

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria
Promoción 2016-2019

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMETACION DEL PROTOCOLO DE MANCHESTER
EN EL SERVICIO DE TRIAJE MULTIDISCIPLINARIO, EN EL HOSPITAL CENTRAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS DURANTE EL PERIODO AGOSTO - OCTUBRE
2019.



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

DRA. LEIDY MASSIEL TAVAREZ BAUTISTA

Asesores:

Dra. Esther Rivas Fermín (Clínico)

Dra. Jeannette Báez (Metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2019

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I	
I.1.- Introducción	1
I.1.1.- Antecedentes	3
I.1.2.- Justificación	8
I.2.- Planteamiento del problema	9
I.3.- Objetivos	11
I.3.1.- General	11
I.3.2.-Especificos	11
CAPÍTULO II	
II. MARCO TEÓRICO	
II.1.1.- Referente Historio	12
II.2.1.- Conceptos de : Emergencia, Urgencia y Desastre	15
II.2.2.- Conceptos de : Consulta , Paciente y Protocolo	16
II.3.1.- Objetivos del Sistema de Triage	17
II.3.2.- Función de Enfermería en Triage	18
II.3.3.- Triage Como Indicador y control de calidad	18
II.3.4.- Efecto de la Saturación del Triage	20
II.4.1.- Triage Estructurado	20
II.4.2.- Triage Avanzado	24
II.4.3.- Triage Multidisciplinar	28
II.4.4.- Triage Pediátrico	28
II.4.5.- Triage Obstétrico	29

II.5.1.- Soportes principales del Triage	30
II.5.2.- Principios de Clasificación	31
II.6.1.- Demandas del Triage	32
II.6.2.- Australasian Triage Scale (ATS)	34
II.6.3. - Canadian Emergency Department Triage And Acuity Scale (CTAS).	36
II.6.4. - Emergency Severity Index (ESI).	38
II.6.5.- Modelo Manchester de Triage	40
II.6.6.- Modelo Andorrano De Triage (MAT).	43
II.7.1.- Recepción, Acogida Y Clasificación (RAC.)	44
II.8.1.- Ubicación del Triage	62
II.9.1.- Materiales y Medicamentos del RAC	63
CAPITULO III	
III.1.- VARIABLES	65
III.3.- Diseño Metodológico	67
III.3.1.- Tipo De Estudio	67
III.3.2.- Localización Geográfica	67
III.3.3.- Universo	68
III.3.4.- Muestra	68
III.3.5.- Criterios de Inclusión	68
III.3.6.- Criterios de Exclusión	68
III.3.7.- Procedimiento	69
III.3.8.- Instrumento De Recolección De Datos	69
III.3.9.- Análisis y Tabulación	69
III.3.10.- Aspectos Éticos	70
CAPITULO IV	
IV.1.- Presentación de Resultados	71
IV.2.- Discusión	88
IV.3.- Conclusiones	91
IV.4.- Recomendaciones	93

REFERENCIAS	94
Cronograma de Actividades Año 2019	98
Instrumento de Recolección De Los Datos	99
Costos y Recursos	102
Anexos	103
Evaluación	107

AGRADECIMIENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA: por la oportunidad que me brindó al ofertarme este magister, contribuyendo en la formación continua de los médicos familiares.

A MIS ASESORAS:

La Dra. Esther Rivas Fermín asesora (Clínica), por estar dispuestas a orientarme y ayudarme en este proyecto de investigación, con mucha paciencia y motivación constante.

La Dra. Jeannette Báez asesora (Metodológica), por su constante seguimiento y asistencia, compartiendo su tiempo de manera generosa durante el desarrollo del presente trabajo.

DEDICATORIA

A DIOS:

Por permitirme lograr mis objetivos, además de brindarme su infinita bondad y amor y permitirme compartir este logro con mi familia y amigos.

A MIS HIJOS:

Edwardo Feliz Tavarez y Edith Feliz Tavarez, Quisiera poder expresar la felicidad que han traído a mi vida, no existen palabras para describir el amor que siente una madre, muy agradecida de Dios, son lo que había soñado.

A MI MADRE:

Valentina Bautista, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y demostrarme que sin sacrificio no hay victoria.

A MI ESPOSO:

Edison Feliz Melo, Siempre agradecida contigo por impulsarme a ser mejor y demostrarme que los orígenes y los patrones de conducta si se pueden romper, por haber sido padre y madre para nuestros hijos, durante estos años en los cuales el trabajo sobre pasaba mi capacidad.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencias en los hospitales constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica, donde convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de los niveles de la red asistencial sanitaria, como aquellos que acuden por iniciativa propia.¹

Las prestaciones en los servicios de urgencia han creado la necesidad de introducir un sistema de filtro que gestione la afluencia de los usuarios y que seleccione por prioridad la atención médica.²

El método usado en muchos países incluyendo la República Dominicana es el uso de escalas, con las cuales se busca priorizar la atención de los pacientes que presenten patologías más graves, de tal manera que la atención a estos no se demore.²

El término Triage o Triage es un neologismo proveniente de la palabra francesa trier que significa escoger, separar o clasificar. El Triage cobró el significado conceptual que mantiene hasta nuestros días a partir del uso para definir el concepto de «clasificar o priorizar» la asistencia de heridos en el contexto de las batallas napoleónicas. El Triage o clasificación, es entonces un proceso que permite la adecuada gestión del riesgo clínico; Ayuda a manejar con seguridad el flujo de pacientes en los servicios de urgencia y su beneficio es mayor en las situaciones en que la demanda supera a los recursos disponibles.³

A partir de los años 60 se desarrollan diferentes escalas de categorización según el riesgo clínico, pero es a partir de los años 90 en que dichos instrumentos adquieren validez y fiabilidad.³

Es así como surgen los modelos del denominado Triage estructurado, como herramienta de gestión clínico-asistencia. Las escalas utilizadas en el que permiten priorizar la asistencia médica según el "grado de urgencia".³

Las funciones del Triage deben ser: identificar los pacientes en situación de riesgo vital, asegurar la asistencia en función del nivel de clasificación otorgado, asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar, definir el área más apropiada de asistencia, aportar información sobre el proceso asistencial, disponer de información para otorgar a los familiares, mejorar el flujo de pacientes y la cogestión del servicio, y aportar información que permita mejorar el funcionamiento del servicio.³

En la actualidad existen 5 escalas de adultos utilizadas y estudiadas en diferentes partes del mundo, se consideran válidas desde el punto de vista científico:

Entre las escalas de adultos tenemos: La Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI) y el Modelo Andorrano de Triage (MAT).⁴

Cada nivel se correlaciona con el grado de prioridad de la consulta y por tanto incorpora tiempos de asistencia y de reevaluación. La asignación a cada nivel se hace considerando motivo de consulta, presencia de dolor en curso, antecedentes patológicos y signos vitales. Existen categorías sintomáticas preestablecidas ubican los síntomas dentro de cada nivel de la escala y discriminantes de gravedad alteraciones preestablecidas de los controles vitales o presencia de dolor en curso.⁵

En el Hospital Central de las Fuerzas Armadas se usa el Triage avanzado, basado en la aplicación de la escala de Manchester establecida por Servicio Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, para la Republica Dominicana.

En el cual, a diferencia de lo antes mencionado, aparte de clasificar los pacientes y priorizar, administra analgesia, solicita pruebas complementarias y/o resolver la mayor parte de los motivos de consulta.²

I.1. ANTECEDENTES

García Martín M., en el 2011 en Barcelona, España realizó un estudio, con el objetivo de determinar el número de pacientes que hacen un uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios, en el Hospital de Navarra. Valoraron el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos por el tiempo de espera desde el registro de los pacientes en admisión, el paso al servicio de Triage y la atención por personal médico. Este estudio fue observacional, descriptivo y transversal, con una muestra constituida por 406 casos de pacientes asistidos en el área de Triage del lunes hasta el domingo, en horario de mañana y la tarde con un total de 8 a 22 horas de observación « ya que no prestan Servicio de Triage en turno de noche». ¹

Se concluyó que el 53,7 por ciento de los pacientes eran de sexo masculino y el 46,3 por ciento femenino. El grupo de edad que mayor frecuenta el Triage, fueron los mayores de 65 años, con un porcentaje del 38 por ciento; seguidos por los adultos entre 30 a 64 años para un 36 por ciento del total. El grupo de jóvenes desde los 16 hasta los 29 años, al igual que el de los niños de 0 a 15 años se encontraron cada uno con un porcentaje del 13 por ciento, en cuanto al nivel Triage de acuerdo al nivel de urgencia, se obtuvo que el Nivel I: fueron 4.3 por ciento, con un total de 17 pacientes, Nivel II: fueron 8.7 por ciento, con un total de 35 pacientes, Nivel III: fueron 63.4 por ciento, con un total de 256 casos, Nivel IV: fueron 22.3 por ciento, con un total de 92 pacientes, Nivel V: fue de un 1,3 por ciento con un total de 6 casos. ¹

El día de la semana más frecuentado fue el lunes con un total de 70 casos, seguido del martes, miércoles y viernes, no apreciándose una diferencia tan significativa entre ellos. Los menos frecuentados, por tanto, fueron sábado, domingo y jueves, de todos los pacientes que llegaron al Servicio de urgencias, el 52,5 por ciento acudieron por voluntad propia y el 7,5 por ciento fueron referidos de otros centros de salud. ¹

En cuanto al tiempo tardado desde que son registrados en admisión hasta que se les hace el Triage, el 65 por ciento, espero de 0 a 10 minutos, el 20 por ciento de 10 a 20 minutos y más de 20 minutos el 15 por ciento. ¹

Una vez asistidos en el servicio de Triage, el 79 por ciento de los pacientes se encontraron dentro del tiempo de espera según el nivel de prioridad del Triage, mientras que un 18 por ciento fue visto por el médico pasado del tiempo de espera establecido. Se destaca que un 2.8 por ciento de los pacientes, abandonaron el servicio de urgencias sin ser atendidos por personal médico, decidiendo ir a su domicilio y/o a Atención Primaria. Un 17 por ciento, de los usuarios al Servicio de urgencias, fueron catalogados de visitas inadecuadas. ¹

Así mismo en la investigación realizada por Albán J., en el 2013 en Cuenca, Ecuador con el objetivo de analizar la situación de la atención en la implementación de Triage, evaluando el tiempo de espera real con el tiempo adecuado mediante su diagnóstico y gravedad, en el servicio de emergencia del hospital “José Carrasco Arteaga”, con un estudio descriptivo, retrospectivo a través de la revisión de las historias clínicas virtuales alojadas en el sistema, durante el periodo enero - junio .⁴

Se concluyó que la media de edad de los pacientes se ubicó en 5.02 años; el sexo masculino representó el 55 por ciento del total; el nivel de gravedad más numeroso fue el V, con un 59.6 por ciento, observándose una tendencia decreciente para los demás niveles, hasta llegar al nivel de gravedad I con el 0.3 por ciento, según el tiempo de espera para recibir atención fueron: nivel I=16.67 minutos; nivel II=35.41 minutos; nivel III=42.41 minutos; nivel VI= 45.92 minutos y nivel V= 45.08 minutos, se demostró que en los niveles de atención I y II los tiempos de espera superaron el mínimo recomendable colocando en riesgo su salud de los pacientes. ⁴

En otra investigación realizada por Reyes Lucia G. I., Carhuacho Vásquez M.Y., en el 2014, en Lima, Perú, con el objetivo de describir las características y los principales motivos de consultas, según los niveles de prioridades de las atenciones en el Triage, estimar el porcentaje de consultas consideradas emergencias y el tiempo en que fue derivado el paciente al servicio de emergencia de adultos, para esto realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, con una muestra de 360 en pacientes mayores de 14 años, que ingresaron al servicio de emergencia de adultos a través del área de Triage del Hospital Cayetano Heredia, en el transcurso de octubre y noviembre. ⁶

Se reportó que el sexo más frecuente en asistir a Triage fue el femenino con 56.1 por ciento, y masculino con 43.9 por ciento, la edad promedio de visitantes del área de fue de 40.3 años, el tiempo promedio de atención fue de 2.1 minutos, en cuanto al motivo de consulta más frecuente tenemos el dolor abdominal con un 13.9 por ciento, de acuerdo con los niveles de atención, el nivel II fue el más frecuente con un 65.6 por ciento. ⁶

En el 2017, García Pacheco, M.A, en Azuay, Ecuador, realizó una investigación con el objetivo de analizar la atención en las emergencias a nivel de los hospitales del ministerio de salud pública y los pertenecientes a la red pública de salud. A través de un estudio observacional y descriptivo con un enfoque cualitativo y con un diseño metodológico basado en la Investigación-Acción, usando un muestreo a conveniencia conformado por personal administrativo y operativo involucrados en el funcionamiento de estos servicios. ⁷

Se concluyó que en los hospitales del ministerio de salud pública y los pertenecientes a la red pública de salud los tiempos de espera fueron de 10 a 15 minutos para recibir la atención médica, seguidos de 1.5 por ciento que fueron asistidos de manera inmediata y 19 por ciento esperaron hasta 1 hora, el 8 por ciento esperaron entre 61 a 240 minutos. De acuerdo con el nivel de prioridad en los hospitales del ministerio de salud pública utilizando la escala de Manchester, se obtuvo que el 94 por ciento de pacientes fueron prioridad nivel V, el 5 por ciento, fueron prioridad nivel VI y solo 1 por ciento con prioridad nivel III. ⁷

En los hospitales pertenecientes a la red pública de salud se observó que la mayoría de los pacientes esperan más de 240 minutos para recibir atención, menos del 8 por ciento esperaron de 61 a 240 minutos, en porcentajes minoritarios se encuentran los que esperaron hasta 60 minutos. ⁷

En este mismo de acuerdo con el nivel de prioridad se obtuvo que el 88 por ciento de pacientes que acudieron para recibir atención fueron prioridad nivel IV y V, el 5 por ciento de usuarios fueron prioridad nivel III y menos del 3 por ciento fueron prioridad nivel I y II. ⁷

Se realizó una investigación por Rojo Z., en el 2014, en Córdoba, Argentina, con el objetivo de optimizar los recursos y analizar la situación del Triage en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende, a través de un estudio observacional y prospectivo, con una muestra constituida por 168 casos de pacientes asistidos en el área de Triage, durante los meses entre octubre y diciembre, distribuidos por 3 días consecutivos de cada mes, en diferentes horarios, diferentes días de la semana y diferente personal de trabajo. ⁸

Se concluyó que el 59 por ciento eran sexo masculino y el 41 por ciento eran femenino, en cuanto a la edad el grupo de 50 a 80 años con un porcentaje del 21 por ciento; seguidos estuvieron los adultos entre 35 a 60 años, siendo un 34 por ciento del total, el grupo de jóvenes desde los 16 hasta los 35 años, se encontraron con un porcentaje del 45 por ciento, en cuanto a las patologías más frecuente, causantes de las visitas al área fueron: enfermedades del Aparato Respiratorio: 17 por ciento, Aparato Cardiovascular: 11 por ciento, Aparato digestivo: 14 por ciento, traumatismos: 31 por ciento, otras patologías un 27 por ciento. En cuanto al nivel de urgencia, se obtuvo que el Nivel I: fue de 7 por ciento, Nivel II: 14 por ciento, Nivel III: 9 por ciento, Nivel IV: 31 por ciento, Nivel V: 39 por ciento. ⁸

Montero L., Morillo C., López M., en el 2017, en Santo Domingo, República Dominicana, realizaron un estudio, con el objetivo de evaluar la aplicación de Triage en sala de urgencias del instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares, realizaron un estudio retrospectivo, de corte transversal y observacional, donde la muestra estuvo constituida por 3,237 pacientes asistidos en la sala de urgencias en el periodo indicado.⁹

Se concluyó que el 40.5 por ciento pertenecían a un nivel de urgencias III, el 94 por ciento de los pacientes su tiempo de espera para ser evaluado por el personal médico fue de 0-2 minutos. El motivo de consulta más frecuente fue por dolor y estuvo representado por un 40.1 por ciento, el 84.5 por ciento de los pacientes fueron evaluados y despachados a su domicilio y el 30 por ciento los pacientes acudieron en horarios entre las 9am-12pm. ⁹

Así mismo Cruz E., Ramos J., en el 2013, en Santo Domingo, República Dominicana, realizaron un estudio con el objetivo de establecer la Calidad del Triage en el servicio de emergencias del hospital General Plaza de la Salud y Satisfacción de los Usuarios, a través de un estudio descriptivo, de corte transversal, con una muestra de los pacientes asistidos en la sala de urgencias en el periodo del 04 al 18 de marzo. ¹⁰

Se concluyó que en el 45.9 por ciento de los pacientes, su tiempo de espera para ser evaluado por el personal médico fue igual o menor a 59 Segundos, pero el 63.3 por ciento estuvo un tiempo de espera de igual o mayor a 31 minutos. ¹⁰

El 73 por ciento refirieron sentirse bien con el trato recibido por el personal de salud, el 75.5 por ciento indico que recomendaría el centro a otras personas que necesiten atención médica, el 67.3 por ciento refieren no se les explico la función del Triage y su utilidad. ¹⁰

I.2. JUSTIFICACIÓN.

El Triage es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar, el cual 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

Desde hace varios años se ha implementado el Triage en las emergencias en todo el mundo, llegando a República Dominicana a través del Ministerio de Salud y de la mano del Servicio Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud; y Organización Mundial de la Salud en el año 2017; con el fin de eficientizar el servicio de salud en los hospitales.

En el caso del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, tienen como servicio el Triage multidisciplinario, utilizando el protocolo de Manchester para evaluar los pacientes a través del interrogatorio, toma de signos vitales, aplicación de escalas del dolor, escalas de valoración neurológica y en caso de ser necesario la aplicación de analgesia, y el uso de estudios complementarios para solucionar el problema de salud del paciente.

El problema de salud observado en el área de Triage, no es solo en República Dominicana, sino que también se han reportado un ineficiente funcionamiento del área en otros países, donde el acumulo de pacientes en la sala de espera y el poco personal médico para la evaluación de los pacientes, ponen en riesgo la vida de los usuarios de salud.

La necesidad de optimizar los servicios de emergencia en un hospital de tercer nivel a partir de la evaluación de un modelo que busca eficientizar la calidad del servicio prestado en el menor tiempo, busca poner en evidencia las fortalezas, oportunidades y debilidades, aprendidas desde su implementación hasta la fecha con el fin hacer las correcciones de lugar para mejorar el servicio prestado tanto para los usuarios como para el establecimiento.

I.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Con el paso de los años debido a los múltiples factores, las enfermedades que antes eran poco comunes ahora son cosas de diario vivir, las cuales no siempre están en control y se presentan entonces un aumento en la demanda de los usuarios en búsqueda de atención médica por la emergencia.

Los procesos hospitalarios son una necesidad básica cuando se desea de dar un beneficio al paciente y a la sociedad, lo que representa un caos para el sistema de salud, el cual está sobre cargado, de pacientes que no siempre tienen una emergencia, más bien son urgencias o consultas, dificultando así el desempeño eficaz del personal de salud y un gasto de los recursos del centro de atención.

En presencia de recursos, en el triaje se realiza una clasificación de los pacientes de acuerdo con su nivel de prioridad, tomando en cuenta el motivo de consulta, antecedentes médicos y signos vitales, e interrogatorio, lo que en ocasiones trae un conflicto con los pacientes que no aceptan el sistema establecido.

El personal encargado de la atención médica en el área de Triage multidisciplinario, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, está a cargo de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, el residente es quien se encarga la clasificación, del interrogatorio, examen físico, toma de muestras, aplicación de medicación y de la determinación final del grado de prioridad y del egreso del paciente luego de realizar su trabajo.

Lo que podemos observar de acuerdo con las investigaciones realizadas en República Dominicana y los diferentes países, es que existe una debilidad en el sistema, el cual no permite eficientizar aún más el servicio de emergencias, lo que a su vez repercute en la salud de los usuarios de salud.

En vista de lo anterior se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de implementación del protocolo de Manchester, en el Triage multidisciplinario del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, durante el periodo Agosto - Octubre 2019?

I.3. OBJETIVOS.

1.3.1. General:

- Evaluar la Implementación del Protocolo de Manchester en el Servicio de Triage Multidisciplinario, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas Durante el Periodo Agosto - Octubre 2019.

1.3.2. Específicos.

- Describir las características sociodemográficas de los usuarios asistidos en Triage.
- Clasificar los pacientes asistidos en Triage por escalas de prioridad, según sus signos y síntomas.
- Identificar los motivos de consulta de los usuarios del área.
- Establecer el tiempo real de espera versus el tiempo establecido por escala asignada y cotejar con el protocolo de Manchester.
- Conocer el destino luego de la evaluación en el área de Triage.
- Identificar los inmuebles e insumos para el correcto funcionamiento del Triage multidisciplinario.

II. MARCO TEÓRICO.

Referente Histórico

El término Triage es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar.¹ Esta es utilizada para referirse a la jerarquización de necesidades asistenciales, se empezó a usar para ubicar a los heridos en desastres y situaciones de conflictos bélicos.¹¹

IMAGEN #1 TRIAJE EN SERVICIO DE EMERGENCIA



Fuente: Bautista Sangoquiza Da. Análisis situacional de la atención de enfermería en la implementación de Triage en el servicio de emergencia del hospital general puyo. (Tesis De Grado).Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017.

El pionero en emplear este término fue el barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842), médico cirujano militar, jefe de los Servicios Sanitarios del ejército de Napoleón, como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla. En la Guerra de Crimea entre 1853 y 1856 la labor de Triage empezó a ser desempeñada por enfermeras en las zonas habilitadas para dicha actividad.¹²

El Triage empezó siendo muy importante ya que mediante este sistema se comenzó a tratar a los heridos más graves en primera instancia con las habilidades de las enfermeras en el campo de batalla la cual fueron asignadas para tratar a los heridos de manera rápida evitando la muerte del paciente.¹²

En la guerra Napoleónica los heridos de la batalla eran transportados en carretas tiradas de caballos o por hombres, siempre en la retaguardia como manera de proteger al personal médico del frente de batalla, es ahí donde aparece el término Ambulancia, de la raíz francesa «ambulant» que significa camina o deambula.¹²

Esta herramienta contribuyó a la disminución del número de fallecimientos, ya que, se realizaba una primera valoración de las heridas, y prestaba una rápida atención a aquellos heridos más graves. En el siglo XX este vocablo se trasladó a nivel civil, donde se empezaron a manejar este tipo de sistemas en los servicios sanitarios a nivel mundial. A partir de la década de los años 60, se implantaron en los servicios de Urgencias hospitalarias de Estados Unidos.¹²

En España, aproximadamente en 1980, comenzó a utilizarse el Triage para clasificar a los pacientes según su nivel de prioridad. Con el Triage ya que es una herramienta muy importante para tratar a los heridos, las enfermeras prestaban una atención rápida a los pacientes, para disminuir el número de fallecidos y valorar el nivel de gravedad, para que el paciente sea atendido de acuerdo con los niveles de prioridad.

¹²

La sociedad española de enfermería en urgencias recomienda aplicar el término RAC, entendiéndose como la Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes, ya que el término Triage se aplica en situaciones de catástrofes, que fue su asignación inicial. ¹²

En los siguientes años se mantuvo el sistema de Triage moderno y en diferentes países desarrollaron sus escalas de acuerdo con las necesidades de su país basándose en mayor o menor medida en los motivos de consulta, grado de afectación de constantes, diferentes categorías sintomáticas y necesidad de cuidados, se consideran válidas desde un punto de vista científico:

- Australasian Triage Scale (ATS), publicada inicialmente en 1993 y revisada el 2000.
- Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), desarrollada en 1995.
- Manchester Triage System (MTS), introducido en 1996.
- Emergency Severity Index (ESI), desarrollado en estados unidos de norte américa en 1999.
- Modelo Andorrano de Triage (MAT), aprobado por el Servicio Andorrano España en Atención Sanitaria en el año 2000. 4

Concepto de emergencia: circunstancia en la que la vida de la persona corre peligro o puede resultar con secuelas irremediables si no es asistido con precocidad.¹

Señales que se consideran emergencia:

- Sangrado inusual o hemorragia abundante.
- Dolor de cabeza y vómitos.
- Dificultad severa para respirar.
- Estreñimiento por más de tres días.
- Si recibió quimioterapia y continúa con vómitos y/o fiebre, y que no ceden al tratamiento.
- No se excluyen otros casos que puedan presentarse en la población, tales como: accidentes u otras eventualidades que pongan en riesgo la salud y vida de las personas. ¹¹

Concepto de urgencia: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia sanitaria como “la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.¹

Señales que se consideran urgencia:

- Fiebre: Temperatura mayor de 38 °C
- Decaimiento, dolor de huesos y articulaciones
- Dolor que no calma con el tratamiento indicado
- Edema de brazos y piernas
- Dificultad para caminar. ¹¹

Desastre: Se entiende por desastre a el daño o la alteración graves de las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada, causado por fenómenos naturales y por efectos catastróficos de la acción del hombre en forma de accidental, que requiera por ello de la especial atención de los organismos del estado y de otras entidades de carácter humano o de servicio social. ¹³

Consulta: aquella cita que un paciente, realiza con un médico para tratar determinada afección o dolor que padece, normalmente se lleva a cabo en el consultorio con el fin de responder satisfactoriamente a su demanda y resolverla.¹⁴

Paciente: la palabra “paciente” proviene del latín “patiens” que significa sufriente, sufrido. “Patiens” es a su vez un participio de “pati, patior”, que significa sufrir. La palabra paciencia puede ser usada como adjetivo calificativo, describiendo la capacidad que posee un sujeto para tolerar, atravesar o soportar una determinada situación sin experimentar nerviosismo ni perder la calma.¹⁵

Protocolo: es un documento usado en el ámbito de la sanidad, ya sea en medicina, enfermería o fisioterapia, que contiene información que sirve como una guía de tratamiento de situaciones específicas o enfermedades relevantes.¹⁶

Cualquier sistema de Triage se ha de basar en una escala de priorización útil, válida y reproducible.¹

El concepto de utilidad hace referencia a la capacidad de la escala para relacionar la categoría asignada con el nivel de urgencia/gravedad del paciente.¹

La validez permite asignar el nivel de Triage correspondiente a aquellos pacientes que realmente han de estar en aquel nivel.¹

La reproductibilidad condiciona que dicha categorización se cumpla independientemente de la persona o categoría profesional que lo utilice o el hospital donde se aplique. Además, como toda escala de medida, ha de ser fiable.¹

Objetivos del sistema de Triage

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia (disminuir su riesgo).
- Determinar el área de tratamiento más adecuado para los pacientes que acuden al servicio de emergencia.
- Disminuir la congestión en las áreas de tratamiento de los servicios de Emergencia.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas.
- Permitir una información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y los tiempos de espera.
- Proporcionar información que permita conocer los Servicios de Emergencia, con la finalidad de optimizar los recursos y mejorar su gestión (mejorar la eficiencia).
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias, independiente del tamaño estructura o ubicación de los centros asistenciales. ¹¹

Funciones de la enfermera de Triage

- Recibir el paciente en el sitio de llegada, realizando una adecuada inmovilización y traslado hasta el área de tratamiento.
- Valorar y clasificar el paciente.
- Ingresar el paciente por prioridad I al área de tratamiento.
- Diligenciar en forma completa la historia clínica de Triage.
- Iniciar el contacto con el paciente y la familia e informarles acerca del proceso de atención en el departamento de urgencias. Esta información, idealmente, debe ser complementada con un instructivo para el paciente.
- Mantener comunicación con el personal médico y de enfermería de las áreas de tratamiento para proporcionar información oportuna a los familiares acerca de la evolución de los pacientes.
- Informar y educar a los usuarios sobre la utilización óptima y racional del servicio de urgencias. ¹¹

Triage como indicador y control de calidad

La disponibilidad de un sistema de Triage 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 Triage 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 presta¹³.

Gómez Jiménez propone cuatro índices de calidad¹⁰ 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. Son: ¹⁷

- 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.
- Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
- Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación)
- 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.¹⁷

El Triage 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

Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y utilización de recursos.¹

La principal función del Triage consiste en clasificar a los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario antes de que reciban prestación asistencial siguiendo criterios de gravedad clínica que permita diferenciar el grado de urgencia.¹

Una correcta clasificación evita el perjuicio de tiempos de espera prolongados para las urgencias reales en beneficio de las patologías banales, permitiendo una actuación más adecuada.¹

Efectos de la saturación y tardanza en la atención en el Triage

- Riesgo de complicaciones y seguridad de los pacientes.
- Agravamiento del dolor y sufrimiento del paciente y la familia.
- Largas demoras para la atención son propicias para la insatisfacción del paciente y familiares.
- Aumento de los índices de pacientes en la sala de observación y falta de espacio para las verdaderas emergencias.
- Prolongación de los tiempos de estancia en observación.
- Bajos resultados en de la productividad y eficiencia.
- Riesgos en la integridad física del personal por violencia o agresividad de pacientes o familiares.
- Falta de oportunidad para la docencia, entrenamiento y capacitación.
- Mala relación médico-paciente. ¹⁵

En la actualidad existen varios tipos de Triage los cuales están enfocados en satisfacer las demandas de los usuarios según condiciones.

El Triage Estructurado

La disponibilidad de un sistema de Triage estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los Servicios de urgencias y Emergencias. ²

La disponibilidad de un sistema de Triage de cinco niveles, válido, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan hacer el Triage de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable, es una manera fundamental para mejorar la eficiencia de los Servicios de Urgencias y Emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos. ²

El sistema de Triage estructurado ha de definir un estándar de motivos de consulta a urgencias y ha de tener suficiente solidez científica para ser aplicado tanto a los niños como a los adultos, independientemente del tipo de hospital o servicio de Urgencias hospitalarias, centro de Urgencias de atención primaria, servicio de Emergencias extra hospitalarias y centros de coordinación de Emergencias. ²

El Triage estructurado ha de permitir identificar rápidamente a los pacientes que padecen una enfermedad que posa en peligro la su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, para disminuir su riesgo. El Triage estructurado permite mejorar la seguridad de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias y Emergencias. ²

El sistema de Triage ha de permitir controlar de forma continua todo lo que pasa dentro y fuera del servicio de Urgencias y en las áreas de espera, evaluando los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, controlando los tiempos de espera, activando procesos de sobre Triage automático y dando información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y el tiempo de espera y permitiendo la gestión ordenada de la actividad de los diferentes equipos asistenciales. ²

El sistema de Triage estructurado ha de ser realizado por profesionales sanitarios y ha de tener un carácter multidisciplinario. ²

- El Triage estructurado es un Triage 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. ²

- La multidisciplinariedad del Triage estructurado de enfermería con implicación médica permite implementar dinámicas multidisciplinarias como son el Triage avanzado, el Triage multidisciplinario, las visitas rápidas y la derivación. El Triage estructurado se ha de implementar como a parte de un sistema de control de pacientes en tiempo real, dentro de un sistema de registre informático. ²
- El control de pacientes en tiempo real permite mejorar la eficiencia y la seguridad de los pacientes. ²
- La informatización del Triage permite reducir la variabilidad en la aplicación de la escala de Triage, favoreciendo el manejo clínico de los pacientes, el análisis de la casuística y la comparación de cargas de trabajo, como a base para la auditoria y la mejora de la calidad de los Servicios de Urgencias y Emergencias. ²
- El Triage estructurado se ha de realizar las 24 horas del día, con independencia del tipo de paciente o del centro o servicio de Urgencias donde se aplique. ²
- A pesar de que la importancia del Triage estructurado se muestra más aparente a medida que los Servicios de Urgencias se saturan, aumenta su frecuentación y los recursos disminuyen, este se ha de realizar las 24 horas del día, tanto en situaciones de saturación como en ausencia de esta. La priorización de los pacientes solo se aplicará en situaciones de saturación o colapso. ²
- Se ha de hacer Triage a todos los pacientes que acuden a un servicio o centro de Urgencias, tanto a niños como a adultos con independencia del motivo de consulta o del tipo de Servicio de Urgencias y Emergencias al que se aplique, y su funcionamiento ha de ser monitorizado de forma continua mediante la evaluación de los indicadores de calidad del Triage. El Triage estructurado permite disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los Servicios de Urgencias, determinando el área asistencial más adecuada para los pacientes. ²

- La organización de la asistencia en base a los niveles de urgencia determinados por el sistema de Triage estructurado se ha mostrado efectiva para combatir la saturación de los Servicios de Urgencias y Emergencias. La implantación del Triage estructurado se ha de realizar siguiendo un procedimiento estandarizado. ²

- La implantación del sistema de Triage estructurado ha de contar con la adhesión de los responsables sanitarios, gestores y profesionales a las recomendaciones científicas propuestas, adecuando la estructuración física y tecnológica operativa y la dotación de personal en los Servicios de Urgencias y Emergencias a las recomendaciones propuestas. ²

- El éxito de la implantación estará garantizado por la creación de la Comisión de Triage en los Servicios de Urgencias y Emergencias, la formación y acreditación de los usuarios en base a un programa homologado de formación en Triage estructurado de Urgencias y Emergencias y la instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del Triage, según un modelo de mejora continua de la calidad. ²

- El Triage estructurado introduce un lenguaje común para todos los profesionales que asisten las urgencias y emergencias, independientemente de la medida, estructura o ubicación de los centros asistenciales. ²

- Este punto es fundamental para mejorar la gestión de les Urgencias y Emergencias, en el lugar donde se producen y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. ²

El Triage Avanzado

Actuación, al mismo tiempo de la clasificación del Triage, sobre pacientes del sistema de urgencias de: administración de analgesia, solicitud de pruebas complementarias y/o resolución del motivo de consulta. ²

Son protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidas para un procedimiento, tratamiento o intervención que puedan ser aplicados por enfermería de forma autónoma una vez triados los pacientes y bajo criterios y circunstancias específicas. ²

Condiciones para realizar el Triage avanzado:

- Los protocolos han de ser aprobados por el jefe de servicio de urgencias o la estructura hospitalaria competente. ²
- El profesional de enfermería ha de haber completado la formación específica de cada protocolo, antes de ser aceptado para iniciar un procedimiento. ²
- El profesional de enfermería ha de demostrar capacidad/aptitud previa a la iniciación del procedimiento. ²
- El profesional de enfermería ha de iniciar las directrices médicas avanzadas según se especifica en las guías de práctica clínica. ²
- El profesional de enfermería ha de consultar con un médico cuando dude sobre si ha de realizar un estudio, una orden médica, un procedimiento o activar un circuito, o sobre que pruebas se han de pedir. ²
- Se realizará una revisión periódica de cada actuación, para revisar el adecuado cumplimiento del protocolo. ²

Algunos ejemplos: protocolo/ algoritmo ante sospecha de hipoglucemia, ante fiebre/dolor, dolor torácico, disnea/asma/EPOC, cólico nefrítico.... ²

Dolor torácico:

Dolor torácico típico: dolor de inicio súbito torácico opresivo, en región precordial, retro esternal y/o con irradiación a cuello, brazos y espalda... En muchas ocasiones con síntomas vegetativos (sudoración, náuseas, palidez cutánea). Dolor torácico atípico: dolor submandibular, muñecas, antebrazos. En paciente diabético: dolor epigástrico de inicio súbito. Ante cualquier paciente con esta sintomatología, realizar ECG, tomar constantes y avisar al médico responsable de Triage. ²

Trauma menor:

La práctica consiste en crear un grupo de trabajo por enfermería y algún médico de familia para establecer criterios válidos y claros que permitan discernir a la Enfermera de Triage Avanzado, sobre cuando pedir una radiografía a un paciente que acude refiriendo traumatismo menor.

Ello en base a la aplicación del protocolo creado, con lo cual se unifican criterios de actuación, se agiliza la asistencia sanitaria y se presta un mejor servicio al paciente.

²

La enfermera de clasificación una vez que acudiese un paciente catalogado como trauma leve, nivel 5, valorar:

1º En tobillo y rodilla, criterios de Ottawa.

2º En pie/dedo: Dolor a palpación + dolor al peso.

3º En costillas: Dolor + limitación funcional.

4º En columna cervical: Dolor + limitación funcional + latigazo cervical.

5º En trauma de mano/dedo, muñeca, antebrazo, codo, hombro, húmero, clavícula, tibia/peroné: Limitación funcional + inflamación + dolor. ²

Una vez valorado: Sí cumple criterios de petición de prueba: Se hace solicitud de estudio radiológico, se registra en la historia clínica. Si no cumple criterios de petición de prueba: Se deriva según nivel de gravedad y complejidad al circuito establecido. ²

Radiografías: Se solicitará en los siguientes casos, y siempre que las condiciones clínicas del paciente lo permitan:

- Paciente con traumatismo aislado. En el caso de politraumatismos debe ser valorado previamente por un facultativo que es el encargado de solicitar las pruebas radiológicas oportunas.
- Paciente con esguince y/o luxación menor de articulación.
- Paciente que acude con P10 de su Médico solicitando RX de tórax o de cualquier otra parte para descartar patología.
- En el caso de que el paciente sea pediátrico deberá ser valorado previamente por el pediatra.
- En caso de traumatismos costales solicitar RX de tórax PA y de la parrilla costal correspondiente. ²

Análisis de Orina: Se solicita en los siguientes casos:

- Paciente que acude con clínica susceptible de infección urinaria.
- Paciente que acude por metrorragia (en el caso de exista un posible embarazo, y no haya tenido todavía cita con el ginecólogo y/o matrona, solicitar además prueba de embarazo).
- Paciente con clínica susceptible de cólico renal, siempre que las condiciones del paciente lo permitan. ²

Dolor: Se clasificará el paciente en función de su nivel de gravedad, los pacientes clasificados con nivel 3, 4 y que manifiesten dolor en la valoración y de origen filiado: Trauma menor, procesos osteomusculares, odontalgias y otalgias serán incluidos en el protocolo de analgesia desde el área de clasificación. ²

Se valorará la intensidad del dolor que manifiesta el paciente mediante la utilización de la Escala visual analógica o la Escala verbal numérica. Así tendremos: Dolor leve: (1-2). Dolor moderado: (3-4). Dolor moderado-alto:(5-7). ²

Así mismo se valorarán los siguientes criterios de exclusión: La existencia de alergias o intolerancias a AINES, gastropatías, evitar administrar AINES en pacientes asmáticos. Tratamiento previo, posible analgesia tomada por el paciente antes de acudir al servicio de urgencias. Insuficiencia hepática o renal, embarazo o lactancia. Dolor de intensidad alta (8-10).²

Tratamientos administrados desde el Triage por personal entrenado de enfermería según protocolos y guías clínicas Las órdenes de tratamiento realizadas desde el Triage reducen la estancia de los pacientes en urgencias, y permiten una mejor utilización de las camas del servicio.¹⁸

El abordaje terapéutico del dolor se realizará en función de la intensidad del dolor medido con escala EVA o Verbal Numérica:

A) En dolor intensidad 1-2: No se indicará tratamiento, informando al paciente que comunique cualquier cambio en la intensidad del dolor al personal de Enfermería responsable del Área de Policlínica.²

B) Dolor intensidad 3-4: La vía de administración de elección es la vía oral.

- En dolor por trauma menor y procesos osteo-musculares Sin tratamiento previo ibuprofeno 600mg Con tratamiento previo o alergia o intolerancia a ibuprofeno, Paracetamol 1g vía oral.
- En odonalgias y en otalgias: Sin tratamiento previo Ibuprofeno 600 mg. Con tratamiento previo o alergia o intolerancia al paracetamol Metamizol 500mg²

C) Dolor intensidad 5-7:

- Sin tratamiento previo: En otalgias y odonalgias; Metamizol 1150mg (2 capletas) o 1 ampollas de Metamizol Magnésico 2gr IM. En trauma menor o procesos osteo-musculares: Diclofenaco 75 mg IM.
- Con tratamiento previo: Dexketoprofeno 25 mg IM.
- En caso de tener acceso IV se podrá administrar por esta vía y por este orden:
1) Metamizol Magnésico 2gr. 2) Dexketoprofeno 25 mg. 3) Paracetamol 1g.²

Triage Multidisciplinar

Se incluye el personal sanitario que lo realiza, un equipo en el que, como mínimo, participa un médico y una enfermera. También pueden participar personal administrativo y auxiliar sanitario. A parte de la valoración inicial, que en este caso la realiza el médico, consiste en la realización de pruebas básicas (hemograma, bioquímica y radiología simple) antes de que el paciente entre en la consulta de visita. ²

Triage Pediátrico

La mayoría de las escalas se han diseñado para ser aplicadas a la población adulta y secundariamente se han desarrollado adaptaciones dirigidas a la población pediátrica que no siempre han demostrado la misma validez por las diferencias clínicas entre ambas poblaciones. Así, pues se ha objetivado que el Triage pediátrico presenta unas características propias. ¹⁷

- Menor grado de urgencia (mayor porcentaje de niveles IV y V).
- El nivel I se concentra en los niños de menor edad.
- Menor complejidad para un mismo nivel de urgencia.
- Menor tiempo de estancia, de consumo de recursos e índice de ingreso para un mismo nivel de Triage que en adultos.
- Preponderancia de los procesos infecciosos y febriles.
- Las 10 categorías sintomáticas más frecuentes en los niños aglutinan a casi la totalidad de los motivos de consulta lo que facilita el que se pueda conseguir la formación específica en Triage pediátrico que necesitan los profesionales. Esto facilita el objetivo de la especial formación que se debe impartir a los profesionales. ¹⁷

Entre las escalas pediátricas de Triage tenemos:

El Triángulo de Evaluación Pediátrica Con este método se evalúa la apariencia general, respiración y circulación. ¹⁹

El Sistema de Alerta Temprana que fue creado por Monaghan y sus colegas integrados por tres variables a las cuales se les otorgan valores de 0 a 3 de acuerdo con la gravedad, evalúa la conducta-0Conducta, Cardiovascular-Respiratorio-3. ²⁰

La Save a Child la cual evalúa el cuerpo y situaciones como son: skin (piel), activity (actividad), ventilation (ventilación), eye contac (contacto visual), abuse (maltrato), cry (llanto), heat (temperatura), immune system (sistema inmunitario), level of consciousness (nivel de conciencia), dehydration (deshidratación). ²⁰

Triage Obstétrico

El Triage obstétrico es un protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. ²¹

Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (Código mater). ²¹

Se clasifica de acuerdo con su condición clínica de la paciente y de acuerdo con su valoración, se manejan dos distintivos de color, rojo y verde (emergencia y no emergencia respectivamente). ²¹

Los principales soportes de Triage son:

En hoja de registro (papel):

Este soporte está casi en desuso, salvo en lugares donde no existe la posibilidad de contar con un software informático por barreras medio ambientales o físicas, o bien no se dispone de medios económicos para ello. ¹⁵

Computarizado:

Este sistema es el más utilizado. Se ha demostrado que se acorte el tiempo empleado en el proceso de Triage, para los profesionales es el mejor método porque mejora el ambiente de trabajo, y el Triage se realiza con una mayor fluidez disminuyendo los tiempos de interrupción. ¹⁵

In situ:

Se realiza en una sala o área de clasificación donde se realiza la entrevista al paciente, en persona, y se tría. ¹⁵

Telefónico:

Es el sistema utilizado por los servicios de urgencias extra hospitalarios y servicios de ambulancias. Es de mayor complejidad, se establece la prioridad en base a datos indicados por el paciente, no hay un componente observacional o de inspección. ¹⁵

Principios para la Clasificación:

Los diferentes tipos de clasificación se basan en los siguientes principios:

- Salvar la vida tiene preferencia sobre la conservación de un miembro.
- La conservación de la función predomina sobre la corrección del defecto anatómico.
- Las principales amenazas para la vida son: la asfixia, la hemorragia y el shock.
- La clasificación debe conseguir identificar ante todo aquellos pacientes críticos que necesitan reanimación inmediata, y separarlos de los demás; así como de aquellos que no deberán recibir asistencia por ser leves o bien porque sufran lesiones mortales.
- Las únicas maniobras permitidas para restablecer las condiciones vitales son: la desobstrucción de la vía aérea y la hemostasia en hemorragias severas. La reanimación cardiopulmonar se reserva para el caso de parada presenciada y únicamente cuando el número de víctimas lo permita.²²

Demandas del Área de Triage

La clasificación debe cumplir las siguientes demandas:

- Dinámica: sin solución de continuidad, manteniendo una cadena de atención ininterrumpida, eficiente, regular en el tiempo empleado en cada uno de los afectados, sin interrupciones dilatadas en el análisis de ninguno de ellos.
- Permanente: en toda la cadena asistencial, reevaluando de manera continuada a cada víctima.
- Adaptada: al número de pacientes, nivel de preparación o competencia del personal que lo realiza, a la distancia de los centros asistenciales, al número de medios de transporte y a la capacidad asistencial de la zona.
- Rápida: 30 s para clasificar una víctima como muerta; 1 min como leve y 3 min para clasificarla como grave o muy grave.
- Completa: ninguna víctima debe evacuarse antes de ser clasificada. Con las siguientes excepciones: oscuridad, meteorología adversa o riesgo potencial tanto para el reanimador como para el paciente.
- Precisa y segura: las categorías de prioridad deben quedar bien establecidas y emplear una terminología uniforme, por todos los involucrados en el incidente, por lo que resulta conveniente el empleo de la terminología internacional. Todo error inicial puede ser fatal. Ante la duda, incluir a la víctima en una categoría asistencial superior.²²
- Personalizada: individuo a individuo en todos los afectados.
- Socialmente aceptable: siempre que las circunstancias lo permitan, mantener los núcleos familiares y sociales dentro de áreas próximas a su lugar de residencia.
- En sentido anterógrado: sin volver hacia atrás hasta haber examinado a todos.²²

Con base en estos conceptos, podemos concluir que es el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la actuación diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda/ recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primero. ²³

Este método, que inicialmente se hizo para ser empleado en los servicios de urgencias de la ciudad de Manchester, pronto fue adoptado como método de triaje en el Reino Unido y posteriormente en muchos países europeos y de América del Sur, con muy buenos resultados, y ahora se utilizará de manera oficial en todos los establecimientos públicos que prestan servicios de urgencias y emergencias en la República Dominicana.²³

AUSTRALIASAN TRIAGE SCALE (ATS)

Como se ha comentado anteriormente es una escala de 5 niveles (Nivel 1.- Reanimación, Nivel 2.- Emergencia, Nivel 3.- Urgente, Nivel 4.- Semiurgente y Nivel 5.- No urgente).

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

El gravamen (examen) del Triage ha de realizarse entre 2 – 5 minutos obteniendo la suficiente información a través de una entrevista entre enfermera y paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse) para determinar la urgencia e identificar la necesidad inmediata. No es necesario realizar ningún diagnóstico. Las constantes vitales se deberán tomar en aquellos casos en los que sean necesarios para valorar la urgencia.

Si el paciente tiene una categoría 1 o 2 el gravamen 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.

La documentación que se recoja del gravamen debe incluir como mínimo: fecha y hora del gravamen, nombre del oficial del Triage, que problemas agudos presenta, historia limitada y relevante, resultados relevantes del gravamen, 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.²

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.²

CUADRO #1 AUSTRALIASAN TRIAGE SCALE (ATS)

NIVEL	TIEMPO DE ESPERA	CATEGORIA
1	0 minutos	Vital inmediato
2	Maximo10 minutos	Inmediato
3	30 minutos	Urgente
4	60 minutos	Urgente menos complejo
5	120 minutos	Poco urgente

Fuente: Serrano Benavente RA. Sistema de Triage en urgencias generales. Universidad Internacional de Andalucía; 2014. [Citado 2019 Jul 04]. Disponible en: <http://dspace.unia.es/handle/10334/2764>.

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. ²

El Triage, 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 Triage que quedará registrado. 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...) además se registran posibles alergias que tenga el paciente y el tratamiento médico que toma (si toma alguno) habitualmente. ²

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). En dicha entrevista es muy importante que la enfermera tenga buena actitud y muestre empatía; que observe los gestos, escuche lo que le explican, que palpe al paciente para observar el ritmo cardiaco, temperatura o sudoración y sobre todo que no realice juicios basándose en el aspecto o actitud del paciente. Esta entrevista ayuda a disminuir el miedo y ansiedad del paciente y/o familia. ²

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 Triage, 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). ²

Los tiempos de atención se determinan según el nivel de urgencia (véase el cuadro). 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. 2

CUADRO #2 CANADIAN EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE AND ACUITY SCALE (CTAS).

NIVEL	TIEMPO DE ESPERA	CATEGORIA
I	0 minutos	Reanimación
II	Maximo15 minutos	Emergencia Inmediata
III	30 minutos	Urgente
IV	60 minutos	Urgente
V	120 minutos	No Urgente

Fuente: Serrano Benavente RA. Sistema de Triage en urgencias generales. Universidad Internacional de Andalucía; 2014.

EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI).

El índice de severidad de urgencias americano que fue desarrollado por R.C. Wuerz y el Grupo de trabajo del ESI en 1999.

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

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.

Esta escala incluye el algoritmo simple e introduce el concepto de consumo de recursos junto con los discriminantes clave. Igual que en los anteriores modelos; el Triage podría ser realizado por médicos o enfermeras, pero es realizado, como en el resto de los modelos, por enfermeras que a través de la entrevista valoran el estado general del paciente, realizan la toma de constantes e indican el motivo de consulta.

Este modelo se basa en la evidencia para mejorar la calidad en los servicios de urgencias en los estados unidos de norte América. ²

A diferencia del resto de modelos, en la ESI no existen unos tiempos de atención definidos, clasifican según los recursos que precisen en uno u otro nivel. ²

CUADRO #3 EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI).

NIVEL	TIEMPO DE ESPERA	CATEGORIA
1	No definido	Riesgo Vital inmediato
2	No definido	Situación de alto riesgo; inestabilidad fisiológica; dolor intenso
3	No definido	Necesidad de múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas y estabilidad fisiológica.
4	No definido	Necesidad de Exploración diagnóstica y/o terapéutica
5	No definido	Necesidad de exploración diagnóstica y/o terapéutica

Fuente: Serrano Benavente RA. Sistema de Triage en urgencias generales. Universidad Internacional de Andalucía; 2014.

MODELO MANCHESTER DE TRIAJE

El Sistema de Triage Manchester establece cinco niveles de prioridad representados por colores, según la posible demora en la atención al paciente.

Fue diseñado en los años 90 por profesionales de los servicios de urgencias de los hospitales de la ciudad inglesa de Manchester para dar respuesta a una creciente inquietud profesional en aquel ámbito de trabajo.

El sistema, parte fundamental del manejo de riesgo clínico en los servicios de urgencias, se basa en un sencillo método en el que, en función del motivo de consulta del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, se le asigna al paciente un nivel de prioridad para su atención.

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 y 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. ²³

CUADRO #4 MODELO MANCHESTER DE TRIAJE

TABLA MODELO MANCHESTER DE TRIAJE			
Prioridad 1:	atención	Inmediata	(identificados con el color rojo).
Prioridad 2:	atención	Muy Urgente	antes de 10 min, (color naranja).
Prioridad 3:	atención	Urgente	antes de 60 min (color amarillo).
Prioridad 4:	atención	Menos Urgente	antes de 120 min (color verde).
Prioridad 5:	atención	No Urgente	antes de 240 min (color azul).

CUADRO #5 MODELO MANCHESTER DE TRIAJE

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III	PRIORIDAD IV	NO PRIORIDAD
Inmediata	Muy Urgente	Urgente	Menos Urgente	No Urgente
Condición de salud extrema que amenaza la vida del paciente.	Condición de salud de alto riesgo que representa una amenaza al estado de salud del paciente.	Condición aguda, no amenazante de la vida.	Condición de salud que puede ser aguda, pero no compromete el estado general del paciente.	Condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos, sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general del paciente.
Requiere una intervención médica inmediata.	Debe recibir atención médica inmediata.	Requiere consulta médica no inmediata.	No representa un riesgo evidente.	No representa un riesgo para la vida.
Atención inmediata con médico de la sala de emergencia.	Atención dentro de los siguientes 30 minutos con médico de la sala de emergencia.	Atención hasta 2 horas con médico y observación en sala de medicación o sala de emergencia (cuando hay necesidad de reposo en posición horizontal).	Atención de 2 hasta 4 horas y remisión a especialistas.	Atención, cita por consulta externa en ambulatorio o consulta médica agendada.

Fuente: Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triage de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

Estos cinco niveles se establecen en función de los siguientes criterios generales: 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.²³

El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza los discriminadores dispuestos en forma de diagramas, para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas. Según el Protocolo de Manchester, la clasificación de riesgo es un método estandarizado, rápido, objetivo, conciso, y dirigido a valorar las capacidades de supervivencia inmediata.²³

No se contemplan patologías previas, no existen datos complementarios ni apoyos al diagnóstico, porque es una forma de evaluación rápida. Por eso debe ser ejecutado por una persona con un perfil específico, con mucha experiencia, con autoridad y capacidad para la toma de decisiones en circunstancias difíciles. Se trata de un método de priorización de pacientes que es sencillo de aprender y utilizar, rápido en su ejecución.²³

En el Sistema de Triage Manchester, cada Triage dura entre 1 y 1.5 minutos, es válido para pacientes adultos y en edad pediátrica, y define unos flujos y circuitos de pacientes que contribuyen de manera decisiva a la reorganización del servicio de urgencias.²³

MODELO ANDORRANO DE TRIAJE (MAT).

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. Esta es la esencia conceptual del Programa d'Ajuda al Triatge (PAT®) desarrollado el año 2001 como núcleo operativo del MAT. ²

El MAT es un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de Triage 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. El Modelo Andorrano de Triage fue desarrollado por Josep Gómez Jiménez y la comisión del Consejo Directivo del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) en el 2000. Utiliza la CTAS como referente. Aceptado en 2002 como estándar catalán de Triage por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU). ²

CUADRO #6 MODELO ANDORRANO DE TRIAJE (MAT).

NIVEL	TIEMPO DE ESPERA	CATEGORIA
I	0 minutos	Reanimación
II	Máximo 7 minutos	Emergencia Inmediata
III	30 minutos	Urgente
IV	45 minutos	Menos Urgente
V	60 minutos	No Urgente

Fuente: Serrano Benavente RA. Sistema de Triage en urgencias generales. Universidad Internacional de Andalucía; 2014.

RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN (RAC)

La RAC (Recepción, Acogida y Clasificación), es el proceso de atención para la primera asistencia de pacientes en situación de riesgo vital o de urgencia, con el fin de identificar sus necesidades y problemas, y clasificarlos por niveles de prioridad asistencial y/o cuidados, en situaciones de atención individual.

La RAC es sumar al concepto de Triage los elementos propios de la relación interpersonal entre el paciente y el profesional sanitario, estableciendo conexiones empáticas y centrando las acciones en el servicio al paciente.

Recepción

Es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del paciente y su familia. Uno de los significados del término recibir es «salir al encuentro de uno que viene de fuera».

Acogida

Es el modo relacional en el que se desarrolla el primer Procedimientos Operativos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) Triage de Pacientes en las emergencias hospitalarias encuentro personal sanitario-paciente y conlleva la puesta en práctica de todo el conjunto de valores humanos hacia el paciente y la familia. Es la forma ética y adecuada, necesaria para suplir la demanda de asistencia de manera responsable y resolutiva del demandante. Se realiza una vez descartada la emergencia de riesgo vital que se presupone con la sola presencia física del que demanda la asistencia.²³

Motivo de la consulta de urgencia:

Debe ser hecho un interrogatorio al paciente: ¿Qué le pasa?

- Descripción del cuadro y su sintomatología delimitando el cuadro, para formarnos una opinión de su gravedad. Existencia de dolor, localización y características.
- Debe contener la declaración del problema: tipo de incidente crítico (accidente laboral, tráfico, precipitado, autolesión, agudización de crónico, proceso agudo) Sitio del escenario del incidente crítico.
- Niveles de atención recibida: ¿Fueron implementadas medidas de estabilización?
- Sistema de transporte en el que ha venido: ¿Con cuáles medios de traslado?
- Delimitar si es un cuadro agudo o una afectación crónica, o crónica descompensada, entre otros: ¿Desde cuándo?
- Episodios previos: averiguar la existencia de cuadros recurrentes.²³

Inspección del paciente:

Búsqueda de signos de gravedad y parámetros de control. Lo pertinente con el motivo de la consulta y que ayude a priorizar. Aspecto general: impresión de gravedad, existencia de dificultad respiratoria.²³

Se realizan intervenciones diagnósticas iniciales, de medida de signos vitales, que el personal asistencial de la RAC considere oportunas para la aproximación al problema del paciente, siguiendo un protocolo estandarizado adecuado a cada motivo de consulta, el que permite establecer un circuito unidireccional del paciente y facilita la labor diagnóstica y que están en tablas de apoyo en anexo a este manual.²³

De esta manera, podemos distinguir cuatro fases en el desarrollo de la clasificación de pacientes en urgencias:

- Identificar la queja de presentación, que es el motivo de la ida a la urgencia.
- Elegir el flujo de decisión aplicable, trauma o clínico, los que engloban la gran mayoría de las situaciones que se presentan en las urgencias.
- Determinar los factores de riesgo y las respuestas a las siete preguntas.
- Como consecuencia de lo anterior, determinar la prioridad, designada por un color, con un tiempo objetivo correspondiente para la espera por atención médica.²³

Competencias del personal asistencial en la recepción, acogida y clasificación

- Identificar los problemas y las necesidades de los pacientes y los riesgos para su seguridad en el medio asistencial.
- Ordenar de forma eficaz la demanda, mediante entrevista rápida, observación, exploración y distribución.
- Ofertar a los pacientes y a sus familiares o acompañantes una aproximación humana y Procedimientos Operativos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) Triage de Pacientes en las Emergencias Hospitalarias profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
- Facilitar estabilidad, comodidad, seguridad y prestar apoyo emocional y apoyo psicológico, para poner al paciente en una actitud terapéutica positiva.
- Evaluar la situación del paciente a su llegada y determinar el grado de prioridad.
- Derivar al usuario que precisa cuidados inmediatos hacia el área de tratamiento y cuidados apropiados.
- Evaluar más detenidamente al paciente que no precisa cuidados inmediatos.
h. Iniciar los cuidados necesarios según los procedimientos establecidos para la RAC en función de las alteraciones de salud manifestadas y necesidades identificadas.²³

- Orientar adecuadamente al paciente o a su familia si presentan déficit de conocimientos relacionados con el motivo de la consulta, aclarando cualquier duda que expresen. ²³

Factores de riesgo (clínicos y trauma) que son determinantes en la RAC

- Riesgo de muerte: el riesgo de muerte es cualquier ausencia o inestabilidad de signos vitales (A - vía aérea, B - respiración, C - circulación), los cuales colocan al paciente en el primer grupo de prioridades.
- Incapacidad para mantener su vía aérea por cualquier período de tiempo o tiene obstrucción de las vías aéreas. Estridor inspiratorio y espiratorio o presenta un grave riesgo en su vía aérea.
- Respiración inadecuada, siendo aquel paciente que no puede respirar lo suficiente para mantener una oxigenación adecuada. Puede haber señales de esfuerzo respiratorio, señales de ventilación ineficaz o agotamiento.
- La ausencia de pulso durante la palpación por 5 segundos del pulso carotideo en el adulto o braquial en el niño, que pueden ser seguidos de sudoración, palidez, taquicardia, hipotensión y la alteración del estado de conciencia o choque. ²³

Nivel de consciencia: se debe estar muy atento con el nivel de consciencia del paciente. Para evaluar eso se puede usar la observación, el interrogatorio y también la evaluación estandarizada por medio de la escala de coma de Glasgow, en los casos más difíciles de determinar.²³

CUADRO #7 ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Escala de coma de Glasgow			
Parámetros	Respuesta observada	Puntuación	
Apertura ocular	Espontánea	4	
	Al estímulo verbal	3	
	Al estímulo doloroso	2	
	Ninguna	1	
Respuesta verbal	Orientada	5	
	Confusa	4	
	Palabras inadecuadas	3	
	Sonidos incomprensibles	2	
	Ninguna	1	
Respuesta motora	Obedece órdenes	6	
	Localiza el dolor	5	
	Movimiento de retirada	4	
	Flexión hipertónica (decorticación)	3	
	Extensión hipertónica (descerebración)	2	
	Ninguna	1	
Sin alteración		15	
Leve	Moderado	Grave	Gravísimo
13 a 14	9 a 12	5 a 8	≤ 4

Fuente: Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triage de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

Dolor: El dolor intenso representa un dolor muy fuerte o insoportable, naranja o Rojo, según la escala de dolor.

- Dolor moderado de refiere a un dolor intenso, significativo pero admisible, amarillo, según la escala de dolor.
- Cualquier dolor de inicio desde hace menos de siete días y de intensidad inferior al dolor moderado, como un dolor leve reciente, debiendo ser asignado en la prioridad poco urgente (verde); observar otros determinantes que indique una mayor prioridad, según la escala de dolor. Para realizar esa descripción se deben usar escalas como la que está a continuación, para su más clara descripción: ²³

CUADRO #8 ESCALA DEL DOLOR, SEGÚN WONG – BAKER (ADULTOS)

Evaluación de la severidad del dolor - ADULTO				
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10
Sin dolor. Actividad normal o leve. Desconocido.	Dolor leve. No interfiere en las actividades o poca limitación.	Dolor moderado. Causa dificultad. No realiza algunas actividades.	Dolor fuerte o incapacidad. No realiza las actividades habituales.	Dolor insoportable. Intenso. Peor dolor de la vida. Sin control.

Fuente: Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triage de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

CUADRO #9 ESCALA DEL DOLOR, SEGÚN WONG – BAKER (NIÑOS)

Escala de dolor para niños de 1 mes a 3 años y en pacientes no colaboradores			
GRADO			
	0	1	2
Cara	Cara relajada o expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Extremidades inferiores	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para ser consolado
0: No dolor	1-2: Dolor Leve	3-5: Dolor moderado	6-8: Dolor fuerte/intenso
9 - 10: Máximo de Dolor Imaginable			
La calificación del dolor por esta escala es de 0 a 10 - donde el 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo de dolor imaginable			

Fuente: Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triaje de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

CUADRO #10 ESCALA DEL DOLOR, SEGÚN WONG – BAKER (NIÑOS)

Escala del dolor				
AZUL	VERDE	AMARILLO	NARANJA	ROJO
				
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10
Sin dolor	Duele poco	Duele un poco más	Duele mucho	Duele muchísimo

Fuente: Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triaje de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

CUADRO #11 PARÁMETROS DE SIGNOS VITALES ADULTOS

PARÁMETROS DE LOS SIGNOS VITALES ADULTOS					
PAS	PAD	FC	SO ² (%)	FR	T
Inaudible, ≤ 80 o ≥ 200 mmHg con síntomas	≥ 131 mmHg con síntomas	≥ 140 o ≤ 50 lpm con síntomas	≤ 85%	≥ 40 rpm	Fiebre similar a convulsión o < 35°
≤ 80 o ≥ 200 sin síntomas	≥ 131 sin síntomas	> 140 o < 50 lpm sin síntomas	80 a 86%	≤ 39 rpm	Adulto: ≥ 41° o ≤ 35° Niños: ≤ 38.5° o ≥ 40.9°
> 141 a < 199 mmHg	> 100 a < 130 mmHg	91 a 139 lpm	≤ 92 a ≥ 86%	> 35 a ≤ 38 rpm	≤ 38.5° a ≥ 40.9°
> 120 a < 140 mmHg	> 80 ± 15 mmHg	> 70 a 90 lpm	≥ 92%	30 a 35 rpm	≤ 37.5° a ≥ 38.4°
> 100 a ≤ 120 mmHg	≤ 79 mmHg	60 e 70 lpm	≥ 96%	25 a 34 rpm	35° a 37.5°

Fuente: Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triage de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

CUADRO #12 PARÁMETROS DE SIGNOS VITALES NIÑOS

PARÁMETROS DE SIGNOS VITALES PARA NIÑOS				
SO ² (%)	FR	T	FC	FR
≤ 79%	≥ 40 rpm	≥ 40.5° C	RN: < 80 o > 200 lpm	RN: ≥ 60 rpm
80 a 84%	≤ 39 rpm	39.5° a 40.4° C	1 mes a 1 año: < 80 o > 180 lpm	1 mes a 1 año: ≥ 50 rpm
85 a 89%	> 35 a ≤ 38 rpm	38.5° a 39.4° C	01 a 8 años: < 80 o > 160 lpm	
≥ 90%	30 a 35 rpm	37.0° a 38.4° C	> 8 años: < 60 o = 160 lpm	> 1 año: ≥ 40 rpm
≥ 92%	25 a 34 rpm	36.0° a 36.9° C		

Fuente: Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triage de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

Sangrado/hemorragias sin control: es cuando la muerte se producirá rápidamente si no se detiene el sangrado/ hemorragia.

• Hemorragia severa o incontrolable: es aquella en la cual la sangre se mantiene abundante a pesar de la compresión directa y sostenida. Hemorragia moderada: ocurriría cuando el sangrado es discreto o se mantiene escurriendo después de la compresión. Cualquier hemorragia, por menor que sea, debe ser clasificada como prioridad urgente (amarillo).²³

Temperatura:

- Un adulto muy caliente y/o un niño caliente deben ser siempre clasificados como muy urgente (naranja).
- Mientras que un adulto caliente debe ser clasificado como urgente (amarillo).
- El paciente hipotérmico debe estar siempre en la prioridad de muy urgente (naranja).²³
- Para una mejor identificación de los grados se debe usar la tabla con los signos vitales que se incluye a continuación.²³

CUADRO # 13 VALORES NORMALES TEMPERATURA

Edad	Grados centígrados (°C)
Recién nacido	36,1– 37,7
Lactante	37,2
Niños de 2 a 8 años	37,0
Adulto	36,0 – 37,0

Aguayo a., Lagos PA., Guía clínica de control de signos vitales, Universidad Pedro de Valdivia.

Mecanismos de trauma severo o grave:

- Caída de altura superior a 6 metros.
- Accidente automovilístico con eyección del vehículo.
- Accidente automovilístico con vuelco.
- Accidente automovilístico con tiempo de rescate > 20 min.
 - Accidente automovilístico con abolladura significativa del compartimiento del conductor/pasajero.
- Accidente automovilístico con muerte en el mismo compartimiento del vehículo del conductor/pasajero.
- Accidente automovilístico con impacto frontal en velocidad > 40 km/h (sin cinturón de seguridad) o en velocidad > 60 km/h (con cinturón de seguridad).
- Accidente con motocicleta con impacto de coche a velocidad mayor de 30 km/h, especialmente cuando el motociclista está separado de la motocicleta.
 - Atropello de peatón o ciclista por coche a velocidad > 10 km/h.
- Caída de altura mayor a 3 veces la altura del paciente. Importante: siempre considerar los mecanismos de trauma en la recepción de los pacientes en las unidades de atención. Debe tomarse en cuenta la necesidad de inmovilización.²³

Riesgos severo o grave para pacientes clínicos:

- Inmunosupresión, sida, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal crónica (IRC), cuadro hipertensivo (CH), diabetes mellitus (DM).
- Drogas/productos químicos/venenos de alta letalidad.
- Eventos anteriores graves que requirieron intervenciones inmediatas.²³

Signos vitales alterados:

- Historia de infarto agudo de miocardio (IAM) o enfermedad vascular cerebral (EVC).
Importante: esos pacientes nunca podrán ser clasificados como verdes. ²³

La medición de los signos vitales es obligatoria para:

- Ancianos
- Gestantes
- Hipertensos
- Historia De Diabetes
- Obesos
- Cefaleas
- Vértigo o desmayos.
- Intoxicación Exógena. ²³

Exploración física

Búsqueda de signos de gravedad. Hay que prestar atención en aquellos relacionados con el motivo de consulta y que nos ayuden a priorizar. ²⁴

Respiración:

Permeabilidad de vías aéreas, patrón respiratorio, trabajo respiratorio, sonidos audibles a distancia. ²⁴

Circulación:

Pulsos distales, temperatura de la piel, color, FC. ²⁴

Neurológico:

Nivel de conciencia, pupilas, respuesta al dolor, motricidad etc. ²⁴

Toma de signos vitales:

En el Triage utilizamos habitualmente los siguientes signos vitales: FC, FR, TA, SatHb, temperatura y glucemia. ²⁴

La medición de la glucosa en sangre capilar es obligatoria para:

- Historia de Diabetes
- Vértigo o desmayo. ²³

Es importante tener claro que la toma de estos no es un objetivo de la consulta de Triage: sólo se deben tomar aquellos que pueden condicionar la decisión del nivel de urgencia. Si con datos clínicos tenemos suficiente para determinarlo, la toma de constantes no hace más que enlentecer el proceso, y nuestro tiempo es precioso. ²⁴

Recepción del paciente en ambulancia

Es importante conocer qué implica el traslado de un paciente en ambulancia terrestre, para comprender la necesidad de recepción inmediata del mismo.

El personal de salud que asiste a los pacientes durante el traslado es, usualmente, un personal entrenado que transporta bajo condiciones estables y aplicando las medidas necesarias para arribar en las mejores condiciones. Con frecuencia, los pacientes que requieren este servicio se encuentran con algún compromiso de su hemodinámica, por lo que debemos proceder a una inspección inmediata de la condición general del paciente ante su llegada a la sala de emergencia/urgencia.

Los pacientes trasladados en ambulancia ya han pasado por un proceso de Triage extrahospitalario, donde se determinó la necesidad de derivar a un centro de salud, bajo la custodia de un personal paramédico. ²³

Se efectúa una coordinación con garantía de recepción del paciente a su destino, se documenta el estado del paciente antes y durante el traslado, así como los procedimientos realizados.²³

El paciente que es recibido en las salas de emergencia, el cual fue transportado por el Sistema de Emergencias y Seguridad Ciudadana 9.1.1, por el Centro Coordinador de Respuesta a Urgencia y Emergencias (CRUE) u otro transporte sanitario, será presentado al personal de Procedimientos Operativos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) Triage de Pacientes en las Emergencias Hospitalarias servicio en las salas de emergencias bajo el procedimiento de presentación de paciente establecido por la Dirección de Emergencias Médicas del Ministerio de Salud Pública, y con una clasificación previa de atención pre hospitalaria. Nota: el flujo de llegada de los pacientes por ambulancia se conecta con el flujo de admisión hospitalaria descrito arriba.²³

Como medida general, se recibirá al paciente en posición horizontal en la camilla, y en las mismas condiciones, se traspasará a una camilla de atención en la sala de emergencia/urgencia. Sin embargo, hay situaciones donde la condición general del paciente ha mejorado o la capacidad del establecimiento receptor ha sobrepasado su capacidad de respuesta a pacientes en camilla, y en estos casos se permitirá colocarlo de forma vertical, bajo la decisión del médico/enfermera asistente, para procesar su atención médica, bajo condiciones de seguridad para el paciente.²³

Para la seguridad de los profesionales existen avances sustanciales en los aspectos relativos a la bioseguridad, para prevenir los riesgos derivados de la accidentalidad que conlleven a la adquisición de una enfermedad infectocontagiosa.²³

Tener en cuenta lo siguiente:

- El riesgo de exposición con agujas está directamente relacionado con la categoría laboral, la experiencia profesional, el área de trabajo y la actividad realizada.
- El exceso de confianza genera una serie de actitudes que dificultan la prevención de riesgos en el personal asistencial de salud.
- El personal de salud debe notificar de manera inmediata si presenta un accidente con material corto punzante, a fin de recibir la asistencia adecuada y proceder con los trámites del caso. ²³
- Asegurarse de utilizar siempre medidas de protección personal (guantes, gafas para protección de fluidos, mascarillas, delantal y otros, según el evento a tratar). ²³

Seguridad de los pacientes:

- En el 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, mediante la Resolución WHA55.18, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. La Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la seguridad del paciente y viene impulsando la conciencia de los profesionales sanitarios respecto de la seguridad de los pacientes. ²³

De una manera muy específica, el personal asistencial, en el marco de la RAC, debe promover y aplicar los criterios de seguridad del paciente, aplicando sus conocimientos y competencias para evitar daños adicionales durante la atención de los pacientes en los servicios de urgencia y emergencia. ²³

El paciente clasificado no puede salir del servicio sin ser atendido, es importante dejar eso claro, porque la RAC no es un instrumento de exclusión de la asistencia al paciente; pero es una herramienta de priorización de la atención según la gravedad del usuario que busca los servicios hospitalarios de urgencia y emergencia. ²³

El personal asistencial de la RAC puede, y debe, tener capacidad y competencia para detectar dichos riesgos, a partir de los problemas y las circunstancias personales de cada paciente; y, además, describirlos y registrarlos para una mejor asistencia en la continuidad de cuidados, propia de la atención en urgencias. ²³

Lo ideal es que no se presente un evento adverso adicional (daño durante la atención sanitaria de manera no intencional) en el proceso de atención de su emergencia/urgencia. Cuando un paciente esté en el servicio de emergencias se deben realizar los siguientes procedimientos:

- Identificación correcta del paciente (nombre y apellidos) en la cabecera de la camilla, con el número de esta.
- Las camillas deben tener colocadas las barandas de seguridad.
- Vigilancia estricta de pacientes críticos.
- Comunicación fluida y clara en las órdenes médicas verbales y escritas dadas al personal de enfermería, bioanalistas y técnicos de imagen, entre otros. Si las órdenes no son claras, asegure la rectificación de estas.

Procedimientos Operativos de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) Triage de Pacientes en las Emergencias Hospitalarias.

- El manejo de los pacientes en los servicios de emergencias por residentes, pasantes e internos debe contar con la aprobación del médico adjunto o el médico responsable de la sala. ²³

Cuando se administren medicamentos, tener en cuenta lo siguiente: • paciente correcto. • Medicamento correcto. • Vía correcta. • Dosis correcta. • Rapidez correcta. • Registro correcto. • Prescripción correcta. ²³

Control de calidad Indicadores

La evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en los servicios de urgencias requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes. La evaluación por indicadores es un instrumento útil para controlar de forma numérica la calidad de la actividad diaria. ²⁴

1. Índice de pacientes perdidos sin ser atendidos por el médico: El índice de pacientes no atendidos ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido se sitúa en al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias.

²⁴

Este indicador se subdivide en:

1. Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados: Porcentaje de pacientes que deciden dejar el servicio de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados y el Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser atendidos por el médico: Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico, sobre el total de pacientes clasificados. ²⁴

2. Tiempo llegada / registro-Triaje: El tiempo desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta el momento que se inicia la clasificación. El IC de tiempo llegada registro- Triaje se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo ≤ 10 minutos sobre el total de pacientes clasificados. Se establece un estándar $>$ al 85%. Complementariamente establecemos un IC de tiempo registro-Triaje de 15 minutos, con un estándar $>$ 95%.²⁴

3. Tiempo de duración del Triaje: Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea de 5 minutos en el 95% de los pacientes clasificados.

4. Tiempo de espera para ser atendido. Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser atendidos por el equipo médico en 2 horas desde su clasificación y el 100% en 4 horas. El tiempo de espera para ser atendido se evalúa por el percentil de cumplimiento y el percentil de cumplimiento marginal, que son porcentajes de cumplimiento para cada nivel de Triaje. ²⁴

Otros Indicadores de calidad vinculados al Triage

- Personas atendidas fuera de box
- Información a los pacientes
- Protocolos de riesgo vital
- Existencia de protocolos de detección de situaciones de riesgo social: maltrato infantil, violencia doméstica.²⁴
- Aplicación de medidas de prevención en pacientes de riesgo infectocontagioso respiratorio
 - Readmisiones a las 72 horas
 - Demora en la realización de ECG en pacientes con síndrome coronario agudo
 - Tiempo puerta-aguja en el IAM
 - Tiempo puerta-TAC en el ICTUS de menos de 6 horas de evolución
 - Retardos diagnósticos en emergencias oftalmológicas
 - Tiempo de demora en atender a un paciente con disnea grave en general todos los indicadores están relacionados con la demora diagnóstica y terapéutica.²⁴

Factores Que Influyen en la Implantación del RAC

Para planificar la implantación en un determinado hospital se deberán tener en cuenta los siguientes factores:

1. El número de pacientes atendido por día
2. El flujo de pacientes en las diferentes franjas horarias, días de la semana y meses del año.
3. El número de pacientes que requieren intervención rápida
4. El tipo de pacientes atendidos en el servicio de urgencia (pacientes pediátricos, psiquiátricos, ginecológicos, trauma, etc.)
5. El número de profesionales asignados.²⁴

Factores que influyen en el de éxito de la Implantación

- Apoyo institucional
- Participación de los profesionales (adhesión)
- Creación de una comisión de clasificación en los servicios de urgencia
- Involucramiento de enfermería
- Definición clara de todos los pasos del paciente desde que llega al servicio de urgencias hasta que es atendido por el médico
- Definición de qué debe hacer cada profesional y cómo debe hacerlo.
- La estructuración física, recursos tecnológicos y humanos del servicio de Urgencias de acuerdo con las recomendaciones propuestas.
- Protocolización.²⁴
- La elaboración de un programa de capacitación uniforme que contemple: la creación de formadores expertos, la disponibilidad de un presupuesto de capacitación, y la implantación de un programa de educación continuada en urgencias para contar con un número suficiente de personal cualificado en clasificación.
- La instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del RAC, según un modelo de mejora continúa.²⁴

Personal que realiza el RAC

El perfil profesional implica personas capacitadas para hacer funciones de Triage. Esta claramente definido que el personal de enfermería es quien debe realizar este proceso.²⁴

Además de los conocimientos propios de su profesión, esas personas deben formarse más específicamente en la metodología de la consulta de Triage y en los criterios que determinan los diferentes niveles de urgencia.²⁴

Para su formación habrán practicado un número determinado de escenarios teóricos y además habrán realizado un número suficiente de horas de Triage real tutelado por un profesional experto. ²⁴

El profesional que realiza Triage no comparte otras funciones, sino que se dedica a dicha tarea de forma exclusiva. Debido a la presión y a la intensidad con que realiza su trabajo, se establece que no deberá estar en el puesto de Triage más de 4 horas diarias de su jornada laboral prevista. ²⁴

Ubicación de la Unidad de Triage

Espacio físico propio e Independiente con equipado con el material básico

Buena comunicación tanto con la:

- Sala de espera
- Zona de tratamientos
- Exploración
- Observación ¹¹
- Con buena comunicación hacia los consultorios ²⁴
- Que permita la confidencialidad de la entrevista ²⁴

Áreas internas de la sala de emergencias Área de trauma shock o reanimación:

Es para la atención inmediata de los pacientes en riesgo de muerte inminente, donde se realizan procedimientos invasivos de emergencia que serán señalizados con el color rojo. Hay que tener al menos un médico y un licenciado en enfermería, responsables 24 h/día.²³

Área de pacientes semicríticos: destinada a los pacientes que ya han sido estabilizados, pero aún requieren cuidados especiales. En la actualidad no figura en las salas de emergencias, por lo que deberá ser dispuesto un espacio destinado para este fin o puede ser compartida con el área de observación (pacientes amarillos), solo que será señalizada con el color naranja. Debe tener al menos un médico y un licenciado en enfermería, responsables 24 h/día, pero pueden compartir el equipo de la sala de reanimación, o de la de observación, siempre que se tenga un auxiliar de Enfermería para la asistencia al paciente. Sala de observación: para los pacientes menos críticos porque están estables, lo cuales deben ser divididos por género y edad (niños y adultos), dependiendo de la demanda, lo que se puede hacer por medio de paneles divisores o cortinas que separan los entornos, con una estación de enfermería central que tenga contacto visual con todos los pacientes en la sala. Será señalizada con el color amarillo.²³

Áreas externas a la sala de emergencia Área de administración de

medicamentos: lugar destinado para la aplicación de medicamentos intravenosos o intramusculares rápidos por personal de enfermería, para pacientes sin riesgo de vida clasificados con prioridad o nivel de triaje verde o azul, con un pequeño puesto de enfermería para preparación de medicación y ubicación del personal de enfermería. Tener en cuenta que en esta sala no se hacen procedimientos y solo es permitido nebulizar.²³

Consultorios médicos: uno o más espacios destinados para la atención médica de pacientes sin riesgo de vida clasificados con prioridad o nivel de triaje verde o azul, equipados con camillas y equipos para la evaluación de pacientes. ²³

La cantidad de estos espacios dependerá de la demandad asistencial. Área de triaje o consultorio: uno o más espacios destinados para la realización de la clasificación de riesgo/triaje con equipos para toma de signos vitales. En esta área no se realiza examen físico y diagnóstico, solo aplicación del protocolo de clasificación. La cantidad necesaria de oficinas de triaje depende de la demanda asistencial. Necesita tener un licenciado en enfermería y un auxiliar de enfermería por 24 h/día. ²³

Otras áreas: Es relevante que estén localizadas cerca, áreas para el descanso del personal de salud, y las áreas de apoyo técnico como son el área de yeso, farmacia satélite, área administrativa, sala de espera, baños y área de atención al usuario. Dado que esta es un área de atención a pacientes graves, no se recomienda la presencia de acompañantes en la sala, exceptuando los pacientes pediátricos, para que no causen disturbios en los procesos de atención; pero cabe señalar la necesidad de que estos esperen cómodamente en un ambiente próximo. ²³

Es necesario tener un espacio destinado para que los profesionales de asistencia social y apoyo psicológico puedan establecer un intercambio de información con los acompañantes y familiares. Este espacio debe facilitar una comunicación eficiente, por lo que se recomienda que sea un espacio privado, cerca de la recepción y/o sala de espera. ²³

CUADRO # 14 SALA DE RAC Y MATERIALES

Muebles	Camilla Exploración
	Sillas
	Heladeras
	Lava Manos
	Cubo De Basura Y Ropa Sucia
	Escritorio
	Computadora E Impresora
	Clasificadora De Documentos
	Teléfono
	Armario O Carro Para Materiales
	Mesa De Preparación De Medicación
	Carro De Medicación
Documentación	Hojas De Triaje
	Lista De Teléfonos Del Personal De Servicio Del Hospital
	Manual Del Triaje
Medicación	Suero Oral
	Paracetamol Oral
	Metamizol
	Dexametasona
	Difenhidramina
	Dimenhidrinato

Fuente: Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; España, Embajada en Paraguay, Oficina Técnica de Cooperación; Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos recepción, acogida y clasificación (RAC). Asunción: MSPBS; 2011.

CUADRO # 15 SALA DE RAC Y MATERIALES

Aparatos	Toma de aspiración
	Toma de oxígeno
	Monitor de presión
	Monitor de glicemia capilar
	Monitor de saturación de oximetría de pulso
	Estetoscopio
	Esfigmomanómetro
	Termómetro
	Linterna
Materiales	Mascarilla de oxígeno adulto y pediátrica
	Humidificadores
	Agua estéril
	Sonda de aspiración
	Vasos para el agua
	Cucharas
	Gasas
	Tirillas para glicemia
	Lancetas para glicemia capilar
	Guantes desechables
	Alcohol
	Jeringas todos los tamaños
	Contenedor de agujas
	Esparadrapo hipo alergénico
	Balanza para adultos y pediátricos
	Jabón
	Soporte para rollo de papel
	Sábanas y toallas

Fuente: Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; España, Embajada en Paraguay, Oficina Técnica de Cooperación; Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos recepción, acogida y clasificación (RAC). Asunción: MSPBS; 2011.

III.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cantidad de años cumplidos.	Numérica
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas de los individuos.	Femenino Masculino	Nominal
Nivel de Escolaridad	Grado o nivel de educación alcanzado por los pacientes.	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico Universitaria	Nominal
Procedencia	Lugar o Zona de origen de un individuo.	Sur Norte (Cibao) Este Zona metropolitana	Nominal
Afiliación	Es la adherencia a una institución o seguro de salud.	Militar Dependiente de militar Militar Retirado ARS SeNaSa Otras ARS Ninguna afiliación	Nominal
Aplicación del Triage	El Triage es usado para clasificar los pacientes según sus signos y síntomas, con el fin de disminuir el flujo de pacientes en la emergencia.	Alto Medio Bajo	Nominal
Nivel de clasificación	Según la gravedad, determinada por los signos y síntomas será el color y la escala, siendo el nivel I la mayor gravedad y el nivel V menos urgente.	Nivel I (Rojo) Nivel II (Naranja) Nivel III (Amarillo) Nivel IV (Verde) Nivel V (Azul)	Ordinal

Motivo de consulta	Razón por la cual los pacientes asisten a la emergencia del hospital.	Dolor torácico Lumbalgia Dolor Fiebre Infecciones respiratorias agudas Trastornos gastrointestinales Heridas Traumas diversos	Nominal
Tiempo de espera	Promedio de minutos que transcurren desde que el usuario solicita la atención médica hasta que es asistido por el personal médico de Triage.	0 minuto Hasta 10 minutos Antes de 60 minutos Antes de 120 minutos Antes de 240 minutos	Numérica
Destino	Lugar a donde va dirigido el paciente luego de terminar su evaluación en triaje.	Reanimación Emergencias de medicina interna Emergencia de cirugía Emergencia de ginecología y obstetricia Consulta Domicilio	Nominal
Materiales e Insumos	Son las herramientas necesarias en Triage para la correcta aplicación del protocolo de Manchester.	Si No	Nominal

III.3. DISEÑO METODOLÓGICO

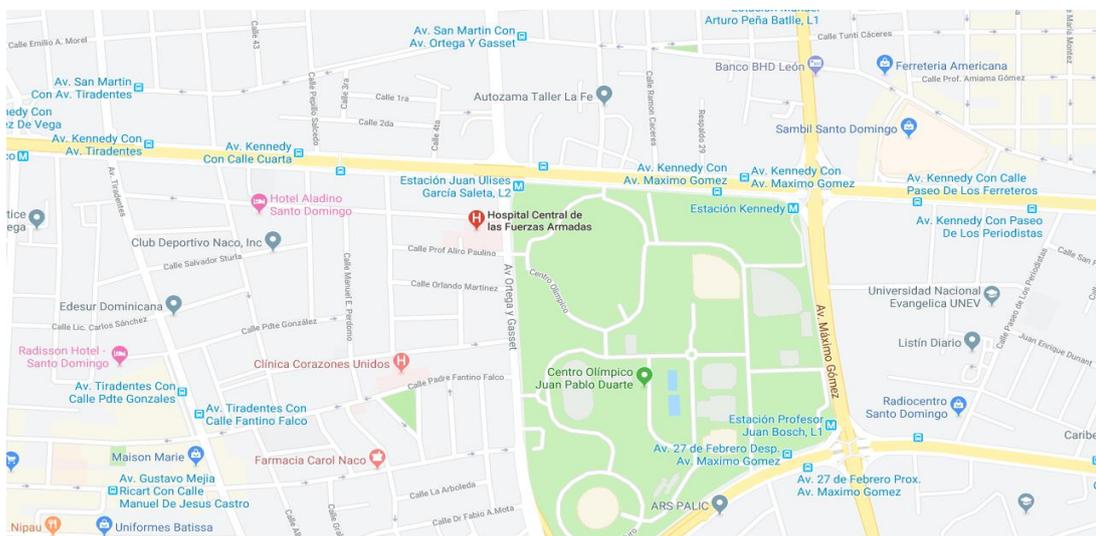
III.3. 1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección prospectiva del dato, con la finalidad de Evaluar la Implementación del Protocolo de Manchester en el Servicio de Triage Multidisciplinario, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas Durante el Periodo Agosto - Octubre 2019.

III.3. 2. Localización Geográfica:

El estudio se realizó en el área de Triage del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, ubicado, al norte la calle Dr. Heriberto Pieter No 1 al sur calle Prof. Aliro Paulino, al este Ave. Ortega y Gasset y al oeste por la calle Del Carmen. Ensanche Naco, del Distrito Nacional. En el Área IV de Salud de la Región metropolitana del Distrito Nacional Oeste de la República Dominicana.

Vista Satelital del Hospital Central de las Fuerzas Armadas



Fuente: <https://www.google.com/maps/search/imagen+hospital+central+de+las+fuerzas+armadas+rep+dom++google+maps/@18.4786033,-69.925484,16.25z>

III.3. 3. Universo

Estuvo representado por la totalidad de pacientes asistidos en el área Triage multidisciplinario, del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas durante el periodo Agosto - Octubre 2019.

III.3.4. Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico (VER FORMULA) para una muestra de 501 pacientes asistidos en el área de Triage del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas durante el periodo Agosto - Octubre 2019.

$$n = \frac{Z^2 (p) (q) (N)}{e^2 (N-1) + z^2 (p) (q)}$$

En donde:

n: es tamaño de muestra

Z: nivel de confianza = 1.96

N: universo = 942

p: probabilidad a favor = 0.5

q: probabilidad en contra = 0.5

e: error de estimación = 3%

III.3.5. Criterios de inclusión

- Todos los pacientes mayores de 16 años, asistidos en Triage.

III.3.6. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 16 años
- Pacientes que llegan al centro en algún sistema de ambulancia
- Pacientes embarazadas
- Pacientes que ingresan al área de emergencia directamente por otras razones.

III.3.7. Procedimiento

El procedimiento inicio con la aprobación del tema, el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, luego se elaboró el instrumento de recolección de datos, el cual fue presentado a la asesora clínica y metodológica. Luego de su aprobación, fue llevado al comité de ética del hospital, para su revisión y posterior aprobación. Una vez obtenido los permisos correspondientes, se asistió al área de emergencia los 7 días de la semana en horario de 8AM a 12PM. Se le explico al personal de turno la realización de la investigación y se procedió a realizar el proceso de consentimiento informado y a la obtención de la firma correspondiente. El investigador, permaneció observando todo el proceso de atención realizado en los usuarios anotando cada una de las medidas implementadas por el personal médico evaluado en el cumplimiento del protocolo de Manchester

III.3.8. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se elaboró un formulario, el cual tomo en cuenta las variables de la investigación, de acuerdo con los parámetros establecido en el protocolo entre otros aspectos, el uso de escalas de valoración, examen físico, toma de signos vitales, medición de la glicemia capilar en caso de aplicar, donde se identifican los motivos de consulta de los pacientes , también nos sirve para medir los niveles de urgencias y sus tiempos de espera, aspectos relacionados a la bioseguridad del personal médico y el destino final luego de la evaluación de los pacientes.

III.3.9. Análisis y Tabulación

El análisis fue descriptivo, donde se registraron los datos obtenidos mediante una estadística simple y con porcentaje, a través de programas de computadoras como son: Microsoft Word 2010, Excel 2010, a través de tablas, cuadros y gráficos tipo diagrama de barras y círculos. Para calcular el nivel e implementación del protocolo se utilizaron los indicadores de procesos establecidos por el manual de operaciones del sns.

III.3.10. Aspectos éticos

El estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. El protocolo de estudio y el instrumento diseñado para el mismo fue sometido a la revisión del comité de ética del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, cuya aprobación fue el requisito para iniciar el proceso de la recopilación de los datos.

El estudio implicó el manejo de datos observacionales, y datos sociodemográficos de los pacientes que asisten al triaje multidisciplinario del Hospital Central de Las Fuerzas Armadas, los cuales fueron manejados con suma cautela. Todos los datos recopilados en este estudio se apagaron a la confidencialidad, Finalmente toda la información fue incluida en el estudio.

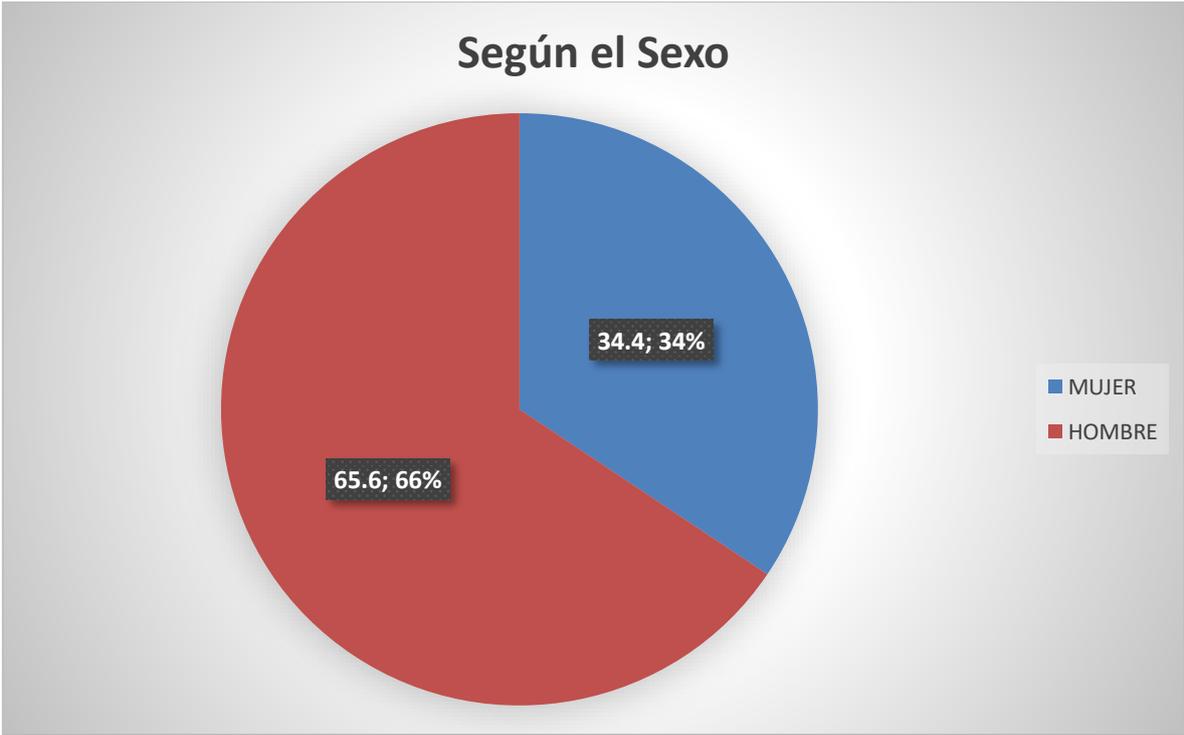
CAPÍTULO VI.

VI.1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

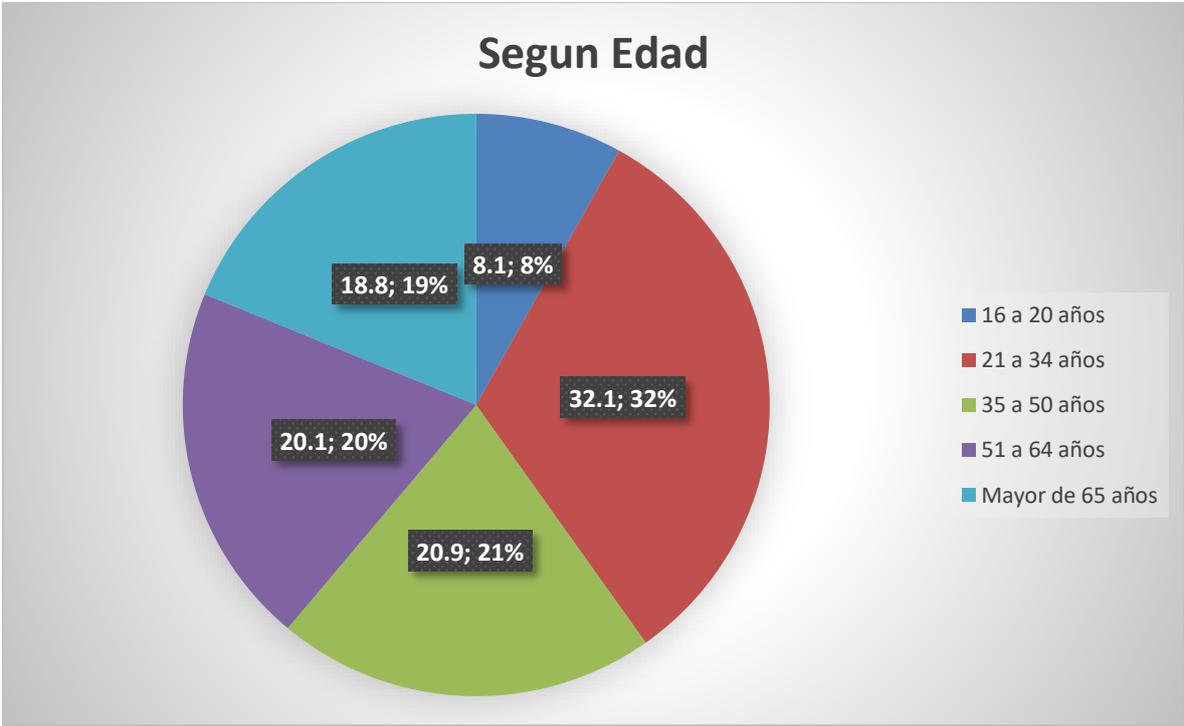
Cuadro 16. Características sociodemográficas de los pacientes asistidos en el servicio de triaje multidisciplinario en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Agosto - Octubre 2019.

VARIABLE	N	%
SEXO		
Masculino	329	65.6
Femenino	171	34.4
EDAD		
16 a 20	41	8.1
21 a 34	161	32.1
35 a 50	105	20.9
51 a 65	93	18.8
PROCEDENCIA		
Zona Metropolitana	264	52.6
Región Norte	76	15.4
Región Sur	109	21.7
Región Este	52	10.3
NIVEL EDUCATIVO		
Analfabeto	9	1.8
Estudios Primarios	54	10.7
Estudios Secundarios	227	45.4
Estudios Técnicos	154	30.8
Estudios Universitarios	57	11.3
AFILIACION		
Militar	198	39.5
Dependiente de militar	89	17.7
Militar retirado	44	8.7
Asegurado SENASA	104	20.7
Otros Seguros	6	1.4
No asegurado	60	11.9
TOTAL	501	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Cuadro 16.



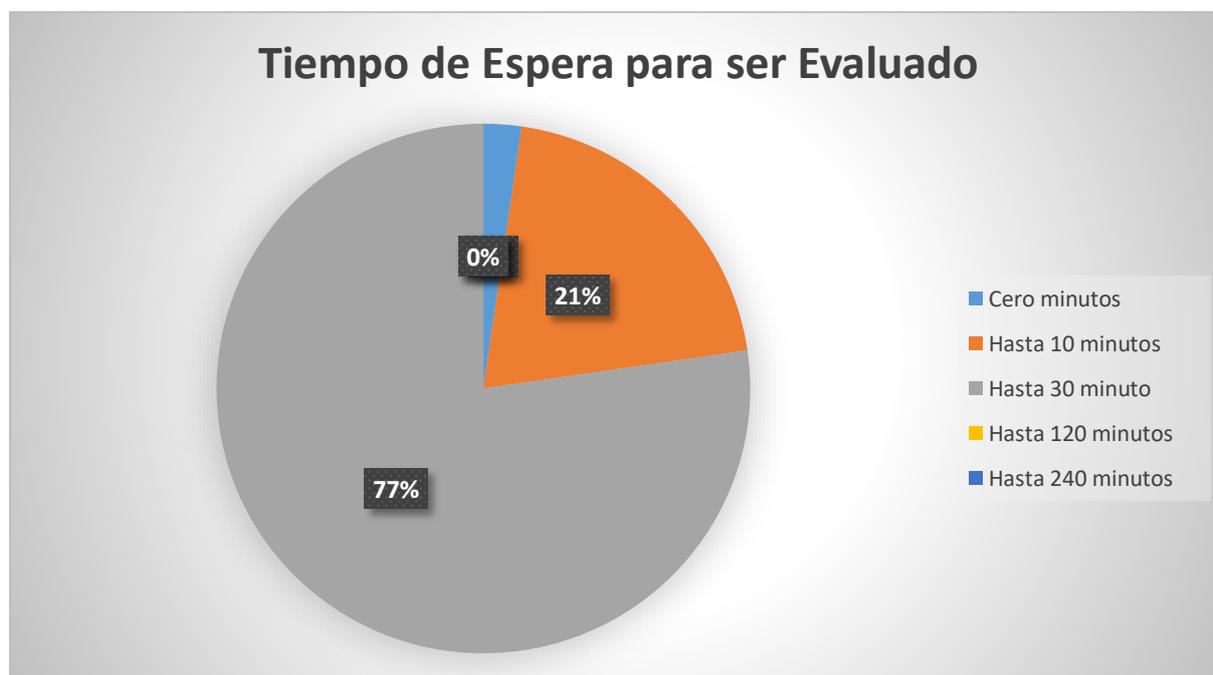
Fuente: Cuadro 16.

VI.1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuadro 17.- Implementación del protocolo de Manchester en el servicio de triaje multidisciplinario, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas Agosto - Octubre 2019, según el tiempo de espera para ser evaluado.

VARIABLE	N	%
Tiempo de espera para ser evaluado		
Cero minutos	11	2.3
Hasta 10 minutos	102	20.4
Hasta 30 minuto	387	77.3
Hasta 120 minutos	0	0
Hasta 240 minutos	0	0
Total	501	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

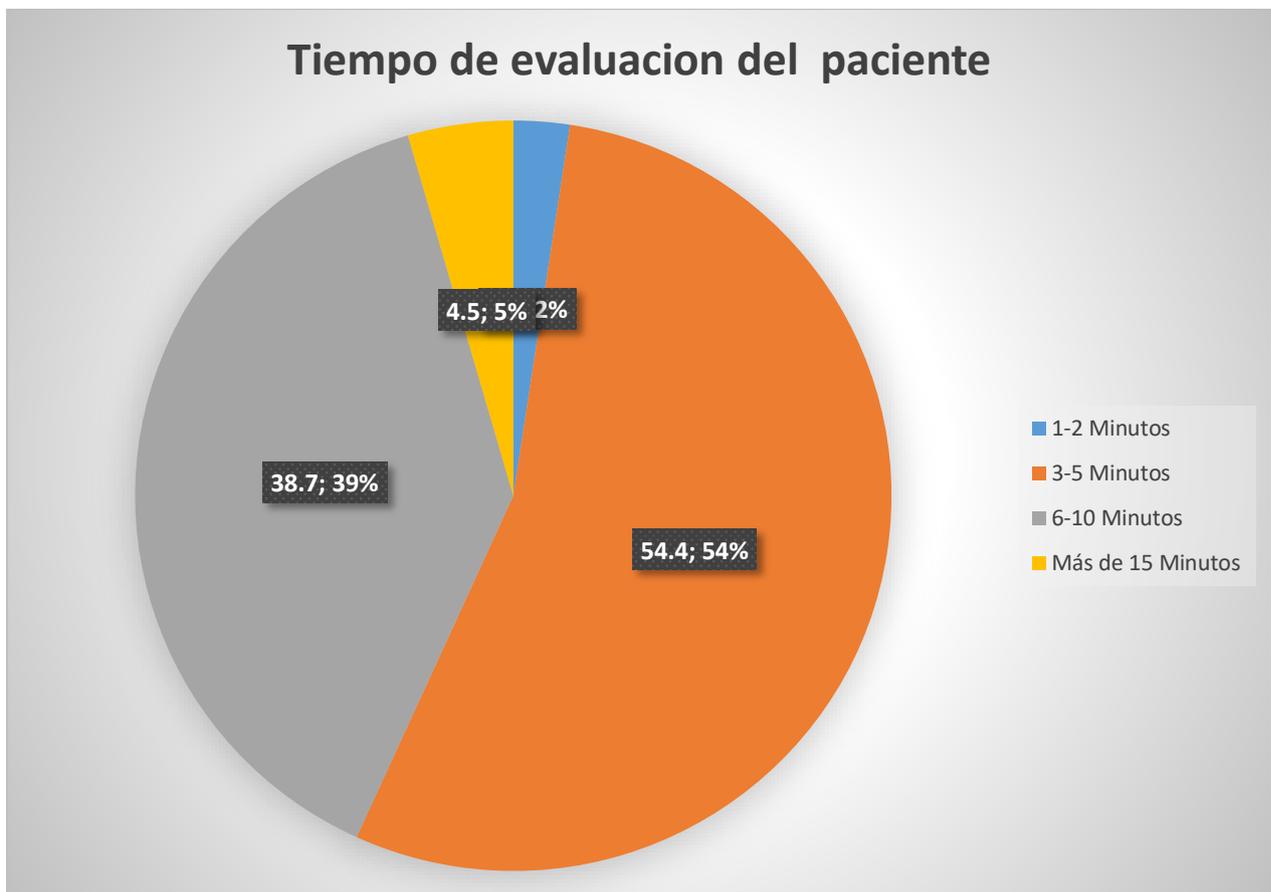


Fuente: Cuadro 17.

Cuadro 18.- Implementación del protocolo de Manchester en el servicio de triaje multidisciplinario, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas Agosto - Octubre 2019, según el tiempo de evaluación de los pacientes.

VARIABLE	N	%
Tiempo de evaluación de los pacientes		
1-2 Minutos	12	2.4
3-5 Minutos	273	54.4
6-10 Minutos	194	38.7
Más de 15 Minutos	22	4.5
Total	501	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

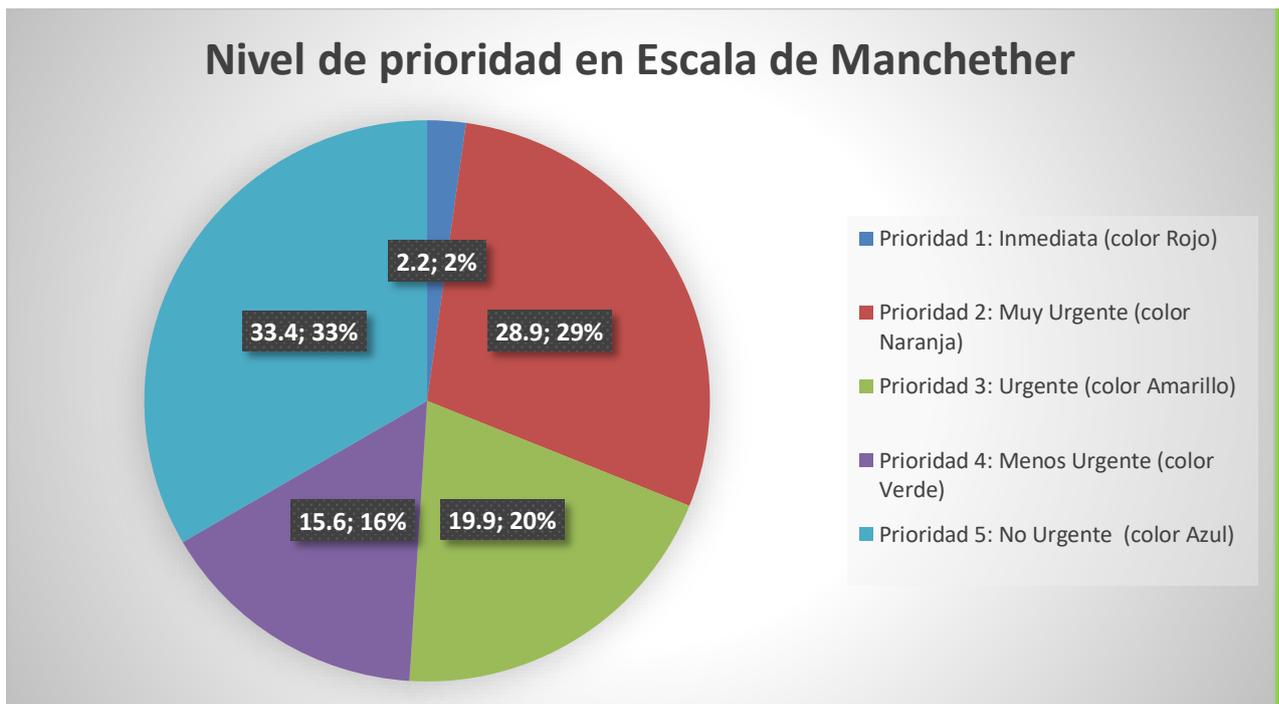


Fuente: Cuadro 18.

Cuadro 19. Implementación de la escala de Manchester en los pacientes asistidos en el servicio de triaje multidisciplinario en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Agosto - Octubre 2019.

VARIABLE	N	%
Nivel de prioridad en escala de Manchester	Frecuencia	Porcentaje
Prioridad 1: Inmediata (color Rojo)	11	2.2
Prioridad 2: Muy Urgente (color Naranja)	145	28.9
Prioridad 3: Urgente (color Amarillo)	100	19.9
Prioridad 4: Menos Urgente (color Verde)	78	15.6
Prioridad 5: No Urgente (color Azul)	167	33.4
TOTAL	501	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Cuadro 19.

Cuadro 20. Implementación de la escala de Manchester en los pacientes asistidos en el servicio de triaje multidisciplinario en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Agosto - Octubre 2019.

VARIABLE	N	%
Motivo de consulta		
Dolor abdominal	17	3.4
Dolor torácico	36	7.2
Cefalea	39	7.8
Lumbalgias	42	8.4
Traumatismos	51	10.7
Eventos Cerebrovasculares	09	1.7
Diabetes	72	14.3
Hipertensión arterial	98	19.5
Mareos	28	5.6
Fiebre	21	4.1
Amigdalitis aguda	18	3.5
Parasitosis Intestinal	18	3.5
Otros tipos de dolores	21	4.1
Patologías Oculares	05	1.1
Patologías de la piel	17	3.4
Otras enfermedades	09	1.7
TOTAL	501	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

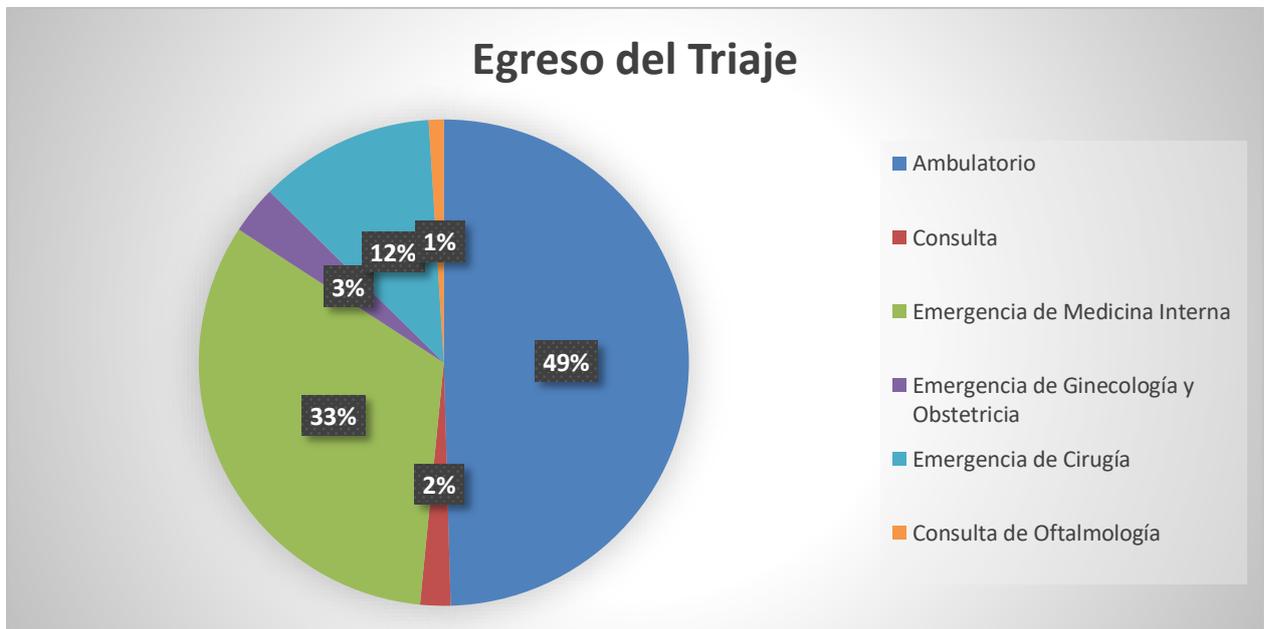


Fuente: Cuadro 20.

Cuadro 21. Implementación de la escala de Manchester en los pacientes asistidos en el servicio de triaje multidisciplinario en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Agosto - Octubre 2019.

VARIABLE	N	%
Egreso del Triaje		
Ambulatorio	248	49.6
Consulta	10	2.0
Emergencia de Medicina Interna	164	32.7
Emergencia de Ginecología y Obstetricia	16	3.2
Emergencia de Cirugía	58	11.6
Consulta de Oftalmología	05	0.99
TOTAL	501	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

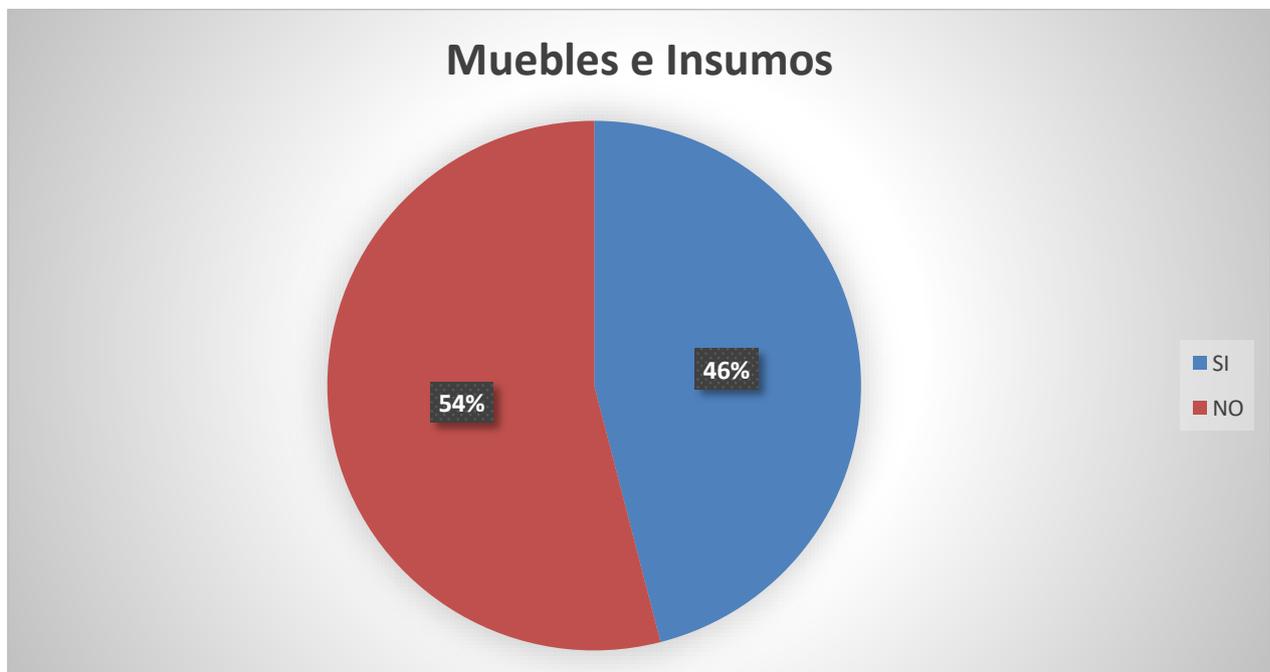


Fuente: Cuadro 21.

Cuadro 22. Implementación de la escala de Manchester en los pacientes asistidos en el servicio de triaje multidisciplinario en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Agosto - Octubre 2019.

VARIABLE	N	%
Identificación de los inmuebles e insumos		
SI	27	46
NO	23	54
TOTAL	501	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

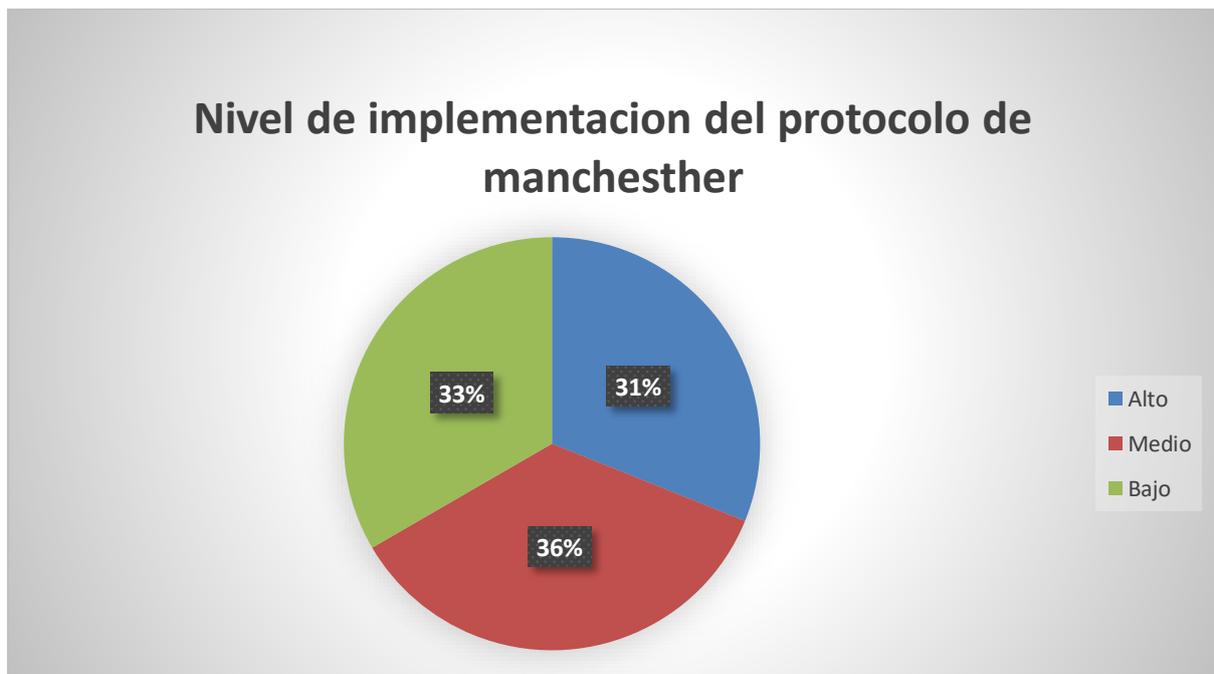


Fuente: Cuadro 22.

Cuadro 23. Implementación de la escala de Manchester en los pacientes asistidos en el servicio de triaje multidisciplinario en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Agosto - Octubre 2019.

VARIABLE	N	%
Nivel de Implementación del Protocolo de Manchester en Triaje		
Alto	156	31.1
Medio	178	35.5
Bajo	167	33.4
TOTAL		100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Fuente: Instrumento de recolección de datos, utilizando la fórmula para valorar la implementación del triaje, expuesta en el manual de Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triaje de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.

VI.2. DISCUSIÓN

Un total de 501 pacientes y 07 residentes, fueron evaluados y clasificados a través del protocolo de clasificación de riesgo de Manchester, en el período de agosto a octubre del 2019 admitidos en el servicio de emergencia (triaje multidisciplinario) en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

En la muestra estudiada, hubo un predominio del sexo masculino la cual es corroborada con otros estudios que también reportan un número mayor (65.6 por ciento) de pacientes del sexo masculino versus un (34.4 por ciento del sexo femenino), aunque debemos señalar que se trata de un establecimiento militar. Estos datos guardan relación con la investigación realizada por Rojo Z., en el 2014, en Córdoba, Argentina.⁹

Con relación a la implementación del protocolo, pudimos identificar un nivel de implementación medio, datos que pudieran estar asociado al tiempo reciente de ejecución del protocolo desde su resolución en el año 2016.²³

Para la evaluación de la gravedad de los pacientes después de la clasificación de riesgo se encontró un nivel de prioridad V, con un 33 por ciento, sin embargo, no podemos dejar de destacar que el 29 por ciento, de los usuarios presentaron un nivel de inmediato y muy urgente, con un 31 por ciento datos similares a lo reportado por Rojo Z., en el 2014, en Córdoba, Argentina.⁹

Es importante resaltar que el proceso de evaluación del protocolo fue aplicado los 7 días de la semana en diferentes horarios con el objetivo de evaluar su cumplimiento en diferentes escenarios, encontrando un incremento en el turno matutino, debido al alto flujo de pacientes con patologías que no corresponden a una emergencia y respaldados por el nivel V de prioridad reportados en nuestros resultados.

Al evaluar el tiempo de espera para ser atendido, el 77 % de los usuarios esperaron 30 minutos para recibir asistencia, datos similares a lo reportado por Cruz E., Ramos J., en el 2013, Cabe resaltar que los pacientes clasificados en los niveles IV y V (menos urgente y urgente respectivamente) son los que permanecen más tiempo en ser atendido y por tanto en este caso no se cumple con los criterios de calidad, ya que se pierde un tiempo y recursos valiosos en la atención medica de patologías que no son consideradas por el protocolo como emergencias o urgencias.

Desde la clasificación realizada, el tiempo de evaluación de los pacientes y el traslado a una de las emergencias, se observaron situaciones de gestión administrativas, que retrasaban el acceso a una atención de mayor complejidad, repercutiendo de manera desfavorable en el incremento de la probabilidad de situaciones desfavorables para el paciente y un servicio menos eficiente y eficaz.

La importancia de la clasificación de riesgo del paciente y de ser sometido a evaluaciones constantes después de la entrada en el servicio, autores defienden que este debe de ser un proceso dinámico, por tanto demanda de constantes re-evaluaciones hasta que el paciente reciba el tratamiento dirigido a la resolución de su problema, actividades que no son realizadas en el hospital.

VI.3. CONCLUSIONES

Los resultados concluyentes de la presente investigación son:

El sexo masculino fue el más frecuente con un 65.6 por ciento, en asistir al área de triaje.

El rango de edad más frecuente en la población evaluada en el área fue la de 21 a 34 años, con un 32.1 por ciento.

El grupo de afiliación que más asistió en triaje fue la población militar con un 39.5 por ciento.

La mayor parte de los pacientes provenían de la zona metropolitana con un 52.6 por ciento.

El nivel educativo de la población asistida en triaje fue estudios secundarios con un 45.4 por ciento.

El nivel de implementación más frecuente fue el medio con un 35.5 por ciento.

El tiempo de evaluación de los médicos para cada paciente, estuvo entre el rango de 3 a 5 minutos, para un 54.4 por ciento.

El tiempo de espera para ser evaluados por los médicos de cada paciente, estuvo entre el rango de menos de 30 minutos, para un 77.3 por ciento.

El nivel de prioridad según el motivo de consulta fue prioridad 5, color azul, para un 33.4 por ciento.

La mayor parte de los pacientes asistidos en triaje, luego de su evaluación física, fueron egresados, de manera ambulatoria para un 49.6 por ciento.

El motivo de consulta más frecuente entre los usuarios de salud asistidos en triaje fue la hipertensión arterial, para un 19.5 por ciento.

VI.4. RECOMENDACIONES

1. Evaluar constantemente el trabajo realizado en triaje, con el fin de eficientizar más el servicio brindado.
2. Retroalimentar al personal para el uso del sistema de triaje y a su correcta clasificación.
3. Se pudo observar que en algunas ocasiones los pacientes eran asistidos en triaje por orden de llega y no por la gravedad de su patología.
4. Se puso en evidencia que no existe personal de enfermería en el área y que los médicos tienen que dejar de asistir a sus pacientes, para clasificar a los que llegan, por lo que se recomienda, incluir en el área una enfermera, con entrenamiento en triaje.
5. Crear un área de clasificación y registro electrónico de los pacientes a su llegada, a fin de garantizar más el cumplimiento de los tiempos.
6. Retroalimentar el personal médico, en cuanto al protocolo, refrescando lo de la re-evaluación de los pacientes.
7. Realizar más estudios del triaje en República Dominicana, a fin de comparar su utilidad en otros centros de salud.
8. Elaborar un plan de mejoramiento, aplicable en el servicio de emergencias de adulto, del hospital central de las fuerzas armadas, en solución a los problemas encontrados.
9. Revisión de las guías, normas y protocolos de acuerdo a lo consensuado, por la OMS, para la república dominicana.

V. 1. REFERENCIAS

1. Martín García, M. (2013). Estudio del Triage en un servicio de urgencias hospitalario. Rev. enferm. CyL, [online] 5, pp.42-49. [citado 2019 Jul 04]. Disponible en:
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91/69>
2. Serrano Benavente RA. Sistema de Triage en urgencias generales. Universidad Internacional de Andalucía; 2014. [citado 2019 Jul 04]. Disponible en:
<http://dspace.unia.es/handle/10334/2764>.
3. Silvariño Ricardo, Acevedo Vanessa, Moyano Magdalena, Méndez Enrique, Paolillo Elbio, Russi Uruguay et al . Experiencia de Triage estructurado en el departamento de urgencia. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Jul 04] ; 27(2): 88-93. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902011000200005&lng=es.
4. Albán, J., Alvarado, D., & Arévalo, J. (enero de 2013). Análisis situacional de la atención en la implementación de Triage en el servicio de emergencias pediátricas del Hospital José Carrasco Arteaga Cuenca 2013, Ecuador. [citado 2019 Jul 04]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5104/1/MED124.pdf>
5. Mesquita Mirta, Pavlicich Viviana, Luaces Carlos. El sistema español de Triage en la evaluación de los neonatos en las urgencias pediátricas. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 04] ; 88(1): 107-112. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100008&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.07.001.
6. Reyes GI, Carhuanchu MI. Características de atención en Triage el Servicio de Emergencia Adultos de un Hospital Terciario. Resúmenes del XI Congreso Científico Internacional 52-53. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. [Internet]. [citado 2019 Jul 04] ; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/5002>

7. García MA. Análisis de la Atención de Emergencias y urgencias Médicas a Nivel de Hospitales del Ministerio de Salud Pública, Pertenecientes a La Red Pública de Salud en la Provincia del Azuay. (Tesis De Grado). Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017.
8. Rojo Z. Implementación de una Guía de Valoración en la Atención del Paciente (Triage) en el Servicio de la Guardia Central del Hospital Tránsito Cáceres de Allende. (Tesis De Grado). Argentina: Universidad Nacional De Córdoba; 2014.
9. Montero L., Morillo C. y López M. Aplicación de Triage en Sala de Urgencias del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares durante Julio-diciembre 2017. (Tesis De Grado). República Dominicana: Universidad Autónoma De Santo Domingo; 2017.
10. Cruz E., Ramos JA. Calidad del Triage en el Servicio De Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud y Satisfacción de los Usuarios Periodo del 4 Al 18 de marzo del 2013. (Tesis De Grado). República Dominicana: Universidad Iberoamericana; 2013.
11. Bautista Sangoquiza Da. Análisis situacional de la atención de enfermería en la implementación de Triage en el servicio de emergencia del hospital general puyo. (Tesis De Grado). Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017. [Internet]. [citado 2019 Jul 04] ; Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/7052>
12. Gonzales GM. Precisión del sistema de Triage en urgencias (Manchester) en relación con los datos clínicos del paciente (Tesis De Grado). España: Universidad Complutense de Madrid; 2011. [Internet]. [citado 2019 Jul 11] ; Disponible en: <https://eprints.ucm.es/33692/1/T33396.pdf>
13. Paniagua S, Cruz L. Desastres y Emergencias. Prevención, mitigación y preparación. 1er ed. Cartago, Costa Rica: Tecnología de costa rica; 2002.
14. Florencia Ucha. Sitio: Definición ABC, marzo. 2013 citado 2019 Jul 11] ; Disponible en: <https://www.definicionabc.com/general/consulta.php>

15. Muyulema CE. Plan de capacitación sobre el sistema de Triage y su relación con la satisfacción del usuario en el Hospital Provincial Docente Ambato (Tesis De Grado). Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017.]. [citado 2019 jul 11] ; disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6033/1/piuaenf005-2017.pdf>
16. Tratamiento protocolario. Wikipedia, La enciclopedia libre. 31 de enero del 2019 citado 2019 Jul 11] ; Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Tratamiento_protocolario&oldid=113648153
17. Soler W., Gómez Muñoz M., Bragulat E., Álvarez A.. El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2010 [citado 2019 Jul 11] ; 33(Suppl 1): 55-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es.
18. Carballo Cardona C. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 27, Nº. 5 (octubre), 2015, págs. 332-335
19. Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The Pediatric Assessment Triangle. A novel approach for the rapid evaluation of children. Pediatric Emergency Care 2010; 26(4):312-315.
20. Avilés-Martínez KI, López-Enríquez A, Luévanos-Velázquez A, Jiménez-Pérez BA, García-Armenta MB, Ceja-Moreno H et al. Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. Acta Pediatr Mex 2016; 37:4-16.
21. Alvarado Berrueta Rosa María, Arroyo Vázquez Margarita, Hernández Pérez Celeste, Vélez Calderón Marina, Márquez Torres Patricia. Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2019 Jul 11]; 9(2): 61-71. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000200007&lng=es.
22. Hernández Sánchez H. Empleo del Triage. Rev Cuba Med Mil. 2013;42(3):472-83.

23. República Dominicana, Servicio Nacional de Salud; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Procedimientos operativos de recepción, acogida y clasificación (RAC): Triaje de pacientes en las emergencias hospitalarias. Santo Domingo, D.N.: SNS; 2017.
24. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; España, Embajada en Paraguay, Oficina Técnica de Cooperación; Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos recepción, acogida y clasificación (RAC). Asunción: MSPBS; 2011. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=350-manual-de-procedimientos-recepcion-acogida-y-clasificacion&Itemid=253
25. Aguayo a., Lagos PA., Guía clínica de control de signos vitales, Universidad Pedro de Valdivia]. [citado 2019 jul 11] ; Disponible en: <http://academico.upv.cl/doctos/kine-4068/%7b328b1b37-2c2a-4747-8b38169806a27753%7d/2012/s1/guia%20tecnica%20de%20control%20de%20signos%20vital%20kine.pdf>

V. 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2019

ACTIVIDADES	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Selección del tema	X										
Búsqueda de Información bibliográfica	X	X	X	X							
Elaboración del Instrumento de recolección de datos		X	X								
Elaboración del anteproyecto			X	X	X	X	X				
Sometimiento y aprobación						X	X				
Recolección de la información	X	X	X	X	X	X	X				
Relación del procedimiento						X	X				
Tabulación								X	X		
Análisis								X	X		
Redacción preliminar del informe									X		
Corrección del informe										X	
Presentación preliminar										X	
Examen de tesis											X
Entrega de informe final											X

V.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

UNIVERSIDAD PEDRO HENRIQUEZ UREÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Evaluación sobre la implementación del protocolo de Manchester en el servicio de triaje multidisciplinario, en el hospital central de las fuerzas armadas.

La presente investigación tiene como propósito evaluar implementación del protocolo de Manchester en los pacientes asistidos en el área de triaje del hospital central de las fuerzas armadas, en el periodo del año en curso a través de preguntas relacionadas con la investigación.

La información sobre usted y su paciente serán mantenidos de manera confidencial, los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones médicas.

Si usted participa en esta investigación, tendrá el beneficio de conocer donde estas sus fortalezas y debilidades, en la ejecución de su trabajo y así tomar medidas correctivas en caso se ser necesarias.

Al participar en esta investigación no presenta ningún riesgo.

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara, Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee. Es su elección y todos sus derechos serán respetados. Favor poner su firma si está de acuerdo.

FIRMA DEL MÉDICO

V.4 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Evaluación sobre la implementación del protocolo de Manchester en el servicio de triaje multidisciplinario, en el hospital central de las fuerzas armadas.

DATOS GENERALES

1. **Sexo:** Femenino Masculino 2.- **Edad:** _____

3- **Cual es su afiliación:** Militar Dependiente de Militar Militar Retirado

Asegurado SeNaSa Otros Seguros No Asegurado

4.- Procedencia:

Zona Metropolitana Región Norte

Región Sur Región Este

5.- Escolaridad:

Analfabeto Primaria Secundaria Técnico Universitario

DATOS OBSERVACIONALES

1.- Evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación:

Sí No No Aplica

2.- **Motivo de consulta:** _____

3.-Tiempo de evaluación del paciente:

1-2 minutos 3-5 minutos 6-10 minutos Más 15 minutos

4.- Tiempo de espera para ser evaluado:

Cero minutos Hasta 10 minutos Hasta 30 minutos Hasta 120 minutos

Hasta 240 minutos

5.- Nivel de prioridad en escala de Manchester:

Prioridad 1: Inmediata (color Rojo)

Prioridad 2: Muy Urgente (color Naranja)

Prioridad 3: Urgente (color Amarillo)

Prioridad 4: Menos Urgente (color Verde)

Prioridad 5: No Urgente (color Azul)

6.-Se le tomaron las constates vitales:

Sí No

7.- Se utilizó la escala del dolor de Beck:

Sí No No Aplica

8.-Se aplicó la escala de Glasgow:

Sí No No Aplica

9.-Se le hizo Glicemia:

Sí No No Aplica

10.-Se le realizo examen físico al paciente:

Sí No

11.-En caso de ser necesario el personal de salud utilizo utensilios de protección: Sí No No Aplica

12.- Egreso desde Triage fue:

Ambulatorio Consulta Derivados: EMI EMC EGO OFT

V.6 COSTOS Y RECURSOS

Materiales	Cantidad	Precio unitario (RD\$)	Total (RD\$)
Copias	870 copias	\$1.00	\$870.00
Calculadoras	1	\$100.00	\$100.00
Internet	1	\$1.200.00	\$1.200.00
Lapiceros	5 unidades	\$20.00	\$100.00
Curso de Metodología	1	\$6.000.00	\$6.000.00
Presentación de tesis	1	\$15.000.00	\$15.000.00
Transporte	Según demanda	\$500.00	\$5.000.00
Compra de libros	1	\$150.00	\$150.00
Revistas	1	\$200.00	\$200.00
Resma de papel bond	4 resma	\$200.00	\$800.00
Empastado	6	\$1.000.00	\$6.000.00
Dieta	Según demanda	\$1.200.00	\$1.200.00
Total			\$36.620.00

*Los costos totales del anteproyecto están cubiertos por el sustentante.

VI. ANEXOS



**HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LISTADO DE ESPERA DE LOS PACIENTES EN TRIAJE, POR ORDEN DE
PRIORIDAD**

HORA	NOMBRE / NIVEL DE PRIORIDAD ROJO	HORA	NOMBRE / NIVEL DE PRIORIDAD NARANJA
HORA	NOMBRE / NIVEL DE PRIORIDAD AMARILLO	HORA	NOMBRE / NIVEL DE PRIORIDAD VERDE
HORA	NOMBRE / NIVEL DE PRIORIDAD AMARILLO	HORA	NOMBRE / NIVEL DE PRIORIDAD VERDE



"Año del Fomento de la Vivienda"

000022

13 AGO 2016

RESOLUCIÓN NO. _____

QUE ORDENA LA APLICACIÓN DE TRIAJE HOSPITALARIO EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD

CONSIDERANDO: Que dentro de las atribuciones de los Ministros esta dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colindan con la Constitución, la leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

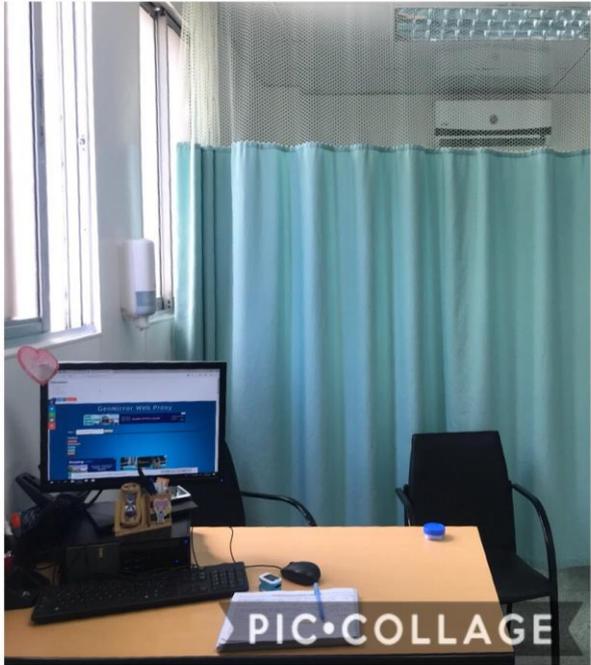
CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competes al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.







Evaluación

Sustentante

Dra. Leidy Massiel Tarez Bautista

Asesores

Dra. Esther Rivas Fermín

Clínica

Dra. Jeannette Báez

Metodológica

Jurados:

Dra. Yuli Quevedo

Dra. Rossy Molina

Dra. Floridena Reyes Vargas

Autoridades:

Dr. Martín Manuel Salazar Simó
Director General Residencias Médicas

Dr. Ramón Enrique Feliz Jiménez
Jefe de Enseñanza del HCFFAA y Post-
grado del MIDE

Dra. Rossy Molina Coordinadora Residencia MFyC

Dr. William Duke

Decano de la Facultad Ciencias de la Salud (UNPHU)

Fecha presentación: 13-12-2019

Calificación: _____