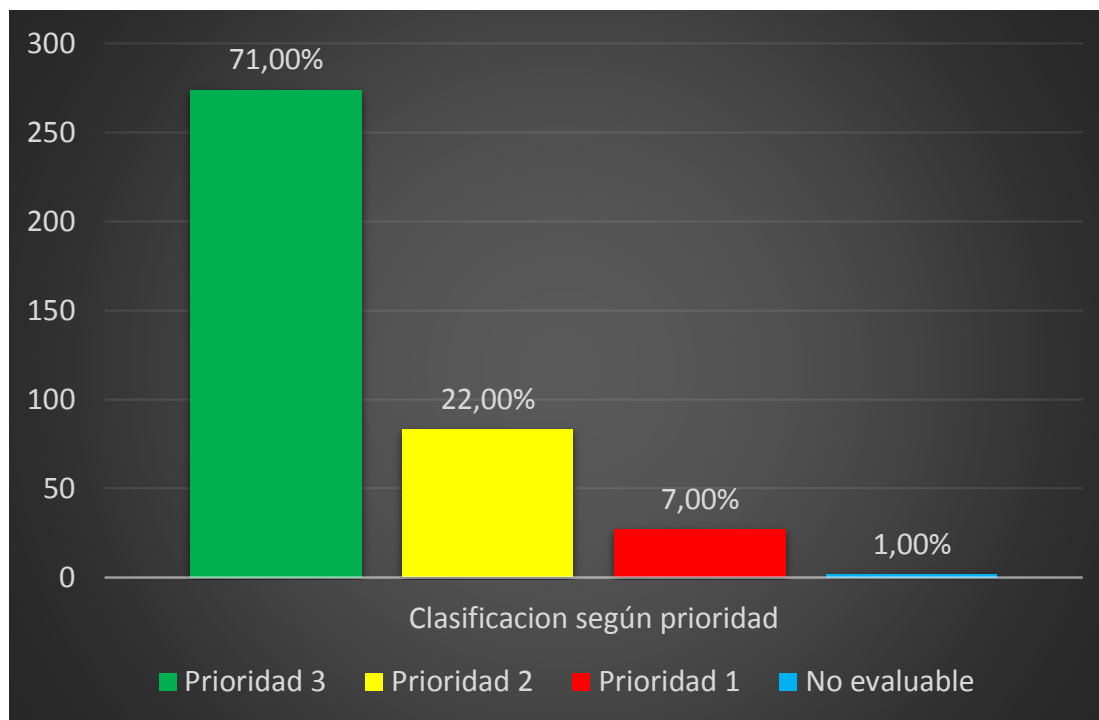
GRAFICA 10. ¿Qué sugerencias podría brindar para mejorar el servicio brindado a los pacientes?



FUENTE: Instrumento al recurso humano de la unidad de emergencias

Para los pacientes consultados el 70.12% tiene opinión que lo que mejoraría los servicios obtenidos es un mayor presupuesto. La falta desorganización representa el 57.40% del total de respuestas obtenidas. Seguidas del 33.76% y 32.46% de opiniones sobre mas médicos y más equipo médico respectivamente.

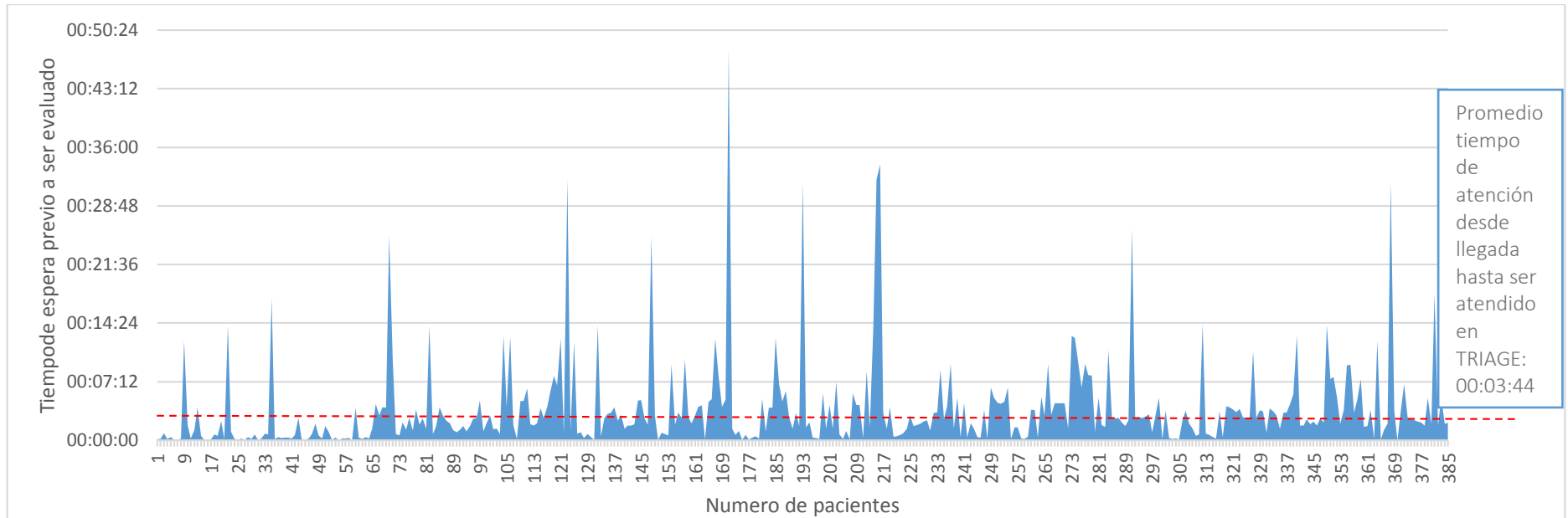
Grafico 11. Clasificación de pacientes según su nivel de prioridad:



FUENTE: Matriz de tiempos de atención

Del total de pacientes a quienes se les dio seguimiento, el 71% de ellos fue clasificado como prioridad 3. El 22% correspondió a prioridad 2 y solo un 7% fueron Prioridad 1. Posiblemente la saturación de los servicios brindados en la unidad de emergencia pudiera disolverse si esos pacientes prioridad 3 hubiesen consultado a instituciones periféricas para solventar sus dolencias de salud.

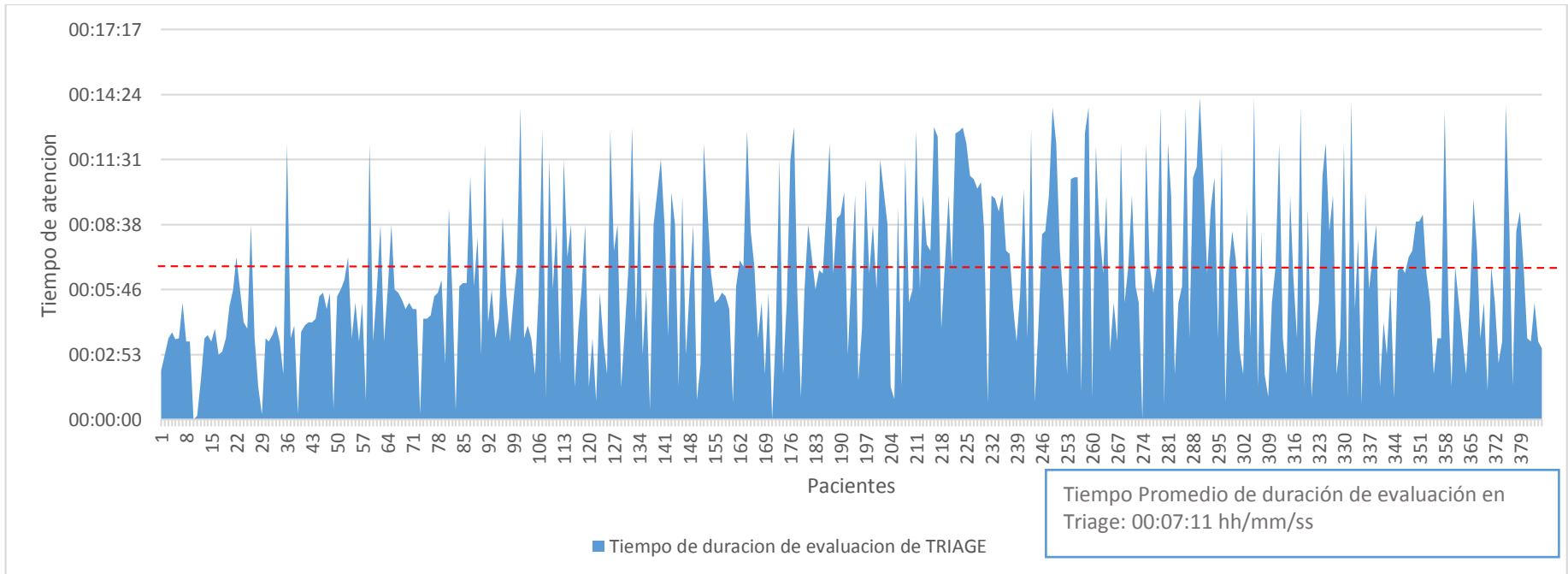
Grafico 12. Promedio de tiempo de atención de pacientes previo a ser atendidos en triage:



FUENTE: Matriz de tiempos de atención

En esta grafica podemos observar el comportamiento que tuvieron los diferentes pacientes en el momento previo a ser atendidos en la unidad de Triage. Hubo un promedio de tiempo para ser atendido de 00:03:44 hh/mm/ss , El cual se vio afectado por pacientes quienes tuvieron que esperar hasta 40 min para ser atendidos y son los exabruptos representados en la gráfica que a pesar que con esporádicos, inciden en el promedio final.

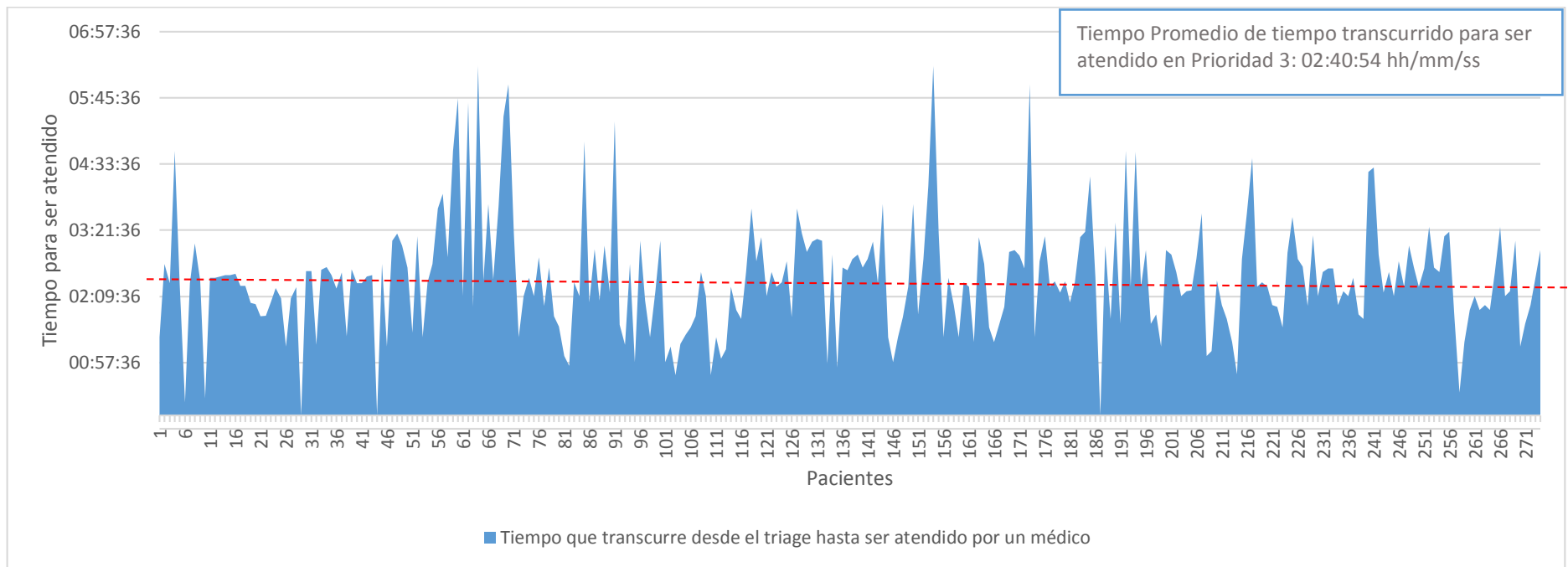
Grafico 13: Tiempo promedio de duración de evaluación en triage:



FUENTE: Matriz de tiempos de atención

En esta grafica podemos ver el comportamiento del tiempo de atención durante el Triage en cada paciente. Hubo un tiempo promedio de evaluación de 00:07:11 hh/mm/ss. por paciente.

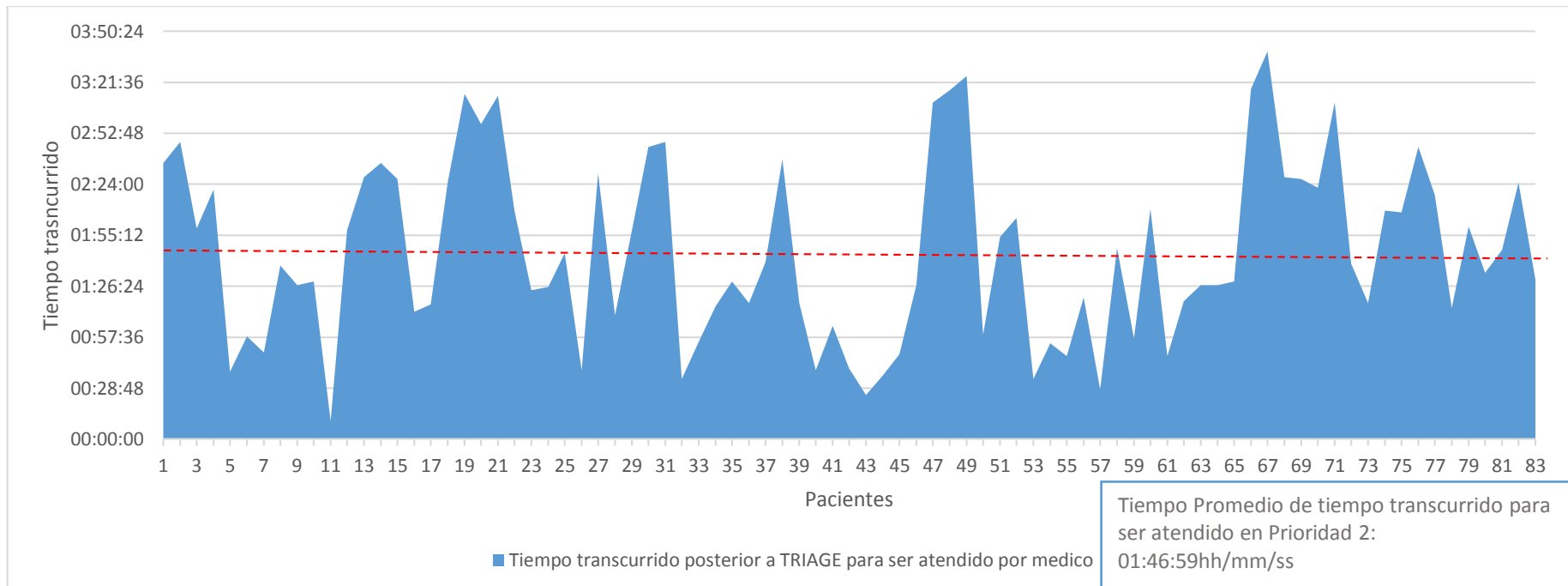
Grafico 14: Tiempo que transcurre desde el triage hasta ser atendido por un médico para pacientes con Prioridad 3



FUENTE: Matriz de tiempos de atención

En esta grafica se representan los tiempos transcurridos para ser atendido por un médico teniendo un nivel de Prioridad 3, el cual fue de 2 horas con 40 minutos y 54 segundos. Un tiempo bastante aceptable teniendo en cuenta que según los lineamientos nacionales no emite un tiempo mínimo para recibir atención medica.

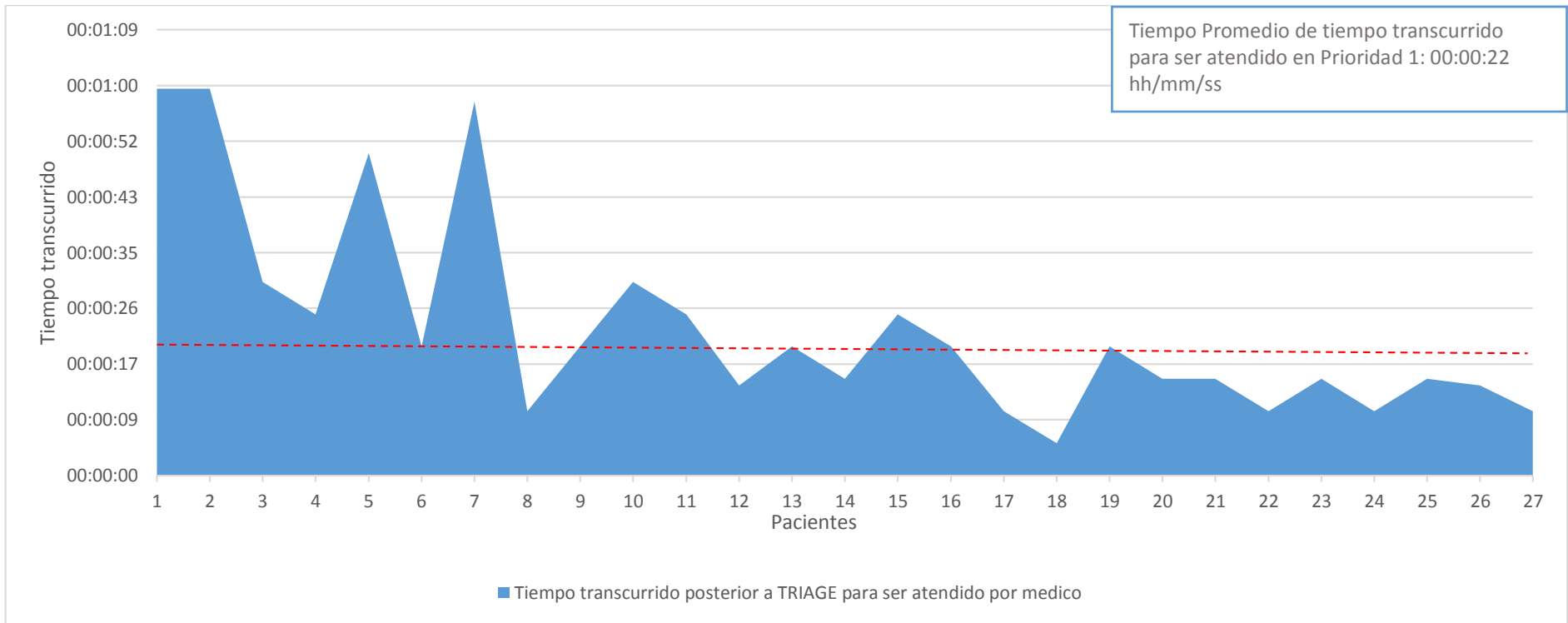
Grafico 15: Tiempo que transcurre desde el triage hasta ser atendido por un médico para pacientes con Prioridad 2



FUENTE: Matriz de tiempos de atención

La grafica en cuestión representa los tiempos obtenidos de cada paciente desde que fueron evaluados en triage hasta ser visto por un médico cuando tienen Prioridad 2, con un tiempo promedio de 1 hora con 46 minutos y 59 segundos. En este punto muestra una eficiencia en cuanto los tiempos de atención ya que el límite es de 2 horas.

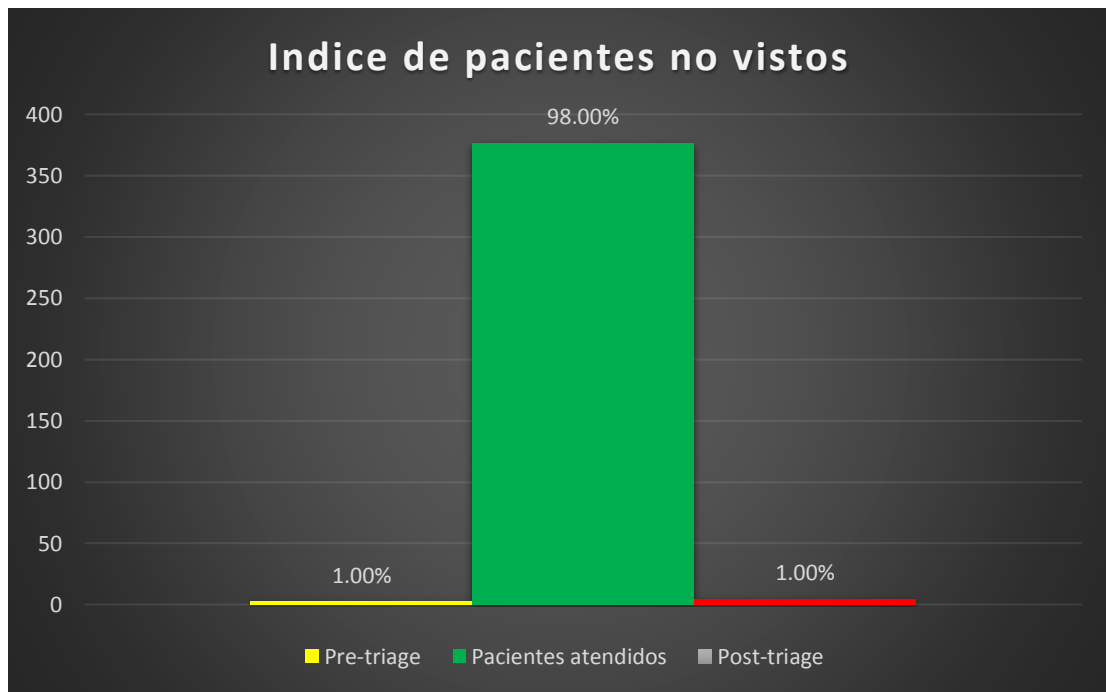
Grafico 16: Tiempo que transcurre desde el triage hasta ser atendido por un médico para pacientes con Prioridad 1



FUENTE: Matriz de tiempos de atención

En la gráfica se demuestran los tiempos de atención posterior a la evaluación por triage hasta que es visto por un médico. Vemos que el promedio de tiempo fue de 22 segundos. La atención es casi inmediata teniendo en cuenta la gravedad del paciente, así como la distancia que existe entre el triage y las áreas de Máxima Urgencia.

Grafica 17: Índice de pacientes perdidos sin ser vistos por médico antes y después del triage



FUENTE: Matriz de tiempos de atención

La gráfica representa el índice de pacientes no vistos por médicos. Hubo un 1% de pacientes que se retiraron previo a ser evaluados en el Triage y otro 1% a posterior a ser visto por un médico. Ambos suman el 2% de índice de pacientes no vistos, lo cual es el máximo permitido para los sistemas de triage.

VII. DISCUSION

De forma global, al evaluar el protocolo de intervención, selección y clasificación de pacientes consultantes al Hospital Nacional Rosales, se pudo comprobar que el 75% de personal que labora de manera activa dentro de la unidad de emergencias conocía el sistema implementado por lo que garantizaba en la mayor parte de las veces, el óptimo desempeño. Se pudo correlacionar con el 70% del personal que conocía el sistema no solo de manera general sino las particularidades que este tiene; sus clasificaciones y los flujos que deben de respetarse.

Las áreas que con más frecuencia son utilizadas por el personal de salud fueron las mayormente mencionadas en el estudio en contra posición con aquellas que son de uso exclusivo casi del paciente como Archivo, Farmacia y Selección. la valoración que tiene el personal de salud trabajando en el área de emergencias en términos generales positiva ya que el 45% opina que es “buena” y un 30% que es “excelente” mientras que las opiniones negativas alcanzan un 25% del total.

Caso contrario pasa con la percepción de los pacientes a su experiencia dentro de la unidad de emergencias ya que el 50% de ellos demuestra un nivel Regular de satisfacción; un 25% de opiniones negativas en cuanto a su experiencia y solo un 25% dijeron que estaban muy satisfechos. En la interrogante con respuestas abiertas acerca de cuál creía que fuera el mayor problema durante su estancia en la unidad de emergencias el 77.40% de pacientes respondieron que la Saturación de Servicios era su queja principal; seguidas de 69.61% que opinaron que el tiempo de atención prolongado fue su mayor problema. Seguido de problemas de limpieza con 52.20%

un dato similar tiene la Falta de medicina 45.71% seguido con falta de mobiliario y bajo número de médicos trabajando, con el 39.48% y 32.46% respectivamente.

Las sugerencias que brindaron los pacientes para un mejor servicio se agruparon en cuatro categorías, el 70.12% opina que necesita un mayor presupuesto, el 57.40% de los pacientes encuestados opino que la falta de organización es uno de los principales problemas seguidas del 33.76% y 32.46% de opiniones sobre mas médicos y más equipo médico respectivamente.

En cuanto a la clasificación de pacientes según su nivel de prioridad se evidenció que el 71% del total de la muestra correspondieron a pacientes con prioridad 3, lo que demuestra que los niveles inferiores en el sistema nacional de salud están fallando ya que estos pacientes no consultan a sus niveles de complejidad correspondientes y recaen en la responsabilidad del hospital de máxima referencia del país. Solo el 22% de pacientes correspondieron a prioridad 2 y un 7% de prioridad 1.

Se verificó el comportamiento que tuvieron los diferentes pacientes en el momento previo a ser atendidos en la unidad de Triage. Hubo un promedio de tiempo para ser atendido de 00:03:44 hh/mm/ss, el cual se vio afectado por pacientes quienes tuvieron que esperar hasta 40 min para ser atendidos y son los exabruptos representados en la gráfica que a pesar que, son esporádicos, inciden en el promedio final. A pesar que las normas de calidad existentes dan un tiempo máximo de tiempo para poder ser evaluado de 10 min. El tiempo de atención durante el Triage en cada paciente fue en promedio de 7 minutos con 11 segundos, fue un tiempo superior a lo esperado como tiempo máximo de 5 minutos por paciente.

Se evaluó el tiempo que transcurre desde el triage hasta ser atendido por un médico para pacientes con prioridad 3 y se demostró que el tiempo promedio de espera fue de 2 horas con 40 min y 54 segundos. Un tiempo bastante cercano el que dicen los lineamientos de 2 horas como mínimo para ser atendido con ese nivel de prioridad.

Con pacientes que tenían prioridad 2, hubo un tiempo promedio de 1 hora con 46 minutos y 59 segundos para ser atendido por un médico, tiempo menor al máximo esperado para esta categoría que es de 2 horas.

Los pacientes con prioridad 1 que fueron evaluados en triage hasta ser visto por un médico obtuvieron un tiempo promedio de atención de 22 segundos. Tiempo muy inferior al rango máximo de 10 minutos que existe bajo esta clasificación. La cercanía con los servicios de choque y la presencia de un médico permanentemente en estas unidades colaboro para tiempos de atención muy reducidos.

Hubo un 1% de pacientes que se retiraron previo a ser evaluados en el Triage y otro 1% a posterior a ser visto por un médico, esto cumple con el índice de pacientes fugados máximo permitido que es <2%. los factores que pudieron causar estas fugas son los tiempos de atención principalmente, a pesar que en promedio los tiempos están bajo el límite máximo permitido, sigue habiendo tiempos prolongados para muchos pacientes, aunque son esporádicos, así como lo demostraron las gráficas presentadas.

La gestión óptima de los servicios de salud, orientados a la eficiencia con calidad, requiere de metodologías y herramientas que den respuesta a las necesidades de los gerentes en su misión de mejorar el estado de salud de la población a la que sirven.

El triage en las salas de emergencias, es un proceso que permite la gestión del riesgo clínico para poder priorizar y manejar de la manera más adecuada el flujo continuo de pacientes que consultan por diferentes condiciones médicas y, sobre todo, cuando estas atenciones superan la mayor de las veces las capacidades físicas, de recursos económicos y humanos en una sala de emergencias. Razón por la cual es necesario clasificar a los pacientes según su condición médica para la optimización de recursos y el beneficio de salud de aquellos más graves.

En este estudio pudimos evidenciar las percepciones que tiene el personal de salud, así como las que tienen los pacientes consultantes, las cuales chocan en sus opiniones favorables y desfavorables. también se puede hacer un punto de reflexión que el porcentaje de pacientes no graves fue por mucho, muy superior a los pacientes más comprometidos.

Se puede destacar que los tiempos de atención a los pacientes previo y posterior a ser evaluados en el triage cumplen con las normativas establecidas, no así los tiempos de evaluación durante el triage.

VIII. CONCLUSIONES

- Según el objetivo principal se evaluó el protocolo del sistema de triage que esta implementado en la unidad de emergencias del Hospital Nacional Rosales y se determinó que los tiempos de atención en su gran mayoría cumplen los rangos permitidos.
- Se identificó que los pacientes que tienen menor riesgo vital son los que más congestionan el área de emergencias.
- Se identificó el grado de conocimiento del personal que labora dentro de la unidad de emergencias la cual es en su mayoría conocedora del sistema y conoce su función dentro del mismo.
- Se determinó que la percepción de satisfacción de los pacientes fue en mayoría regular o desfavorable.
- La percepción de satisfacción de parte de los ejecutores del sistema triage es muy positiva.

IX. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Ministerio de Salud la socialización del sistema de triage a todo su personal médico y no médico para lograr la totalidad de comprensión y conocimiento de dicho sistema.
- Se recomienda al Ministerio de Salud un mayor presupuesto financiero para lograr cubrir las necesidades en espacio, equipo y personal que tiene el Hospital Nacional Rosales.
- Se recomienda al Ministerio de Salud la socialización de las diferentes opciones que tienen los pacientes para consultar y así evitar la sobresaturación de los servicios dentro del Hospital Nacional Rosales.
- Se recomienda a la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales, seguir trabajando en la reducción de tiempos de atención para una mayor satisfacción de los pacientes.
- Se recomienda a la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales, profundizar en el análisis del sistema triage para una mejor comprensión de los puntos positivos y las oportunidades de mejoras que podrían surgir.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Pérez WS. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Sistema Sanitario de Navarra. 2010; 33.
2. Fernández- Durán. NdA. Evaluación del impacto tras la implantación del Triage de adulto gestionado por enfermería de urgencias. XIII Encuentro Internacional de Investigación de Enfermería. 2009 Noviembre.
3. Benavette RS. Sistema de triaje en urgencias generales. Universidad Internacional de Andalucía; 2013.
4. Larrey DJ. L’Hommage des invalides Francia; 1792.
5. Jimenez JG. Manual para la implementacion de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Primera ed. OMS , editor. Washington: Organizacion Panamericana de La Salud; 2010.
6. Jimenez JG. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias. 2016; 18.
7. Galban LV. Triage en urgencias hospitalarias. Universidad de La Coruña; 2014.
8. MINSAL. LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA REALIZAR EL TRIAGE EN HOSPITALES DE LA RIISS. 1st ed. San Salvador: Ministerio de Salud; 2012.
9. Salud OMdL. www.who.int. [Online].; 2017 [cited 2017 Marzo 18. Available from: http://who.int/hac/donorinfo/g3_contributions/es/.
10. Josep Jimenez BOBC. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). emergencias. 2006; 18.
11. Fernandez M. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 2009; 21.
12. Rancaño-Garcia I. Triage en los servicios de urgencia de atención primaria.

SEMERGEN. 2013 Feb; 39.

13. CAEP. Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). Canadian ED Triage & Acuity Scale. 1998 noviembre.
14. Nicki Gilboy PTDTAMR. Emergency Severity Index (ESI) ATriageTool for Emergency Department Care Quality AfHRA, editor. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.
15. Chih-Hsien Chi CMH. Utilization, Comparison of the Emergency Severity Index (ESI) and the Taiwan Triage System in Predicting Resource. Elsevier & Formosan Medical Association. 2006 Jun; 105(8).

XI. ANEXOS

INSTRUMENTO N°1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA

AL RECURSO HUMANO DE LA UNIDAD DE EMERGENCIAS:



1. ¿Conoce el sistema de triage implementado en esta unidad de emergencias?
Sí No
2. ¿Conoce cuáles son las escalas según la gravedad de los pacientes?
Sí No
3. ¿Conoce cuál es el flujo de los pacientes dentro de la unidad de emergencias según su escala de gravedad?
Sí No
4. ¿Conoce las áreas específicas de atención dentro de la unidad de emergencias?
Sí No
5. ¿De las áreas de atención que conoce, cuales puede mencionar?
(respuesta abierta)
6. ¿Conoce sus funciones profesionales específicas dentro del sistema de triage de la unidad de emergencias?
SI No
7. ¿Cuáles es su valoración personal con respecto al sistema de triage con el que cuenta la unidad de emergencias?
Excelente Bueno Regular Mala Ninguna

INSTRUMENTO N°2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA

A LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE EMERGENCIAS:



1. ¿En su experiencia personal, que tan satisfecho se siente con la atención brindada?
Mucho Regular Poco Nada
2. ¿Cuál cree usted que es el mayor problema que tuvo en su estancia en la unidad de emergencias?
(pregunta abierta)
3. ¿Qué sugerencias podría brindar para mejorar el servicio brindado a los pacientes?
(pregunta abierta)

INSTRUMENTO N°3
MATRIZ DE TIEMPOS DE ATENCION

Paciente N°	Tiempo de atención desde llegada a u/e hasta ser visto en Triage	Tiempo de duración de evaluación en Triage	Clasificación según gravedad	Tiempo transcurrido posterior a Triage para ser atendido por medico	Paciente se retira sin ser visto por Triage	Paciente se retira después del triage sin ser visto por medico

TOTAL PACIENTES	PROMEDIO DE TIEMPO	PROMEDIO DE TIEMPO		PROMEDIO DE TIEMPO	NUMERO DE PACIENTES SIN SER VISTOS PREVIO TRIAGE	NUMERO DE PACIENTES SIN SER VISTOS POR MEDICO POSTERIOR A TRIAGE

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



Consentimiento Informado

Fecha: _____

Hora: _____

Por este medio yo (nombre del paciente) _____ con numero de DUI _____, acepto las preguntas realizadas por el investigador acerca del estudio EVALUACION DEL PROTOCOLO DE INTERVENCION, SELECCIÓN Y CLASIFICACION (TRIAGE) DE PACIENTES CONSULTANTES EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES EN EL PERIODO DE MARZO A AGOSTO DEL AÑO 2017. Así mismo acepto el seguimiento de mi proceso de estancia en la unidad de emergencias a fin de conocer los tiempos de atención de mi persona por el personal médico.

Firma: _____