

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**



**Conocimiento del personal de salud y percepción de la atención de los pacientes sobre el sistema de intervención, selección y clasificación (TRIAGE) en las unidades comunitarias de salud familiar Santa Rosa de Lima, Las Marías y Candelaria Cuscatlán durante el periodo de abril-agosto del año 2018.**

**Informe Final Presentado Por:**

Landaverde Ramírez, Marlene Elizabeth

Lara Rodezno, Paola Anell

Romero Álvarez ,Claudia Iliana

**Para Optar al Título de:**

**DOCTOR EN MEDICINA**

**Asesor:**

Dr. Rafael Menéndez Minervini

San Salvador, Septiembre 2018.

# INDICE

I. RESUMEN .....	4
II. INTRODUCCIÓN.....	5
III. OBJETIVOS .....	6
IV. MARCO CONCEPTUAL .....	7
Definición. ....	8
Principios del sistema de triaje .....	9
Objetivos del sistema estructurado de triaje .....	10
Triage como indicador y control de calidad .....	12
¿Quién lleva a cabo el triaje? .....	13
Modelos de sistema de triaje .....	14
Sistema español de triaje (SET) .....	14
Sistema Manchester (MTS).....	17
Sistema de triaje hospitalario de Navarra .....	<b>20</b>
Sistema de triaje en el salvador .....	22
V. METODOLOGIA.....	24
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	24
PERIODO DE INVESTIGACIÓN .....	24
UNIVERSO .....	24
MUESTRA.....	24
FUENTES DE INFORMACION.....	25
TECNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN .....	25
MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS .....	25
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION. ....	26
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	27

VI.	RESULTADOS.....	29
VII.	DISCUSIÓN .....	33
VIII.	CONCLUSIONES.....	36
IX.	RECOMENDACIONES .....	37
X.	BIBLIOGRAFIA.....	38
XI.	ANEXOS.....	39

## 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” (5)

En nuestro país un 80% de la población recibe atención en salud en las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), en primera instancia al ingreso en una unidad de salud no es el médico tratante quien realiza la primera evaluación al paciente y su determinada clasificación, más frecuentemente es realizada por el personal de enfermería (licenciados y técnicos) y ocasionalmente por algún otro miembro del personal como promotores de salud

El triage está establecido por el MINSAL a través de Lineamientos técnicos adaptados principalmente para los hospitales debido a su vital importancia en el funcionamiento de estos centros y desempeñado por personal médico en formación y permanente, sin embargo, en la mayoría de UCSF es implementado por enfermería quienes se encargan de determinar el flujo de pacientes y el orden de atención.

Se puede observar déficit en la atención frecuentemente ya que no todo el personal está capacitado para implementar este sistema de clasificación y esto genera muchas veces la mayor parte de la disconformidad de los usuarios de estos servicios.

Esta investigación se diseñó para determinar el nivel de conocimiento con el que cuenta el personal de salud sobre el sistema de TRIAGE, tomando en cuenta la percepción de la atención brindada a los usuarios en el periodo de abril a agosto del presente año.

Es un estudio tipo descriptivo de corte transversal, con variables de tipo cuantitativas y cualitativas medidas por contacto directo con 102 sujetos de estudio, 60 pacientes y 42 correspondientes a personal de salud.

## II. INTRODUCCIÓN

Triage, es un término francés que se emplea en el ámbito de la medicina para seleccionar o clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia de la atención.

Es un proceso que nos 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. Nos ayuda a proporcionar una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, se convierte en una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

Por lo anterior descrito al ser aplicado adecuadamente en los diferentes niveles de complejidad sanitaria garantizaríamos una mejor calidad de atención de nuestros usuarios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención que es dónde acuden los pacientes en primera instancia.

En la actualidad los sistemas de selección y clasificación son muy variados y en ocasiones, complejos en su aplicación encontrando deficiencias en el personal del primer nivel de salud en cuanto a conocimiento y por consiguiente en la aplicación de estos sistemas.

Por lo que en el presente trabajo exploraremos el conocimiento que posee el personal encargado de llevar a cabo el triage en las unidades comunitarias de salud familiar de Santa Rosa de Lima, Las Marías y Candelaria Cuscatlán así como en el resto del personal de acuerdo a los lineamientos proporcionados por el Ministerio de Salud, utilizando un instrumento que logre cuantificar esta variable.

Y a partir de esta información educar al personal sobre esta temática reforzando las áreas de mayor debilidad, para lograr una mejor aplicación y garantizar una mejor atención a la población en situaciones de urgencia.

### **III. OBJETIVOS**

#### **Objetivo principal:**

Determinar los conocimientos del personal de salud sobre el sistema de intervención, selección y clasificación (TRIAGE) y la percepción de los pacientes sobre la atención que brindan las unidades comunitarias de salud familiar Santa Rosa de Lima, Las Marías y Candelaria Cuscatlán en el periodo de abril-julio 2018.

#### **Objetivos Específicos:**

- Describir el sistema de intervención, selección y clasificación (TRIAGE) empleado en el sistema nacional de salud.
- Describir los diferentes sistemas de intervención, selección y clasificación (TRIAGE) internacionales.
- Determinar el nivel de conocimiento del personal sobre el sistema de intervención, selección y clasificación (TRIAGE).
- Identificar que percepción tienen los pacientes sobre la atención brindada en las UCSF.
- Correlacionar el nivel de conocimiento del personal de salud con la percepción de los pacientes sobre la atención brindada en las UCSF.

#### **IV. MARCO CONCEPTUAL**

El «triage» o «triage» es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles (6).

En nuestro país, la atención urgente se lleva a cabo principalmente desde 3 niveles asistenciales (6):

- Servicios de urgencias hospitalarios de tercer nivel de atención.
- Servicios de emergencias hospitalarios de segundo nivel de atención.
- Servicios de urgencias de atención primaria.

Tanto en los servicios de urgencias hospitalarios como en los servicios de emergencias extrahospitalarios los sistemas de triage están claramente implantados; sin embargo, en los servicios de urgencias de atención primaria este proceso está siendo más lento, en parte por no existir herramientas propias y tener que utilizar sistemas creados para los servicios hospitalarios (6).

La creciente demanda de la atención urgente hace necesario implementar mecanismos que permitan evitar problemas por retrasos en la atención de los pacientes (6).

## Definición.

El «*triage*/clasificación» es un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y, 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 (5).

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 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 (5).

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. Se acepta, en consecuencia, que las funciones del *triage* deben ser (5):

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

Actualmente se reconocen cinco modelos de *triage* estructurado con una amplia implantación (5):

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 Severit 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.

### **Principios del sistema de triage**

Los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de triage estructurado y moderno son (7):

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

♣ Ha de ser un modelo dotado de un programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triaje, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triaje.

♣ Ha de ser un sistema integrado en un modelo de mejora continua de la calidad, con monitorización de indicadores de calidad del triaje, que defina un estándar de motivos de consulta a urgencias y permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.

♣ Se ha de poder integrar en un modelo global de historia clínica electrónica, integradora de la actividad médica y de enfermería, estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa del cuarto de urgencias.

♣ Ha de proponer adaptaciones estructurales y de personal en el cuarto de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de triaje, y formación específica para el personal de triaje.

♣ Ha de ser un sistema de triaje estructurado holístico, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extrahospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

### **Objetivos del sistema estructurado de triaje**

Los objetivos del sistema de triaje estructurado son (7):

♣ 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 extrahospitalaria.

- ♣ 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.

## Triaje como indicador y control de calidad

La disponibilidad de un sistema de *triaje* estructurado en los SHU ha sido considerado como un índice de calidad básico y relevante de la relación riesgo-eficiencia aceptándose que el porcentaje de pacientes dentro de cada nivel de *triaje* es como la «huella digital» del SUH, de tal forma que se puede establecer cuál es el perfil del SHU en función al nivel de urgencia y la intensidad del servicio que se presta (5).

Gómez Jiménez propone cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de *triaje* implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias: (5).

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 (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 *triaje* 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 (5).

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 *triaje* estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros (5):

**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 (5).

### **¿Quién lleva a cabo el triage?**

Dado que el *traje* no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia interobservador hallada en las diferentes escalas ha resultado muy satisfactoria, el *traje* es reivindicado desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad. Hay, sin embargo, sistemas que defienden que debe ser un médico experimentado de urgencias el encargado de realizarlo (sistema donostiarra de *traje*) (5).

Actualmente es el personal de enfermería el que con más frecuencia lo realiza, con o sin ayuda del facultativo. En este sentido algunos estudios concluyen que el *traje* de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el *traje* de enfermería aislado sobre todo para los casos de alta urgencia y complejidad. No obstante, otros modelos definen el «*traje* 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 preestablecidas.

## Modelos de sistema de triage

Se describe de manera esquemática las características de los dos sistemas de *triage* con mayor implantación en España, el SET y el MTS y, a continuación, el sistema que se ha elaborado para la red pública de hospitales de Navarra adaptado a partir de los dos primeros (3).

### Sistema español de triaje (SET)

Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en junio de 2000, en el Hospital *NostraSenyora de Meritxell* de Andorra, un nuevo sistema de *triage* estructurado denominado «*ModelAndorrá 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 con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico. Sus principios fundamentales son (3):

- *Triage* de 5 niveles normalizado, con un programa informático de gestión del *triage* y otro de ayuda a la decisión clínica en el *triage* (PAT).
- Modelo de *triage* de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un sistema de mejora continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el *triage*.
- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

En 2003 fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de *triaje* en castellano para todo el territorio español y se denominó «Sistema Español de *triaje*» (SET) (3).

En la tabla 1 se muestran las asociaciones previstas entre escalas, nivel de gravedad y tiempo de atención y en la tabla 2 el percentil de cumplimiento marginal que incluye los pacientes que han quedado fuera del primer tiempo de atención y que marca el SET y que deben ser visitados en un tiempo determinado para cada nivel de *triaje* (3).

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

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

SET: Sistema español de *triaje*

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

Nivel	Percentil cumplimiento Percentil cumplimiento marginal	Tiempo de atención Tiempo de atención
I	100%	7 minutos
II	95%	inmediato enfermería / médicos 15 minutos
II	100%	7 minutos enfermería / médicos 20 minutos
III	85%	20 minutos
III	90%	30 minutos
III	100%	45 minutos
IV	85%	60 minutos
IV	100%	120 minutos
V	80%	120 minutos
V	100%	240 minutos

## **Categorías sintomáticas**

Son un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente y que permiten clasificarlo dentro de una misma categoría clínica.

## **Discriminantes y escalas de gravedad**

Un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de *triaje*. 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 (5).

## **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 (5).

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 (5).

## Calidad y monitorización

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

### Sistema Manchester (MTS)

El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994 y sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos (2):

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

Se estableció un sistema de clasificación de 5 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» (Tabla 3) (2).

**Tabla 3.** Niveles de clasificación de la MTS.

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

MTS: Manchester System *Triage*

## **Análisis del MTS**

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes. 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 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención (Tabla 3).

El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza discriminadores dispuestos en forma de diagramas para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas (5).

Los discriminadores generales son: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución) y se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación.

El método es coherente en sus planteamientos ya que los síntomas guía pueden conducir a más de un diagrama de presentación clínica. Así, un paciente que no se encuentra bien con el cuello rígido y dolor de cabeza tendrá la misma prioridad si el profesional utiliza los diagramas de «adulto con mal estado general», «dolor de cuello» o «dolor de cabeza». En la figura 1 se representa un diagrama de flujo de los discriminadores generales y de uno de los 52 motivos de consulta (5).

Tampoco hace ninguna suposición sobre el diagnóstico y puede ser desarrollado por cualquier enfermero o enfermera independientemente de su grado de experiencia. Como requisito imprescindible se exige haber superado la formación inicial necesaria.

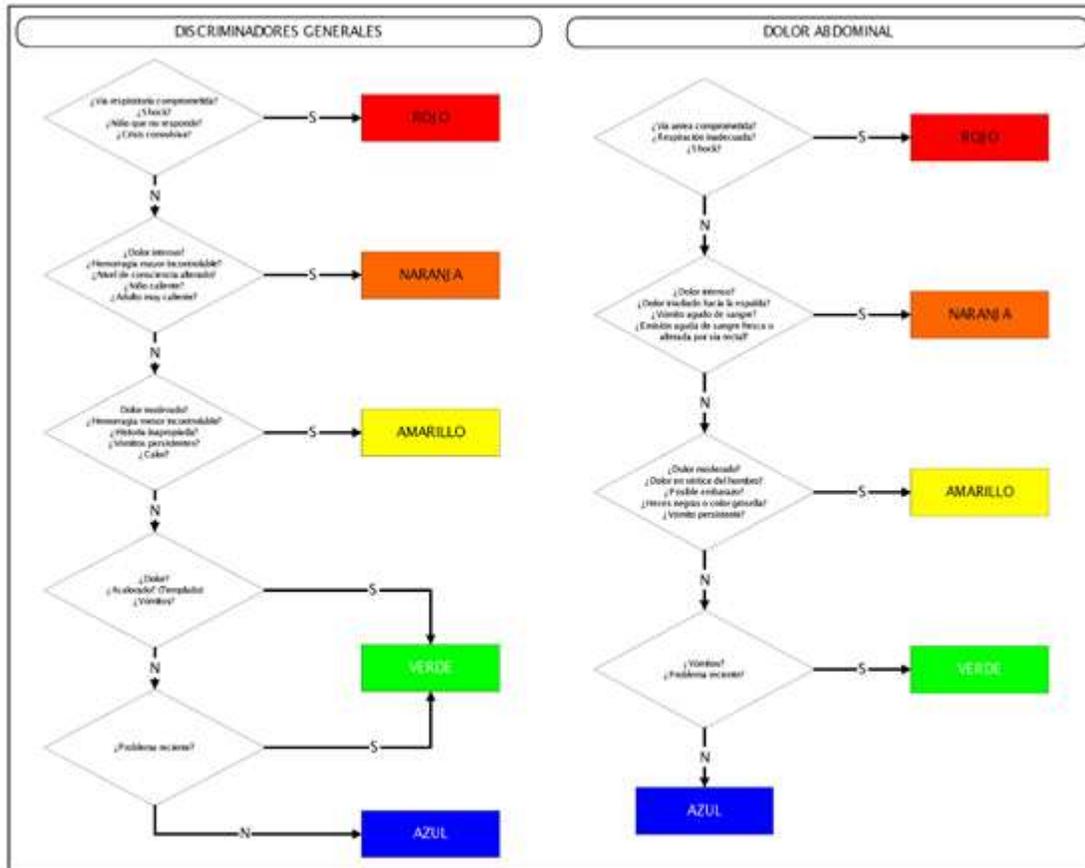


Figura 1. Diagrama de flujo de los discriminadores generales y del «dolor abdominal», uno de los 52 motivos de consulta del Sistema Manchester de *Triage*.

El sistema tiene ya una experiencia acumulada de 14 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. Discrimina bien los pacientes críticos y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica.

El MTS es el sistema más ampliamente usado en hospitales de Europa y existen también grupos de *triaje* nacionales en países como Alemania, Holanda, Inglaterra e Irlanda, Portugal y España. En el Reino Unido es el sistema mayoritariamente utilizado.

En España en la actualidad es el sistema elegido por los servicios de salud de Asturias, Galicia, Madrid y Comunidad Valenciana para sus hospitales públicos, 65 en total (5).

### **Sistema de triage hospitalario de Navarra**

El 12 de mayo de 2008 se crea un grupo de trabajo con el objetivo de implantar un sistema de *triage* estructurado de 5 niveles de priorización que aporte la mayor sensibilidad y fiabilidad que caracterizan a dichos sistemas (4)..

Se revisan otros modelos teóricos de *triage* en vigor en otros ámbitos como son la NTS (2), la CTAS, el SETy el MTS y, finalmente, se decide elaborar uno propio ya que obligatoriamente debe integrarse en el sistema informático que soporta la historia clínica informatizada (HCI) de la red pública de Navarra. Posteriormente se realizan cursos teórico-práctico del nuevo modelo al personal de enfermería y médico (4).

Este sistema integra los principios de los anteriormente analizados (4):

- Se aplica en base a 46 motivos de consulta (Tabla 4) con discriminantes, escalas de gravedad y pruebas complementarias.
- Se apoya en profesionales de enfermería y permite apoyo médico.
- *Triage* de 5 niveles de priorización.
- Tiempos asistenciales para cada nivel de priorización.
- Incluye el concepto de re-*triage*.
- Se integra en un sistema informático.
- Posibilita aplicar criterios de calidad y control al funcionamiento del propio servicio de urgencias.
- Permite su consulta desde otros puntos del sistema público sanitario, tanto hospitalarios como de atención primaria.

Cada nivel de priorización lleva asociado un tiempo máximo de atención médica y un color (4).:

**1. Nivel 1 (rojo)**

- a. Paciente de urgencia vital o con riesgo vital evidente
- b. Tiempo de atención por médico y enfermera inmediato.

**2. Nivel 2 (naranja)**

- a. Paciente emergente o con riesgo vital.
- b. Tiempo de atención por enfermera inmediato y médico en 15 minutos.

**3. Nivel 3 (amarillo)**

- a. Paciente urgente.
- b. Tiempo de atención por médico y enfermera en menos de 60 minutos.

**4. Nivel 4 (verde)**

- a. Paciente menos urgente.
- b. Tiempo de atención por médico y enfermera en 120 minutos.

**5. Nivel 5 (azul)**

- a. Paciente no urgente.
- b. Tiempo de atención por médico y enfermera en 240 minutos.

El re-*triaje* se debe realizar cuando el paciente ha superado estos tiempos de espera.

## **Sistema de triage en el salvador**

La puerta de entrada a las Redes integrales e integradas de servicios de salud, en adelante RIISS es el Primer Nivel de Atención, a través de los Ecos Familiares, Ecos Especializados o de la UCSF, pero en el caso de Urgencias y dependiendo de la naturaleza de la misma, pueden acudir espontáneamente al hospital más cercano a su domicilio (8).

### **9.1 Niveles de priorización**

A efectos de los contenidos definidos para cada una de las fases descritas es necesario que se presente la conceptualización de la priorización de la atención del paciente en cualquiera de los establecimientos de RIISS, ésta comprenderá tres criterios, categorizados de mayor a menor complejidad (8):

**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. Sinónimos: extrema urgencia, máxima urgencia o emergencia (paciente pediátrico), debiendo ser identificado con etiqueta ROJA. Atención inmediata (De cero a diez minutos). (8)

**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. Sinónimos: urgentes, prioridad (paciente pediátrico) debiendo ser identificado con etiqueta AMARILLA. Atención de sesenta a ciento veinte minutos. (8)

**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**. Sinónimos: no urgentes, debiendo ser identificados con etiqueta VERDE.(8)

El personal médico debe registrar la atención de pacientes en el área de selección, por utilizando los formularios siguientes:

- Formulario de atención de selección con evaluación rápida
- Formulario de referencia, retorno e interconsulta
- Registro diario de Triage estructurado.(8)

Los criterios a tomar en cuenta permiten estandarizar el procedimiento de selección, éstos se listan a continuación:

1. Signos vitales.
2. Signos y síntomas cardiovasculares.
3. Signos y síntomas respiratorios.
4. Signos y síntomas neurológicos
5. Signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.
6. Signos y síntomas músculo esqueléticos.
7. Signos y síntomas oculares.
8. Signos y síntomas genitales masculinos.
9. Signos y síntomas del oído.
10. Signos y síntomas de nariz, boca y garganta.
11. Signos y síntomas urinarios.
12. Signos y síntomas de los genitales y del sistema reproductor femenino.
13. Signos y síntomas psiquiátricos.
14. Signos y síntomas del sistema tegumentario.
15. Signos y síntomas del sistema endocrino.
16. Clasificación pediátrica.(8)

## **V. METODOLOGIA**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo y transversal

### **PERIODO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación se llevó a cabo en el período de abril-agosto del año 2018.

### **UNIVERSO**

El personal sanitario (médicos, enfermeras, promotores) que labora en las UCSF Santa Rosa de Lima, Las Marías y Candelaria Cuscatlán, y a los pacientes a quienes se les realiza TRIAGE antes de su atención.

### **MUESTRA**

Se tomo una muestra de conveniencia a los médicos, enfermeras, auxiliares y promotores de las 3 unidades de salud siendo en total 42 personas.

Se evaluara la percepción del sistema TRIAGE por los pacientes que consultan la unidad de salud, siendo el número de pacientes aproximado en un día de consulta normal por unidad de salud las siguientes:

UCSF Santa Rosa de Lima: 20 -35 pacientes diarios

UCSF Las Marías: 20-25 pacientes diarios.

UCSF Candelaria Cuscatlán: 30-40 pacientes diarios

## **FUENTES DE INFORMACION**

- PRIMARIAS:
  - ✓ Personal de salud que realiza el triage en las UCSF en estudio.
  - ✓ Personal en general que labora en las UCSF en estudio.
  - ✓ Usuarios en salud que acuden a las UCSF en cuestión.
  
- SECUNDARIAS:
  - Revistas, escalas internacionales, manuales, normas técnicas nacionales, SIMMOW.

## **TECNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN**

La técnica de obtención de información que fue aplicada en la presente investigación está conformada por dos encuestas.

Se elaboró un cuestionario como instrumento que valora el nivel de conocimiento a través de una escala de puntaje obtenidas por preguntas cerradas, dicho cuestionario se elaboro a partir del lineamiento técnico nacional para la implementación de triage.

## **MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS**

Mecanismo de confidencialidad para la entrevista de los trabajadores de salud:

Se elaboró un documento donde se solicita la participación del personal médico, enfermería, auxiliares y promotores de salud y se comunicó que la información brindada será completamente anónima y confidencial.

Mecanismos de confidencialidad para recolección de datos de los pacientes de la unidad de salud:

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 para empleados y pacientes serán resguardados por los investigadores por un periodo de 2 años.

## **PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION.**

Primero se obtendrán datos por medio de la entrevista estructurada al personal de salud y pacientes que consultan en la unidad, posteriormente se realizara el análisis de los datos obtenidos.

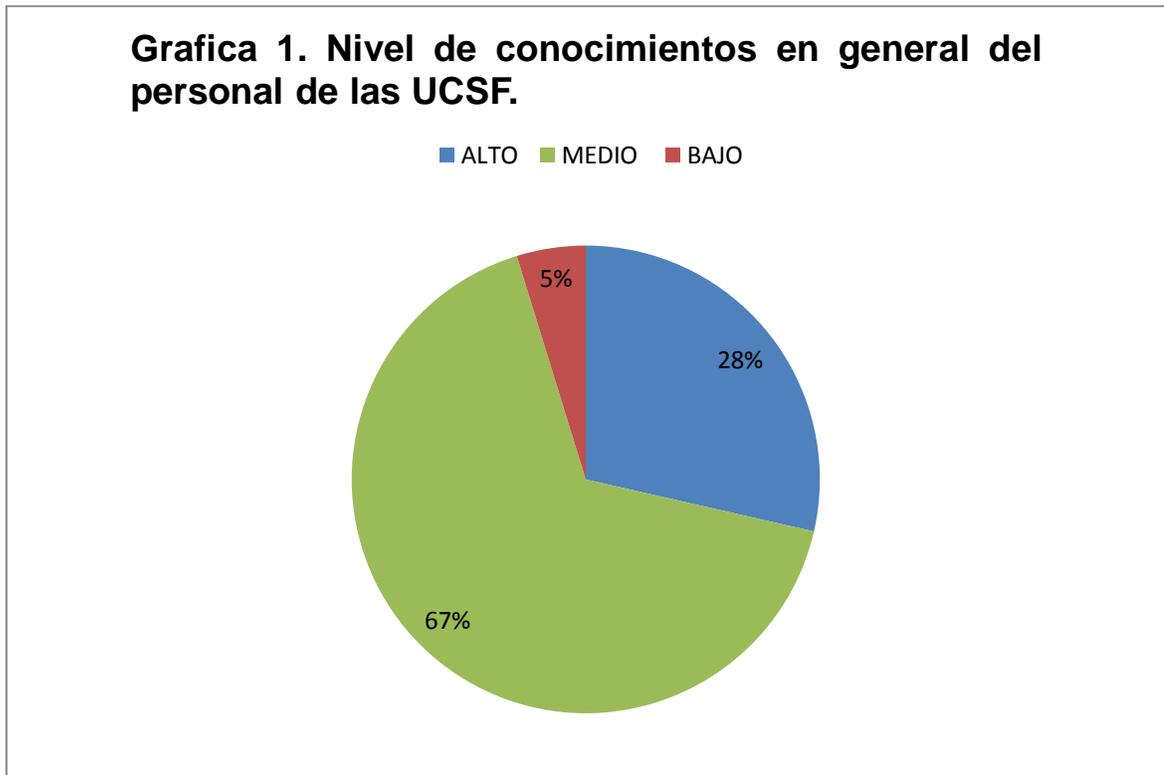
Los resultados que se obtendrán serán presentados a través de un análisis estadístico de los datos. Los datos numéricos que se obtendrán serán procesados a través de tablas de distribución de frecuencias en los programas de Microsoft Word y Excel. Posteriormente se realizara el análisis de los resultados con la presentación de las tablas y los gráficos representativos.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN O CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA	TECNICA	INSTRUMENTO
Describir el sistema de intervención, selección y clasificación (TRIAGE) empleado en el sistema nacional de salud.	Sistema de intervención, selección y clasificación. (TRIAGE)	Sistema de clasificación del flujo de pacientes de acuerdo a la prioridad de atención.	Definición. Principios del sistema. Objetivos. Tipos. Personal encargado. Diferentes escalas.	Nominal		Revisión documental	Fuentes secundarias
Describir los diferentes sistemas de intervención, selección y clasificación (TRIAGE) internacionales.	Sistemas de triage internacionales	Diferentes escalas internacionales	1. ATS 2. CTA S 3. MTS 4. ESI 5. SET	nominal	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5	Revisión documental	Fuentes secundarias

Determinar el nivel de conocimiento del personal sobre el sistema de intervención, selección y clasificación (TRIAGE).	Conocimiento sobre triage	El personal sanitario de las UCSF conoce sobre el triage	Definición. Principios del sistema. Objetivos. Tipos. Personal encargado. Diferentes escalas.	Cualitativa ordinal	Bajo 1-6 puntos Medio 7-12 puntos Alto 13-18 puntos	Encuesta	Questionario
Identificar la percepción que los pacientes tienen sobre la atención brindada en las UCSF	Valoración de la atención	Como percibe el usuario la atención brindada en la UCSF		Cualitativa			
Correlacionar el nivel de conocimiento del personal de salud con la percepción de los pacientes sobre la atención brindada en las UCSF	Nivel de conocimiento. Percepción de la atención	Influencia del nivel de conocimiento del personal acerca del triage sobre la percepción de la atención del paciente		Cualitativa			

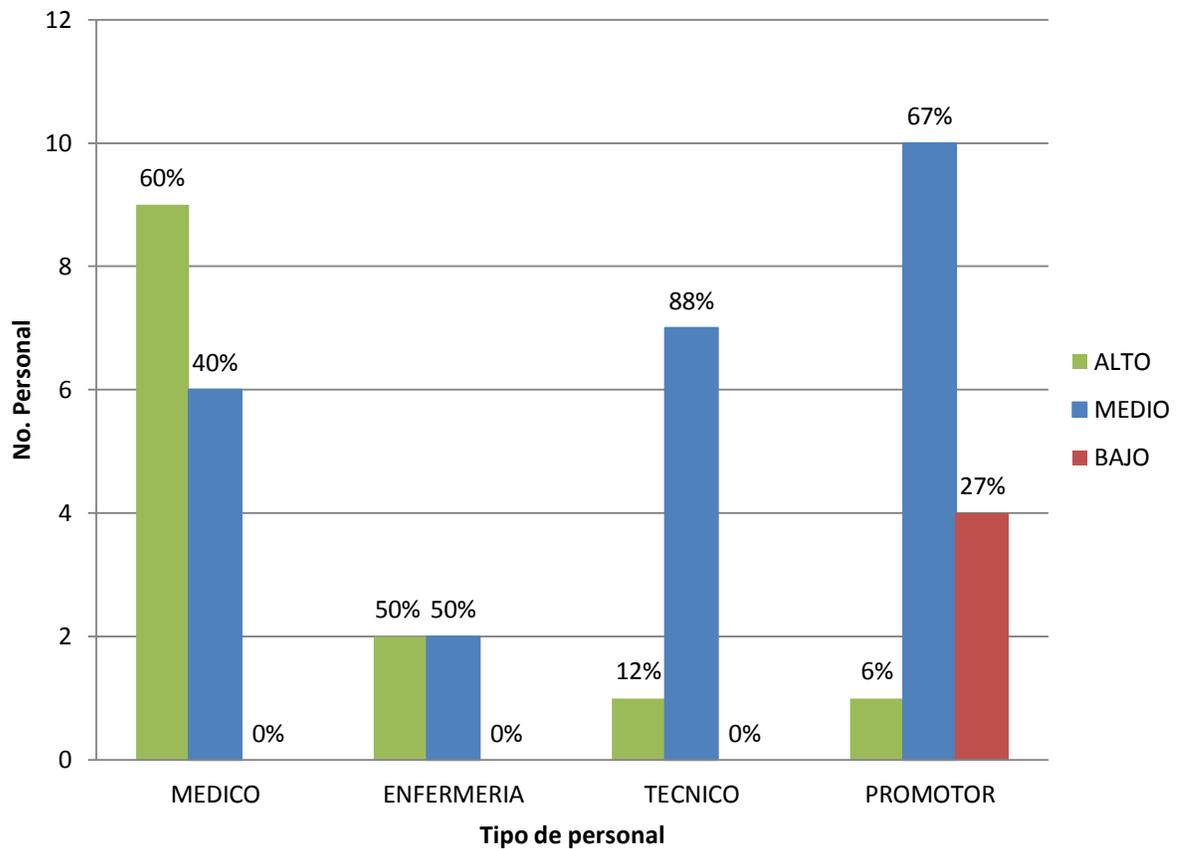
## VI. RESULTADOS



**Fuente de información: Instrumento al personal de salud.**

En la siguiente grafica podemos observar que el nivel de conocimiento del personal de salud sin especificar el recurso que realizo el cuestionario fue un nivel medio con 67% y solamente un 5% obtuvo un nivel bajo.

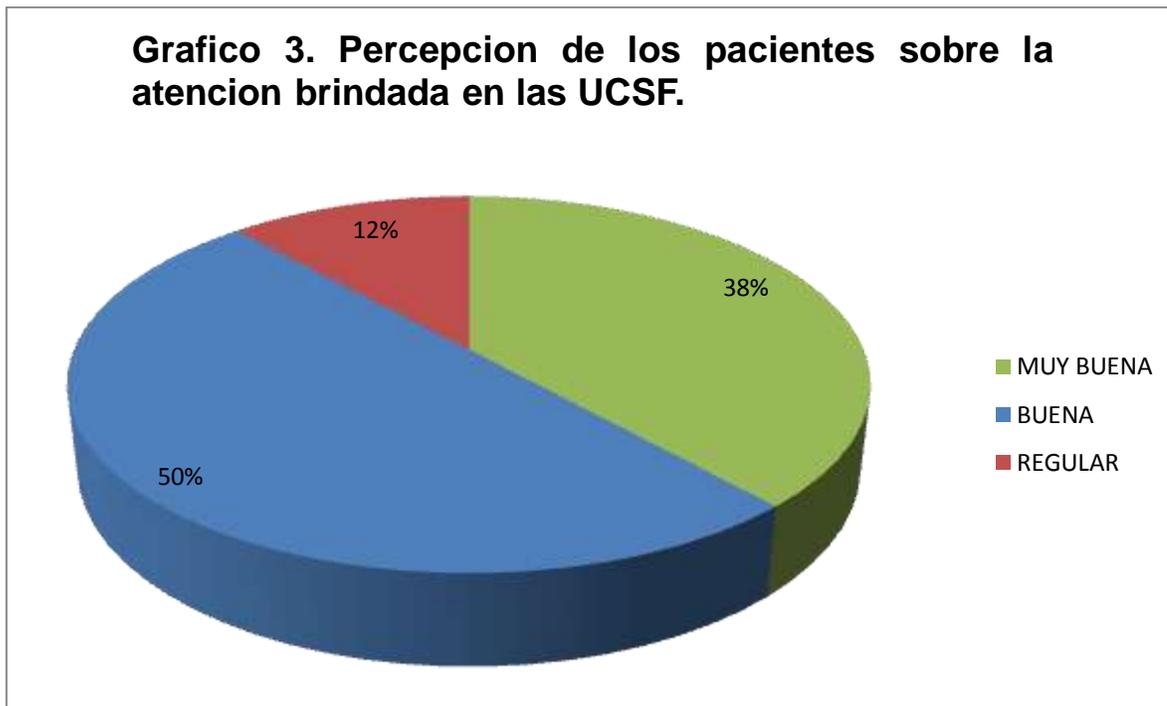
**Grafica 2. Nivel de conocimiento por recurso de las UCSF.**



**Fuente de información: Instrumento al personal de salud.**

En el grafico anterior se mostro el nivel de conocimientos en general, en el presente grafico se desgloso el nivel de conocimiento obtenido por cada uno de los recursos de la unidad de salud siendo los médicos quienes obtuvieron el nivel de conocimiento más alto con un 60% seguidos de enfermería con un nivel de conocimiento alto del 50%; en contraparte con los promotores de salud que el 27% obtuvo un nivel bajo de conocimiento y solo el 6% obtuvo nivel alto.

**Grafico 3. Percepcion de los pacientes sobre la atencion brindada en las UCSF.**

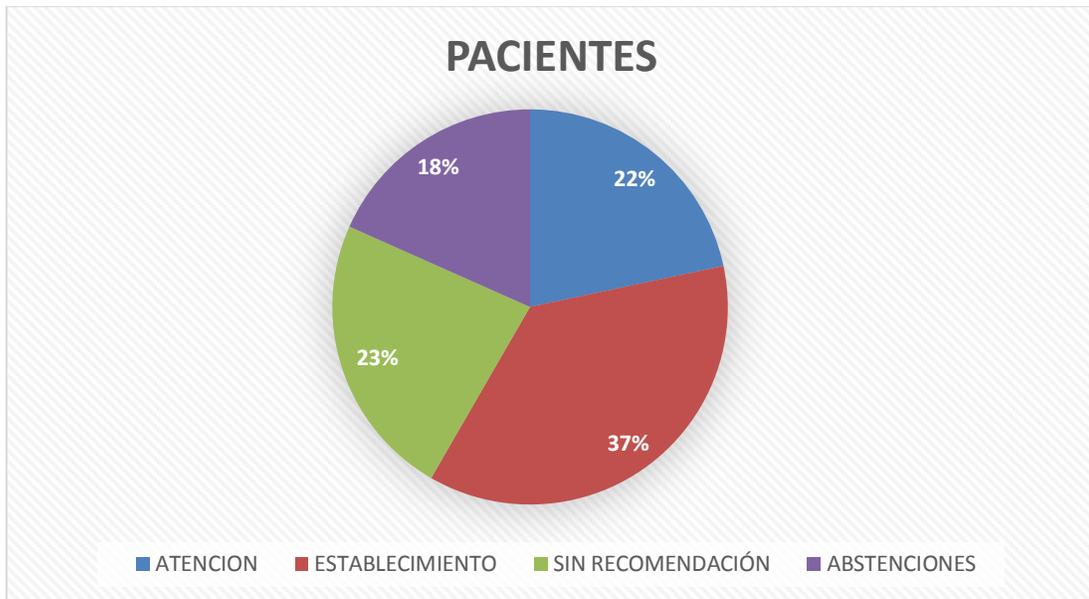


**Fuente de información: Instrumento a los pacientes que consultan las UCSF.**

En el siguiente grafico se muestra el nivel de percepción de la atención brindada a los pacientes que consultan a las UCSF, a pesar de que el conocimiento en general del personal de salud es nivel medio el 50% de los pacientes catalogaron como BUENA la atención recibida y solamente un 12% respondieron que la atención recibida fue REGULAR.

1. **MUY BUENA:** paciente que respondió las primeras 3 preguntas que SI y NO a la pregunta 4.
2. **BUENA:** paciente que respondió a todo SI, ya que aunque esté satisfecho considera que se puede mejorar.
3. **MALA:** paciente que respondió no estar satisfecho con la atención (pregunta2) y/o que no volvería a consultar en el establecimiento (pregunta 3).

**GRAFICA 4.** ¿Qué recomendación daría para mejorar la atención?



**FUENTE:** Instrumento a los usuarios del servicio de salud.

El último literal en el instrumento a los usuarios de salud consistía en una pregunta abierta sobre las recomendaciones; un 37% de los pacientes realizaron recomendaciones sobre mejoras a los establecimientos de salud y el 22% mejoras en la atención brindada directamente por el personal de salud

También 23% de los pacientes no realizaron recomendaciones por satisfacción de la atención recibida y solo el 18% se abstuvo a contestar.

**PREGUNTA 5**

1. Recomendaciones a la atención del personal: tales como ser más amable, etc.
2. Recomendaciones al establecimiento: contratar más personal, acerca de horarios etc.
3. Abstenciones: pacientes que respondieron que si necesita mejorar la atención pero que no especificaron en qué.
4. Sin recomendaciones: quienes respondieron que la atención no necesita mejorar por tanto no tienen recomendaciones.

## VII. DISCUSIÓN

El triage es un concepto antiguo, los servicios de salud implementan este sistema de clasificación para mejorar el flujo de atención de los pacientes en los diferentes niveles, de acuerdo a las necesidades de cada paciente; categorizando en base a colores y tiempos específicos la prioridad de atención.

En el primer nivel de atención específicamente, la aplicación del Triage es de suma importancia ya que constituye el primer contacto del paciente con los servicios de salud, además forma parte de una actividad de educación al paciente, quien como parte de su cultura se manifiesta exigente de pronta atención aunque su condición no sea meritoria.

Para poder aplicarlo adecuadamente es evidente que se necesita del conocimiento del tema, de lo contrario se incurre en desaprovechar los recursos disponibles y los resultados son insatisfactorios.

Existen numerosos sistemas de clasificación de la atención de los pacientes a nivel internacional, unas más conocidas que otras, siendo más complejas estas escalas en comparación a la empleada en El Salvador, la cual únicamente consta de 3 niveles de prioridad y cuyo lineamiento va dirigido a los Hospitales del segundo y tercer nivel de la Red.

Pese a la escasa complejidad de la escala nacional, los resultados obtenidos al evaluar el nivel de conocimiento que posee el personal de salud (médicos, personal de enfermería y promotores de salud) de las tres UCSF estudiadas, se evidencia que la mayoría del personal se ubica en la categoría de nivel medio de conocimiento con 67%, que denota que si bien no son expertos en el tema, poseen conocimientos acertados al respecto, lamentablemente muy pocos poseen un alto nivel de conocimiento con tan solo 28% que pueda permitir una adecuada aplicación del TRIAGE en los establecimientos donde laboran y en menor proporción tenemos al personal que se ubica en nivel bajo de conocimiento con un 5%, que resulta preocupante ya que todo el personal

evaluado tiene contacto directo con los pacientes y en determinado momento pueden valerse de este tipo de conocimientos.

Dentro de los conocimientos con mejores resultados tenemos: la definición de triage con 74%; la definición de emergencia con un 92%, los colores utilizados en la escala nacional 86%, los tiempos utilizados según cada color, que son aspectos básicos del tema, que significa que si bien no han leído los lineamientos, por lo menos alguna vez han recibido información concerniente, una capacitación, etc.

Por el contrario, se identifican 4 aspectos comunes en las 3 UCSF evaluadas donde el personal erra, los cuales son: 1) acerca de los objetivos del proceso de selección de pacientes, con 36% de acierto, dónde no parecen estar muy claros; por lo tanto, pueda que no se comprenda el alcance que puede tener una adecuada aplicación 2) los criterios que son evaluados para proporcionar la clasificación, 24% de acierto, dando la impresión de ser imparciales a la hora de evaluar a un paciente; 3) el personal implicado en el proceso de TRIAGE, con un porcentaje de error del 88% entre los que consideran que el médico es único involucrado y unos cuantos incluyen el personal de enfermería y, por último, 4) los formularios empleados, únicamente el 17% acertó en la respuesta, esto puede atribuirse al hecho que en el primer nivel de atención algunos no son utilizados, mientras que otros como formulario de referencia, interconsulta y retorno no son reconocidos como parte de este proceso.

Además tenemos la clasificación del nivel de conocimiento por tipo de personal de salud, los mejores evaluados son los médicos, quienes en su mayoría son los únicos en aplicar la clasificación de los pacientes en las UCSF; en un nivel intermedio se ubica el personal de enfermería, que en algunas ocasiones colabora en este proceso y por último, los promotores, con un bajo nivel de conocimiento, esto se correlaciona con numeral 3) de lo expuesto en el párrafo anterior, donde la mayoría del personal considera que el triage es sólo trabajo de los médicos, por tanto no se informan acerca del tema y más lamentable aún no es puesto en práctica por ellos.

En cuanto a la percepción de los pacientes acerca de su atención, la mayoría de ellos califica la atención como muy buena y aseveran que son atendidos de acuerdo a la urgencia de cada caso; sin embargo, una parte considera que debe mejorar la atención y escriben sus respectivas recomendaciones, las cuales están enfocadas al trato brindado por el personal y otras a cuestiones meramente administrativas, tales como contratar más personal, abrir los establecimientos más temprano, brindar atención 24 horas al día, entre otras.

Asimismo muchos pacientes se abstuvieron de dar una recomendación pese a que consideran que debería mejorar la atención, lo que denota cierta indiferencia a la hora del llenado del instrumento o simplemente no tienen claro qué es lo que debe mejorar. Cabe mencionar que muchos pacientes no accedieron al llenado del instrumento, así como también hubo indiferencia por parte de un porcentaje menor del personal de salud.

Podemos decir entonces que el personal de la UCSF Candelaria Cuscatlán, Las Marías y Santa Rosa de Lima posee conocimiento medio acerca del sistema de selección y clasificación de pacientes; pero es necesario una capacitación para fortalecer los conocimientos que ya poseen y, añadir nuevos, ya que el TRIAGE es parte del diario vivir en los establecimientos de salud y no únicamente el médico es el implicado, y así mejorar la atención de los pacientes, ya que muchos consideran que hay aspectos que mejorar.

## VIII. CONCLUSIONES

1. El personal de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Candelaria Cuscatlán, Las Marías y Santa Rosa de Lima posee un nivel medio de conocimiento acerca del sistema de clasificación, selección de pacientes (TRIAGE).
2. Se identificó que del personal de salud que laboran en las unidades salud estudiadas, los doctores tanto de planta como los de servicio social fueron los que obtuvieron mejor puntaje, seguido del personal de enfermería, resultando con los menores promedios los promotores de salud.
3. Se identificaron ciertos mitos sobre el sistema de intervención, selección y clasificación TRIAGE, en los que la mayoría del personal de salud cree que sólo el medico es el principal y único ente activo para su aplicación.
4. Se indagó sobre la percepción que los pacientes tienen sobre la atención que las unidades de salud brindan, calificándola como buena, siendo pocos los que perciben en primer nivel una mala atención.
5. Se identificó que las recomendaciones que los pacientes expresaron van dirigidas en su gran mayoría al establecimiento para que estos puedan gestionar mayor abastecimiento de medicamentos por citar un ejemplo; que con respecto al personal, den una atención de con calidez y calidad ya que muchas veces se han sentido ofendidos por doctores, enfermeras, personal de archivo.

## **IX. RECOMENDACIONES**

### **A la administración de las UCSF:**

- Se recomienda realizar capacitaciones sobre el sistema de intervención, selección y clasificación TRIAGE a todo el personal de salud, promoviendo los conocimientos y las capacidades resolutivas del recurso humano y material con los que se cuentan en el primer nivel.
- Se recomienda que existan manuales informativos en la áreas de triage, para tener información fácil de obtener y despejar las dudas que en ocasiones puedan presentarse como también
- Utilizar flujogramas dónde se expliquen las rutas de atención que los pacientes deben de tener a la hora de recibir su atención según la prioridad que se les ha asignado.

### **Al personal de las UCSF**

- Informarse acerca del sistema nacional de TRIAGE, a través de la lectura de los lineamientos proporcionados por el Ministerio de Salud
- Se recomienda al personal de salud y administrativo de las unidades de salud brindar una atención de calidez y calidad.

## X. BIBLIOGRAFIA

- 1) María Candelaria Ayuso Raya, et al. (2013) Revista clínica de medicina de familia vol. 6 n°3. Albacete “Valoración de un proyecto de triage de urgencias por enfermería en atención primaria. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2013000300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000300005).
- 2) Manual de normas y procedimientos (2015) Sistema de triage de Manchester en emergencias Hospital General de Chone, Ecuador, 5,6,9. [http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wpcontent/uploads/2015/11/manual\\_de\\_sistema\\_de\\_triage\\_manchester.pdf](http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wpcontent/uploads/2015/11/manual_de_sistema_de_triage_manchester.pdf).
- 3) Josep Gómez Jiménez, (2011), Sistema Español de Triage: grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras, 344-345. EDITORIAL. [file:///C:/Users/PC4/Downloads/Emergencias-2011\\_23\\_5\\_344-345.pdf](file:///C:/Users/PC4/Downloads/Emergencias-2011_23_5_344-345.pdf).
- 4) Sistema de triage de navarra.
- 5) W. Soler<sup>3</sup>, M. Gómez Muñoz<sup>3</sup>, E. Bragulat<sup>2</sup>, et al. (2010)Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 33, 2010. El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008).
- 6) Rancaño García I. triage en los servicios de urgencias de atención primaria.
- 7) OPS/OMS Manual para la implementación de los sistemas de triage para los cuartos de emergencia.
- 8) MINSAL, Lineamientos técnicos para realizar el TRIAGE en hospitales de la RIIS, San Salvador, diciembre 2012.

## XI. ANEXOS

### UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE MEDICINA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Por este medio Yo (nombre del director/a) \_\_\_\_\_ con número de DUI \_\_\_\_\_-\_\_\_\_, acepto que se realice por los investigadores la implementación de encuestas a los usuarios y trabajadores de salud sobre el estudio: Conocimiento del personal de salud y percepción de la atención de los pacientes sobre el sistema de intervención, selección y clasificación (TRIAGE) en las unidades comunitarias de salud familiar Santa Rosa de Lima, Las Marías y Candelaria Cuscatlán durante el periodo de abril-agosto del año 2018.

# UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

## FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE MEDICINA DOCTORADO EN MEDICINA



### ENCUESTA

**OBJETIVO:** Valorar los conocimientos del personal sanitario de las UCSF

**INSTRUCCIONES:** el presente cuestionario consta de 18 preguntas, de múltiple escoge, la mayoría de ellas en base al sistema de TRIAGE Nacional, seleccione la respuesta que considere correcta para cada pregunta. La información recolectada será utilizada en la investigación: Conocimiento del personal de salud y la percepción de la atención de los pacientes sobre el sistema de intervención, selección y clasificación (TRIAGE) en las unidades comunitarias de salud familiar Santa Rosa de Lima, Las Marías y Candelaria Cuscatlán durante el periodo de abril-agosto del año 2018.

### DATOS GENERALES

**UCSF:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**1. Seleccione la opción que usted considere corresponde a la definición de triage:**

- A) Triage se define como la atención de los pacientes de acuerdo a su orden de llegada.
- B) Triage se define como la atención del paciente de acuerdo a la gravedad de su condición determinada por el paciente mismo.
- C) Triage se define como la atención del paciente de acuerdo a la conveniencia del personal de salud.
- D) Triage es el proceso de atención de pacientes de acuerdo a la clasificación de su condición de salud.

- 2. Seleccione la opción que considere son objetivos del triage:**
- A) Identificar a pacientes con riesgo vital.
  - B) Decidir el área más apropiada para la atención de pacientes.
  - C) Mejorar el flujo de pacientes y congestión del servicio de atención
  - D) Solo A) y C) son correctas.
  - E) Solo A) Y B) son correctas.
  - F) Todas son correctas.
- 3. Seleccione la definición que corresponde a urgencia:**
- A) Situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano.
  - B) Patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.
  - C) Situación de salud que no a merita una pronta atención
- 4. Escoja la definición que corresponde a emergencia:**
- A) Situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano.
  - B) Patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.
  - C) Situación de salud que no a merita una pronta atención
- 5. Seleccione cuáles son las categorías de clasificación utilizadas en el sistema de triage nacional:**
- A) Prioridad I, II, III.
  - B) Prioridad 1, 2, 3, 4
  - C) Prioridad A, B, C
  - D) Prioridad I, II, III, IV.
  - E) Prioridad 1, 2, 3
- 6. Escoja la categoría de clasificación que corresponde a la siguiente definición: paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación inmediata.**
- A) Prioridad B
  - B) Prioridad 1
  - C) Prioridad III
  - D) Prioridad IV

7. **Escoja la categoría de clasificación que corresponde a la siguiente definición: paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación.**
- A) Prioridad B
  - B) Prioridad 1
  - C) Prioridad II
  - D) Prioridad IV
8. **Seleccione cuáles son los colores utilizados en el sistema nacional de triage:**
- A) Verde, amarillo y anaranjado
  - B) Verde, rojo y amarillo.
  - C) Verde, azul y amarillo
  - D) Verde, azul y rojo.
  - E) Ninguna opción es correcta
9. **Seleccione la opción correcta de colores de mayor a menor prioridad del sistema de triage nacional:**
- A) Amarillo, rojo, verde
  - B) Verde, amarillo, azul, rojo
  - C) Rojo, verde, amarillo.
  - D) Rojo, amarillo, verde
  - E) Rojo, anaranjado, amarillo, verde
10. **De acuerdo a los tiempos de atención según cada prioridad, seleccione el color que corresponde al siguiente tiempo de atención 60-150 min:**
- A) Amarillo
  - B) Verde
  - C) Azul
  - D) Rojo
  - E) Anaranjado
11. **De acuerdo a los tiempos de atención según cada prioridad, seleccione el color que corresponde al siguiente tiempo de atención: 0-10 min:**
- A) Amarillo
  - B) Verde
  - C) Azul
  - D) Rojo
  - E) Anaranjado

**12. De acuerdo a los tiempos de atención según cada prioridad, seleccione el color que corresponde al siguiente tiempo de atención**

**Más de 2 horas:**

- A) Amarillo
- B) Verde
- C) Azul
- D) Rojo
- E) Anaranjado

**13. Escoja la opción que más acertada le parezca sobre el personal implicado en el proceso de triage:**

- A) Portero, personal de enfermería
- B) Portero, personal de enfermería, médico
- C) Personal de enfermería, médico.
- D) Únicamente médico.

**14. Seleccione cuáles considera criterios para la selección de la prioridad de atención de los pacientes:**

- A) Signos vitales, Signos y síntomas cardiovasculares, Signos y síntomas neurológicos, Signos y síntomas respiratorios.
- B) Signos vitales, Signos y síntomas psiquiátricos, Signos y síntomas músculo esqueléticos, Signos y síntomas neurológicos.
- C) Signos vitales, Signos y síntomas neurológicos, Signos y síntomas abdominales y gastrointestinales, Signos y síntomas urinarios.
- D) Todos los anteriores.

**15. Seleccione la categoría que usted proporcionaría a un paciente que llega a su establecimiento con historia de Dolor torácico irradiado a cuello o brazo, acompañado de diaforesis, disnea, náuseas o angustia.**

- A) Prioridad I
- B) Prioridad II
- C) Prioridad IV
- D) Prioridad A
- E) Prioridad 1

**16. Seleccione la categoría que usted proporcionaría a un paciente que llega a su establecimiento con historia de: Tos seca o productiva hialina, rinorrea, malestar general, con o sin fiebre.**

- A) Prioridad I
- B) Prioridad III
- C) Prioridad IV
- D) Prioridad A
- E) Prioridad 1

**17. Seleccione la categoría que usted proporcionaría a un paciente que llega a su establecimiento con historia de: Trauma en cráneo sin pérdida de conciencia, sin déficit neurológico.**

- A) Prioridad I
- B) Prioridad II
- C) Prioridad III
- D) Prioridad IV
- E) Prioridad A
- F) Prioridad 1

**18. Selecciones según sus conocimientos cuáles son los formularios utilizados en el proceso de triage:**

- A) Formulario de atención de selección con evaluación rápida.
- B) Formulario de referencia, retorno e interconsulta.
- C) Registro diario de Triage estructurado
- D) Solo A) Y B) son correctas.
- E) Todas son correctas.

**ESCALA:**

**BAJO: 0-6 puntos**

**MEDIO: 7-12 puntos**

**ALTO: 13-18 puntos**

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



**ENCUESTA**

**OBJETIVO: INDAGAR SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LAS UCSF**

**INSTRUCCIONES:** a continuación se presentan 4 preguntas, responde SI o NO de acuerdo a su valoración.

**DATOS GENERALES**

**UCSF:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

1. ¿es atendido de acuerdo a la gravedad de su enfermedad?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿se siente satisfecho con la atención recibida?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. ¿volvería a consultar en este establecimiento?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. Considera que la atención necesita mejorar  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
5. Qué recomendación daría para mejorar la atención:  
\_\_\_\_\_