



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

EFFECTIVIDAD DE UN SISTEMA DE TRIAJE Y LA DISMINUCIÓN DEL
TIEMPO DE ESPERA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE EMERGENCIA DE UNA CLÍNICA DE LIMA

EFFECTIVENESS OF A TRIAGE SYSTEM AND THE REDUCTION IN
WAITING TIMES FOR PATIENTS VISITING THE EMERGENCY
DEPARTMENT OF A CLINIC IN LIMA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

AUTORAS

LIZ DOMINGUEZ HUAMAN

SILVIA ROSMERY EVANGELISTA LEIVA

SHIRLEY STHEPHANIE FLORES SOLLER

MILUSKA ROCIO PORTOCARRERO GUEVARA

ASESORA

DELIA LUZMILA DANJOY LEON DE ARAUJO

LIMA – PERÚ

2015

JURADO

PRESIDENTE: MG. CLARA CARMEN TORRES DEZA

SECRETARIA: MG. NURI MARLENE VERONICA CUBA TRILLO

FECHA DE APROBACIÓN: 25 DE JUNIO DEL 2015

CALIFICACIÓN: APROBADO

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

ASESORA

MG. DELIA LUZMILA DANJOY LEON DE ARAUJO

Departamento Académico De Enfermería

DEDICATORIA

A nuestros queridos padres por su apoyo permanente en el desarrollo de nuestra carrera profesional.

A Dios todopoderoso que guía ilumina nuestro camino y nos ayuda a alcanzar nuestras metas.

AGRADECIMIENTOS

A Lic. Delia Danjoy asesora de nuestro proyecto de investigación por sus valiosas sugerencias, observaciones, guía y asesoramiento del presente proyecto de investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo de investigación es autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflicto de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	PÁG.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PROPÓSITO Y OBJETIVOS	7
III. MARCO TEÓRICO	8
IV. HIPÓTESIS Y VARIABLES	25
V. MATERIAL Y MÉTODO	26
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: determinar la efectividad de un sistema de triaje en la disminución del tiempo de espera de los pacientes que acuden al servicio de emergencia. **Tipo de estudio:** utilizará el método Experimental porque existirá un grupo control, cumpliendo con las características de manipulación intencional de las variables, también se medirá el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente, tendiendo un control y validez interno y externo, aplicando el sistema de triaje. **Área de estudio:** se realizará en la Clínica San Pablo, el cual pertenece al sector privado, ubicado en la Av. el Polo N° 789 en el distrito de Santiago de Surco. **Población:** La población y objeto de estudio son los pacientes que acuden al servicio de emergencia de la clínica San Pablo. La producción de pacientes para el año 2014 fue un total de 14, 400 pacientes atendidos anualmente. Se trata de una población finita en la cual seleccionaremos una muestra que sea representativa, considerándose los siguientes criterios de inclusión y exclusión y la producción de pacientes que fueron de 14, 400. **Muestra:** se considerará un total de 55 pacientes que acuden por una atención. Para la recolección de datos se aplicará la técnica de Observación y como instrumento se utilizarán dos listas de Chequeo. El instrumento a utilizar se encuentra validado por anteriores proyectos en su aplicación, quien ha variado su instrumento para la colecta de datos. Se coordinará la autorización a la Institución para aplicar el instrumento de investigación, teniendo presente las consideraciones éticas respetando el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. **Tabulación y análisis:** se efectivizará al analizar los resultados obtenidos al aplicar el proyecto de investigación.

Palabras claves: Efectividad, pacientes, triaje.

ABSTRACT

Aim: to determine the effectiveness of a triage system in reducing wait times for patients who visit the emergency department. **Study design:** An experimental design will be used because there will be a control group, meeting the criteria for intentional manipulation of variables. The effect of the independent variable on the dependent variable will also be measured, ensuring internal and external validity and control, through the application of the triage system. **Study Site:** The study will be conducted at the San Pablo Clinic, a private facility located at 789 El Polo Avenue in the Santiago de Surco district. **Population:** The study population consists of patients who visit the emergency department at the San Pablo Clinic. The number of patients treated in 2014 totaled 14,400 annually. This is a finite population from which we will select a representative sample, taking into account the following inclusion and exclusion criteria and the total number of patients treated, which was 14,400. **Sample:** A total of 55 patients seeking care will be included. The observation technique will be used for data collection, and two checklists will be used as research instruments. The instrument to be used has been validated through its application in previous projects, in which the data collection instrument was modified. Authorization will be sought from the institution to apply the research instrument, taking into account ethical considerations and respecting the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. **Tabulation and analysis:** This will be carried out by analyzing the results obtained from the implementation of the research project.

Keywords: Effectiveness, patients, triage.

I. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de los sistemas de atención de urgencias y más aún, desde los albores de la civilización moderna, se presenta la necesidad de calificar a los pacientes para elegir el tipo de atención médica que necesitan y el medio de transporte para llevarlos a las incipientes instalaciones de salud.

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

La atención masiva de víctimas impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar, por la complejidad de factores de índole social, político, económico y ético, implicados en la toma de decisiones relacionadas con la óptima y oportuna atención (2).

En los últimos 10 años se ha observado nivel mundial una saturación de los servicios de emergencias; más de la mitad de la consulta que se ofrece, son consecuencia de padecimientos leves que no requieren la atención por dicho servicio, dando como consecuencia la saturación y la atención deficiente paciente (3).

Considerando el Sistema de Triage como un proceso dinámico de valoración clínica, que permite clasificar al paciente de acuerdo a las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

Siendo el Tiempo de Espera, aquel tiempo que transcurre entre el contacto con el personal sanitario en funciones de triaje hasta la atención médica de Emergencia

A nivel de Latinoamérica es conocido que se utilizan una serie de escalas para evaluar a un paciente por triaje y brindarles una prioridad de atención, sin embargo no existe una uniformidad en cuando a triaje se habla.

Se conoce que hoy en día existen en el mundo muchos modelos de triaje, entre los cuales se encuentra el Sistema Manchester, este modelo será abordado en la presente investigación para determinar la efectividad de un sistema de triaje y la disminución del tiempo de espera de los pacientes que acuden al servicio de Emergencia en la Clínica San Pablo.

En el Perú la problemática que se tiene en la actualidad en los servicios de emergencias hace que aumente el tiempo de espera de los pacientes; así mismo no se clasifica según prioridad de atención lo cual pone en riesgo la vida del paciente, generando esta problemática que incentiva a realizar esta investigación para poder mejorar el tiempo de espera de los pacientes y puedan atenderse según prioridad en las salas de emergencia del área de estudio.

El objetivo del presente estudio es determinar la efectividad de un sistema de triaje en la clasificación y tiempo de espera de los pacientes que acuden al servicio de Emergencia determinar la Clínica San Pablo.

1.1. Planteamiento del problema

El Triage es un procedimiento para clasificar a las víctimas, en situaciones de emergencia y en incidentes de múltiples heridos, según su gravedad, pronóstico vital y prioridad médica (4).

Los hospitales disponen de un Servicio de Emergencias y una organización legalmente definida, proceso especializado permanente que clasifica la atención del paciente en triaje, reanimación cardiorrespiratoria y estabilización de funciones vitales, el cual está disponible no sólo en la Emergencia de los hospitales, también se hace hoy en los servicios pre hospitalarios de bomberos y entidades privadas.

No todos los hospitales cuentan con un sistema de triaje adecuado para la atención de los pacientes, los estudios técnicos han demostrado la elevada vulnerabilidad física y funcional de varios establecimientos de salud (5).

La clasificación de los pacientes se ha venido realizando de manera formal e informal desde que aparecieron los servicios de Emergencia hospitalarios, pero es necesario establecer un manejo eficiente del equipo de salud, que sea capaz de identificar de manera inmediata las necesidades del paciente, de establecer prioridades y de implantar un tratamiento adecuado mediante la investigación y la disposición de recursos (6).

El proceso de clasificación de los pacientes que acuden a los servicios de Emergencia hospitalarios se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y a la saturación que en ocasiones sufren dichos servicios, sin ser situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva, que de manera súbita conlleva a una desproporción entre la oferta y la demanda de estos servicios.

También en caso de emergencias nacionales, por diversos tipos de desastres naturales, muchas veces dejan multitudes heridos lo que ocasiona el colapso funcional de las instalaciones de salud, sobrepasando la capacidad de respuesta de los servicios de salud y las diferentes instituciones de socorro encargadas de brindar asistencia al momento de un desastre y posterior a él. El triaje es el único método para proveer un máximo de beneficio a mayoría de las víctimas o heridos en masa.

El aumento en la demanda de atención médica en los servicios de emergencia ha planteado la necesidad de diseñar estrategias para atenderla oportunamente.

En la clínica San Pablo, Debido a la gran demanda de pacientes y al poco personal con el que se cuenta se observa que los pacientes muchas veces esperan más de cuarenta minutos llegando hasta una hora de tiempo para ser atendidos, por lo que surge las quejas interminables de los pacientes como: “hasta que ahora voy a esperar para que me atiendan”, “esto no es una Emergencia”, “ya paso cuanto tiempo y nadie me atiende”.

Se observa una desorganización en la recepción y atención de pacientes debido a la falta del sistema de triaje, el personal de enfermería carece de capacitación sobre triaje, tienen dificultades en delimitar la atención de emergencia y urgencias que son

situaciones distintas y que su adecuada diferenciación facilitaría la inmediata atención de los pacientes.

Debido a toda esta problemática y no encontrando suficientes evidencias científicas sobre estudios del tiempo de espera de los pacientes en los servicios de emergencia y existiendo en la actualidad varios sistemas de triaje, siendo el Sistema Manchester (MTS) el más completo y usado a nivel mundial. Se ha creído conveniente hacer este proyecto de investigación

En la realidad que se presenta, surge la motivación de dar una alternativa de solución en el servicio de Emergencia implementando un sistema de triaje que vaya adecuándose y permita mejorar la calidad de atención a los pacientes, reduciendo los tiempos en cada proceso y por ende en el tiempo total de la atención de emergencia.

1.2 Formulación Del Problema

Por lo antes expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de un sistema de triaje en la disminución del tiempo de espera de los pacientes que acuden al servicio de Emergencia en la Clínica San Pablo de Abril a Junio del año 2015?

1.3 Justificación

Existen muchos estudios sobre triaje pero el presente estudio es original por que busca disminuir el tiempo de espera lo cual es importante en la atención y satisfacción de los pacientes que acuden al servicio de emergencia.

El aporte es metodológico por que el triaje es sistematizado y simplificara la atención de enfermería, así mismo es de amplia utilidad para establecer el sistema de triaje y va permitir una atención oportuna en el servicio de emergencia.

Es factible la investigación porque se cuenta con el apoyo de las autoridades pertinentes para la aplicación de un sistema de triaje en el servicio de Emergencia permitiendo así beneficiar directamente a los pacientes que acuden al servicio.

1.4 Viabilidad

El presente proyecto de investigación cuenta con la autorización de las autoridades pertinentes de clínica.

1.5 Factibilidad

Las investigadoras recogerán los datos y los analizaran, y se harán cargo del material y recursos financieros del proyecto de investigación.

II. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

2.1 Propósito

El propósito de este proyecto de investigación es implementar un sistema de triaje que permita disminuir el tiempo de espera de los pacientes que acuden al servicio de emergencia en la Clínica San Pablo.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de un sistema de triaje en la clasificación y tiempo de espera de los pacientes que acuden al servicio de Emergencia en la Clínica San Pablo de Abril a Julio del año 2015.

2.2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar el tipo de paciente que acude al servicio de emergencia y clasificarlo según prioridad de atención.
- Identificar el tiempo de espera de los pacientes no clasificados con el sistema de triaje propuesto.
- Identificar el tiempo de espera de los pacientes clasificados con el sistema de triaje propuesto.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

B. Álvarez Álvarez (2008) En su estudio “Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario” llegó a las siguientes conclusiones:

“La clasificación de los pacientes según motivo de consulta es prácticamente inmediata a su entrada en el Servicio, lo que constituye la primera ventaja importante de nuestro sistema, facilitando la ordenación del trabajo y disminuyendo la ansiedad del paciente, la primera asistencia se realiza a los 41,98 minutos. El tiempo de permanencia en el área durante la asistencia es de 124,42 minutos, y la estancia total de 162,62 minutos, con un rango amplio (1-710), lo que se justifica por la diversidad de la patología atendida; esta estancia total se encuentra dentro de lo esperado, estando en otros estudios situada en torno a las 2-3 horas. El tiempo que permanece el paciente en el Área de Urgencias es proporcional a la gravedad de la patología, lo que se corresponde con la menor solicitud de pruebas diagnóstico-terapéuticas y al menor número de ingresos en las patologías más banales.

Se realizó un estudio descriptivo de una muestra aleatoria y representativa de las urgencias atendidas durante el mes de marzo de 2006 en el Hospital de Cabueñes, cabecera del Área Sanitaria V del Principado de Asturias. En un sondeo previo sobre los datos globales y mensuales del año 2005, habían sido atendidas 70.454 urgencias totales, de las que se excluyeron urgencias traumatológicas y pediátricas, obteniendo así la cifra de 40.443 urgencias, que constituían el objetivo de nuestro estudio. Se estimó una demanda mensual de 3.400 urgencias generales (8,4% del total anual).

Las variables recogidas en el estudio fueron las siguientes: Hora Acude: hora de su entrada en el S. de Admisión de Urgencias., Hora de Primera Asistencia: la primera hora registrada en la historia clínica dentro del S.U.H., cuando se inicia la atención por parte del facultativo por el motivo demandado, bien sea recogida por parte del médico o del personal de enfermería, Hora Alta: la indicada por parte del facultativo cuando éste decide el destino del paciente. Este tiempo es el recogido por el S. de Admisión como alta definitiva, no correspondiéndose en algunas ocasiones con la salida del paciente del S. de Urgencias (7).

Este estudio nos ayudará a conocer la relación que existe entre los tiempos de espera y un sistema de triaje adecuado, así poder atender a todos los usuarios de forma inmediata a su llegada al Servicio de Urgencias Hospitalario.

Lugo S. Pavlicich V. (2011) En su estudio “Pacientes no atendidos que abandonaron un Servicio de Urgencias” llegó a las siguientes conclusiones: Es importante conocer los factores relacionados con el retiro anticipado de los pacientes en los Servicios de Urgencias. También es fundamental la clasificación a partir de un triaje en niveles de riesgo; Determinar los factores implicados en la salida de los pacientes del servicio de urgencias antes de completar el proceso de atención. En el presente estudio los pacientes fueron predictores de retiro anticipado por vivir próximo al hospital, los tiempos de espera prolongados, los días lunes por el mayor flujo de pacientes y fue significativo encontrar la hora del mediodía como factor relacionado al retirarse sin ser visto. La mayoría de los pacientes clasificaron como semi-urgencias o no urgencias.

El Hospital recibe por año una media de 45.000 consultas. Durante el periodo de estudio, acudieron un total de 31.823 pacientes. Se retiraron sin ser vistos 1.131 (3,55%). De los cuales 210 se fueron en el pre-triaje y 728 en el post-triaje, antes de la evaluación médica. 193 pacientes atendidos por el médico se retiraron sin ser reevaluados: 113 no regresaron con resultados de laboratorio, 75 sin reevaluación clínica y 5 en contra del consejo médico, todos atendidos en tiempo esperado, según clasificación de riesgo. 938 niños salieron del Hospital sin ser vistos por un profesional médico. Edad media: 4,7 años. En los meses de enero y febrero, se registraron mayor porcentaje de salidas prematuras 4,26%, la media de pacientes atendidos por mes fue de 4.546. Existió una relación significativa en el hecho de vivir a menos de 5 km y retirarse en el pretriage (RD: -5). El lunes fue el día de más retiradas sin atención completa (246 pacientes, 4,48% del total de 31.000 pacientes del periodo), mientras que el domingo fue el día de menos retiro anticipado (2%). La hora de llegada más asociada con el riesgo de retiro anticipado fue entre las 12:00 y 13:00 horas (p: 0,0023). En pre-triage hubo una demora de 27,5 minutos en promedio. El tiempo de espera para la atención médica en promedio fue de 107,46 minutos: urgentes 61,4 minutos (3,2% ptes.), semi-urgent 109,6 minutos (91,7% ptes), no urgentes 95 minutos (5%). Manteniéndose una diferencia significativa en los tiempos de espera según clasificación de riesgo. (p: 0,0004). Ningún paciente clasificado como emergencia ó crítico, se retiró sin ser visto (8).

Este estudio ayudará a conocer el motivo del abandono de los pacientes a la atención en el servicio de emergencia, así mismo conocer si el tiempo de espera prolongado contribuye en la deserción de atenciones.

Soler W. Gómez M. Bragulat E. Álvarez A.(2010) En su estudio “El triaje herramienta fundamental en urgencias y emergencias” llegó a las siguientes conclusiones: El triaje es un proceso que permite la gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos; ya que el triaje se ha convertido en el sello del servicio de urgencias lo que aplica siendo una herramienta objetiva que permite medir, evaluar y mejorar el funcionamiento y rendimiento de dicho servicio. Los profesionales de enfermería han demostrado capacidad para llevar a cabo el triaje. El triaje debe extenderse a todos los ámbitos de la asistencia urgente.

Estudio descriptivo de 46 014 atenciones subdivididos en tres prioridades (P1, P2 y P3) de gravedad decreciente. Se definieron: tiempo de espera, gravedad y triaje efectivo. Se describen los tiempos de espera y las derivaciones realizadas. Se determinan los Resultados: La mediana de tiempos de espera fue para P1: 22 min, P2: 32 min, P3: 64 min, para los derivados fue de 22 min y 39 min para los no derivados. La proporción atendida dentro de los primeros 30 minutos fue: P1: 75,5%; P2: 53,2%; P3: 25,8%, para los derivados fue de 64% y 39% en los no derivados. La proporción de pacientes hospitalizados del total de atenciones en SAPU fue significativamente mayor en P1: 6,88% (n = 48) que P2: 2,47% (n = 35) y que en P3: 0,6% (n = 15). Conclusión: Este sistema permite que los pacientes de mayor gravedad sean atendidos con tiempos de espera menor (9).

Este estudio ayudará en el proyecto de investigación permitiendo conocer los sistemas de triaje y definir cual se puede utilizar en nuestra investigación además de la pertenencia e importancia de la enfermera en la aplicación de este sistema de triaje.

Urgiles M. (2011) En su estudio “Tiempo de espera y satisfacción de los usuarios del Centro de Salud” llegó a las siguientes conclusiones: Identificar tiempos de espera hasta la atención y la satisfacción de los usuarios. Se investigó las características de la población según: edad, sexo, ocupación, procedencia e instrucción, se definió el carácter de la consulta si es por patología o control, se identificó los tiempos de espera hasta la atención y la satisfacción de los usuarios durante toda su estancia y atención.

El método que se utilizó fue la Observación, la técnica fue cuantitativa y el instrumento fue una encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud N°1. Se trabajó con 380 personas de todas las edades, seleccionadas aleatoriamente de una población total de 41683. Se investigó las características de la población según: edad, sexo, ocupación, procedencia e instrucción, se definió el carácter de la consulta si es por patología o control, se identificó los tiempos de espera hasta la atención y la satisfacción de los usuarios durante toda su estancia.

La población estudiada presentó las siguientes características: La media de edad se ubicó en 29.8 años con un DS de 10.40 años, en el 86.3% de los casos fueron de sexo femenino, en el 26.8% de los casos la instrucción fue primaria completa y cerca de la mitad de la población, el 48.4% realiza quehaceres domésticos como ocupación y en el 62.4% de los casos los usuarios provinieron del área urbana.

Las medias de tiempos de espera entre domicilio-Centro de Salud, desde la llegada a la obtención de un turno y desde el turno hasta la atención fueron respectivamente: 35.94, 72.96 y 89.83 minutos.

En más del 75% las consultas médicas fueron por control y no por una nueva patología. En el 77.4% de los casos los pacientes acuden para control, por lo tanto es importante acortar los tiempos de espera y motivar a los pacientes a continuar con sus controles. La ventilación fue la variable dentro de la infraestructura con peores calificaciones por parte de los usuarios, la falta de información y orientación resultaron con malas calificaciones, el trato dentro del servicio en el 4.2% fue regular o malo, la buena atención brindada es la causa más importante de elegibilidad del servicio por los usuarios, y se encontró un 13.2% de insatisfacción con el servicio. Sin embargo, la mayoría de los usuarios recomendarían el servicio a otras personas. Por último, un 92.6% de la población si recomendaría el centro de salud a otras personas para recibir atención, por lo tanto, se comprueba que la causa de elegibilidad del servicio es la calidad de la atención brindada. La calidad de los servicios de salud siempre ha generado expectativa, debido a la gran competencia y la oferta de beneficios prestados por el servicio público, por lo que no puede pasarse inadvertidamente. (10).

Este estudio ayudará a conocer la satisfacción del paciente en la disminución del tiempo de espera desde la atención, estancia y egreso del servicio.

3.2 Base teórica

El triaje es un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles (11).

En la actualidad existen cinco escalas de triaje utilizadas en diferentes partes del mundo y que basándose en mayor o menor medida en los motivos de consulta, grado de afectación de constantes, diferentes categorías sintomáticas y necesidad de cuidados, cumplen con dicha evidencia científica:

Sistema de Triage Canadiense - CTAS:

La Escala Canadiense de triaje 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. El triaje, según este modelo, lo realiza una enfermera muy entrenada y con experiencia. Los pacientes deben ser valorados (al menos visualmente) en un plazo inferior a 10 minutos. Los gravámenes no se han de realizar al completo a no ser que no haya paciente en espera. La información que se solicitará será para poder asignar al paciente un nivel de triaje que quedará registrado. 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 registraran posibles alergias que tenga el paciente y el tratamiento médico que toma (si toma alguno) habitualmente.

Sistema de Triage Australiano - TSA:

La ATS se utiliza de forma generalizada en Australia, pero no sólo como un sistema de triaje 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.

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

Sistema de Triage Andorrano - MAT:

Nace de una adaptación conceptual de la CTAS, convirtiendo una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela, en categorías sintomáticas o de presentación, con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en un formato electrónico. Esta es la esencia conceptual del Programa de desarrollado el año 2001 como núcleo operativo del MAT. El MAT es un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triaje de 5 categorías, a los que aporta aspectos de revisión y adaptación a nuestro entorno sanitario, constituyéndose en un modelo aplicable, con objetivos operativos asumibles y propuestos como indicadores de calidad, válido, útil y reproducible. 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 triaje por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU) (12).

Sistema Español de Triage - SET:

Triage de 5 niveles normalizado, con un programa informático de gestión del triaje y otro de ayuda a la decisión clínica en el triaje (PAT). Modelo de triaje de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento. Integrado en un sistema de mejoría continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triaje (13).

SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER – STM:

Es el proceso dinámico de valoración clínica, que permite clasificar al paciente en función de la gravedad y de un tiempo máximo de atención. La clasificación permite priorizar al paciente en función de la gravedad, este sistema de triaje proporciona información clara al paciente sobre su estado y el tiempo máximo de espera, ganando en la satisfacción del usuario y disminuyendo su ansiedad y nerviosismo. Elegimos el Sistema de Triage Manchester (STM) porque es un sistema estructurado, basado en prioridades de atención y sobre todo clasificando con un tiempo máximo de atención a los pacientes que acuden a los servicios de emergencia (14).

Este es el modelo con el cual se trabajará en el Proyecto de Investigación.

Ventajas:

Para los pacientes del área de Emergencia:

- Proporciona información clara al paciente sobre su estado y el tiempo aproximado de espera, ganando en satisfacción del paciente.

- Se convierte en el entorno idóneo para realizar tareas de educación sanitaria, disminuyendo la ansiedad y nerviosismo del paciente.
- Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria, otorgándole una respuesta clara en función de su estado de salud.
- Se atiende antes al más grave. Genera confianza en el sistema.

Para el servicio de emergencia:

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

Para enfermería:

- Pasa a ser parte activa y fundamental del servicio.
- Prestigio profesional.
- Conoce más a fondo la problemática de la organización de la asistencia en urgencias.
- Aumenta por tanto su implicación en la gestión del servicio.
- Los diagramas de presentación clínica son sencillos y coherentes, evita la variabilidad
- del observador (sin sustituir el juicio clínico) y por tanto no es preciso una gran experiencia en urgencias para manejarlos correctamente.

Para la dirección del centro y el servicio de gestión de la calidad

- Da una respuesta eficaz, basada en el paciente y en la gravedad clínica, a un problema como es la gestión de pacientes en el área de urgencias.
- Permite realizar controles de calidad de los tiempos de espera.
- Permite realizar políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos. Supone un avance en las estrategias de mejora de la calidad (15).

Clasificación De Pacientes

A la hora de llevar a cabo el Triage, la escala MTS, clasifica al paciente que llega al Servicio de Urgencias 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. Dentro de cada motivo, se despliega un árbol de flujo de preguntas cuya contestación es siempre Sí/No.

El sistema no clasifica en función de una aproximación diagnóstica, sino en función de una prioridad clínica basada en síntomas y signos que presente el paciente.

Después de tres o cuatro preguntas más, se clasifica al paciente en cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad y sobre todo objetivar clínicamente la decisión de priorización (16).

Clasificación Según MTS



Fuente: Sistema de Triage Manchester

Se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 10 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos (17).

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

Fuente: Sistema de Triage Manchester

Estos cinco niveles se establecen en base a:

- Descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas.
- Discriminantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión.

RECEPCIÓN – ACOGIDA - CLASIFICACIÓN

La recepción, acogida y clasificación (RAC) en los servicios de urgencias es un proceso fundamental en la asistencia del paciente que llega a este servicio. Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de emergencias, para la mejor respuesta a las necesidades de los pacientes (18).

La recepción La recepción es el momento en el cual se establece la relación sanitario paciente. Identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia.

La acogida La acogida se realiza una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria, sistemática, realización de pruebas diagnósticas, medidas

asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud.

La clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana.

En la RAC se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas.(19).

2.3 IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE

Para el triaje se requiere que el profesional tenga conocimientos, habilidades, experiencias, actitud y capacidad de comunicación, recibir cursos de formación que garanticen su aprendizaje desde el punto de vista teórico como práctico.

El enfermero es el primer miembro del personal de salud que establece contacto con el paciente a través del triaje, es el más adecuado para asumir la consulta de clasificación, en el cual identificará el problema y motivo en base a signos y síntomas manifestados por el paciente, mediante una breve entrevista, realizando preguntas directas con un lenguaje claro y comprensible.

2.4 INDICADORES DE CALIDAD

Según la Organización Panamericana de la Salud, nos propone indicadores de calidad, para garantizar la mejora en la eficiencia que aporta el sistema de triaje, así mismo se tiene que evaluar y relacionar los niveles de emergencia con otros indicadores de calidad (IC) y con otras variables de actividad asistencial

Los indicadores de calidad del triaje estructurado se proponen como estándares, y por tanto su grado de cumplimiento, que puede verse influenciado por múltiples factores al margen del profesional que realiza el triaje.

Se definen 4 indicadores de calidad del triaje:

1. Índice de pacientes perdidos sin ser atendidos: El índice de pacientes ha sido definido como un indicador de calidad de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido es menor o igual al 2% del total de pacientes que acuden a Emergencia.

Este indicador se subdivide en:

-Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados: Porcentaje de pacientes que deciden dejar el servicio de Emergencia después de su llegada a Emergencia y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados.

-Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser atendidos por el médico: Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el servicio de Emergencia antes de ser atendidos por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

2. Tiempo llegada- registro - triaje:

El tiempo desde la llegada del paciente a Emergencia hasta el momento que se inicia la recepción, acogida y clasificación.

El indicador de calidad de tiempo llegada- registro - triaje debe ser menor o igual a 10 minutos.

3. Tiempo de duración del triaje:

Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea de 5 minutos.

4. Tiempo de espera para ser atendido:

Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser atendidos por el equipo salud en 2 horas desde su clasificación (20).

Los tiempos establecidos en el Manchester son:

Resucitación (ROJO): Eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano o extremidad. La atención debe ser inmediata.

Emergencia (NARANJA): Afecciones comprometen la vida de una persona aparentemente sana y/o estable y que progresa rápidamente a la muerte. La atención debe ser de 10 – 15 minutos.

Urgencia (AMARILLO): Requieren una pronta asistencia médica por haber riesgo de muerte mediata o corto plazo. Requiere atención en un máximo de tiempo de 60 minutos.

Urgencia Menor (VERDE): Por lo agudo de su presentación demanda pronta asistencia pese a que no ponen en evidente riesgo la vida del paciente. La atención puede esperar hasta un máximo de tiempo de 120 minutos.

Sin Urgencia (AZUL): Paciente puede atenderse por consultorio externo, no hay riesgo de vida, el tiempo de espera para la atención se alarga hasta los 240 minutos.

IV. HIPÓTESIS Y VARIABLES

4.1 Hipótesis

La implementación de un Sistema de Triage será efectivo, si disminuye el tiempo total de espera de los pacientes en el servicio de Emergencia

4.2 Variable

- Variable Independiente: Sistema de Triage.
- Variable Dependiente: Tiempo de Espera.

V. MATERIAL Y MÉTODO

5.1 Tipo de Estudio

La investigación presenta un enfoque cuantitativo porque se analizará los datos de manera numérica en base a métodos estadísticos y así poder probar hipótesis.

El tipo de estudio Experimental porque existirá un grupo control, cumpliendo con las características de manipulación intencional de las variables, también se medirá el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente, tendiendo un control y validez interno y externo, dicho proceso se efectuará una intervención aplicando el sistema de triaje, y se llevará a cabo en el servicio de Emergencia de la Clínica San Pablo.

5.2 Área de Estudio:

El estudio se realizará en la Clínica San Pablo, el cual pertenece al Sector Privado, ubicada en la Av. el Polo N° 789 en el distrito de Santiago de Surco.

El servicio de Emergencia cuenta con un área de admisión, servicio de shock trauma y tópicos para la atención de los pacientes en diferentes especialidades como son traumatología, cirugía general, medicina interna y Gineco – Obstetricia.

La clínica San Pablo recibe aproximadamente a 80 personas diarias en los días de semana, teniendo los fines de semana y feriados mucha más influencia de pacientes de 120 a 140 personas en las 24 horas de atención, siendo los diagnósticos más frecuentes: Traumatismo Encéfalo Craneano, Dolor Abdominal, GECAS, ITUS y Fiebres.

La atención tiene gran influencia a pacientes referidos de EPS, particulares y asegurados por la clínica, encontrándose pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales que requieren atención inmediata.

Para dicha atención la clínica cuenta con 15 enfermeras de las cuales 4 tienen especialidad en emergencia, 2 en estudios de especialidad y 9 que son enfermeras generales, 10 médicos, 15 técnicos en enfermería, 5 tecnólogos de laboratorio.

La Producción de pacientes en el año 2013 fue: de 80 pacientes diarios, que hacen un total de 2,400 pacientes cada mes, y un total de 28,800 pacientes atendidos anualmente.

5.3 Población

La población y objeto de estudio son los pacientes que acuden al servicio de emergencia de la clínica San Pablo en el periodo 2013 al 1° semestre del 2014.

La producción de pacientes para el año 2014 fue un total de 14, 400 pacientes atendidos anualmente.

Se trata de una población finita en la cual seleccionaremos una muestra que sea representativa, considerándose los siguientes criterios de inclusión y exclusión y la producción de pacientes que fueron de 14, 400.

Participaran todos los pacientes que acuden al servicio de emergencia comprendido entre los grupos etareos de adolescentes, adultos y adultos mayores, dichos pacientes participaran de manera voluntaria, por lo que se informara y se le hará la entrega para su aprobación del consentimiento informado.

Todos los pacientes excluidos serán aquellos pacientes trabajadores de la clínica, derivados de otros centros asistenciales y los pacientes atendidos por Emergencias gineco- obstétricas.

Se seleccionará de manera proporcional, y todos los estratos de interés estarán debidamente representados en la muestra.

5.4 Muestra

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (P1 Q1 + P2 Q2)}{(P1 - P2)^2}$$

$Z\alpha$ = Factor de confianza = 95 % = 1.96

$Z\beta$ = Potencia = 80% = 0.84

P1 = No se conoce = 0.5

Q1 = 1 – P1 = 0.5

P2 = Se reduce a la mitad = 0.25

Q2 = 1 – P2 = 0.75

Remplazar:

$$n = \frac{(1.56 + 0.84)^2 (0.5 * 0.5 + 0.25 * 0.75)}{(0.5 - 0.25)^2}$$

n= 55 (tamaño de muestra)

- ❖ Aplicaremos a 55 personas sin Triage Manchester (grupo control)
- ❖ Aplicaremos a 55 personas con Triage Manchester (grupo experimental)

5.5 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER (Variable independiente)	Es el proceso dinámico de valoración clínica, que permite clasificar al paciente de acuerdo a las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.	Resucitación (ROJO) Emergencia (NARANJA) Urgencia (AMARILLO)	Todos los pacientes que cursan con eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano o extremidad. Requerimiento de Reanimación. Paciente con aspecto de gravedad. Paciente crítico, con evidentes signos de gravedad o descompensación. Todos los pacientes que representan afecciones de inicio o presentación sobreaguda que abruptamente comprometen la vida de una persona aparentemente sana y/o estable y que progresa rápidamente a la muerte. Todos los pacientes que requieren una pronta asistencia médica por haber riesgo de muerte mediata o corto plazo. Requiere atención especializada y multidisciplinaria	Edad Sexo Presión Arterial Frecuencia Cardíaca Temperatura Frecuencia Respiratoria Estado de conciencia Evaluación Pupilar Glasgow menor a 8 Sangrado activo

		Urgencia Menor (VERDE) Sin Urgencia (AZUL)	Todos los pacientes que requieren una pronta asistencia medica por haber riesgo de muerte mediata a coroto plazo Requiere atención especializada y multidisciplinaria Todos los pacientes que por lo agudo de su presentación demanda pronta asistencia pese a que no ponen en evidente riesgo la vida del paciente Todos los pacientes que pueden atenderse por consultorio externo, no hay riesgo de vida.	Traumatismos graves Crisis convulsiva Precordialgia Dificultad respiratoria Dolor abdominal Cefalea intensa Snd. Confuncional Dolor osteomuscular Cuadros gripales Gastroenterirtis
--	--	--	---	---

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
TIEMPO DE ESPERA (Variable Dependiente)	Tiempo que transcurre entre el contacto con el personal sanitario en funciones de triaje hasta la asignación de su nivel de prioridad asistencial.	Resucitación (ROJO)	Eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano o extremidad. Requerimiento de Reanimación la atención debe ser inmediata.	Tiempo en minutos: Atención inmediata 0 minutos
		Emergencia (NARANJA)	Afecciones comprometen la vida de una persona aparentemente sana y/o estable y que progresa rápidamente a la muerte, el tiempo de espera para la atención debe ser de 10 – 15 minutos.	Entre 10 – 15 minutos
		Urgencia(AMARILLO)	Requieren una pronta asistencia médica por haber riesgo de muerte mediata o corto plazo. Requiere atención especializada y multidisciplinaria que se debe dar en un máximo de tiempo de 60 minutos.	Hasta 60 minutos
		Urgencia Menor (VERDE)	Por lo agudo de su presentación demanda pronta asistencia pese a que	Hasta 2 horas

		Sin Urgencia (AZUL)	no ponen en evidente riesgo la vida del paciente, la atención puede esperar hasta un máximo de tiempo de 120 minutos. Paciente puede atenderse por consultorio externo, no hay riesgo de vida, el tiempo de espera para la atención se alarga hasta los 240 minutos.	Hasta 4 horas
--	--	---------------------	--	---------------

❖ Sistema de Triage Manchester

5.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos

Variable tiempo.- Se utilizará para medir el tiempo de espera de los pacientes que llegan a la Clínica San Pablo.

Como técnica se utilizará la observación y como instrumento la aplicación de la lista de chequeo, la que se aplicará de manera personal a los pacientes que acuden al servicio de emergencia.

El 1º instrumento es la lista de chequeo para la clasificación de los pacientes en el servicio de emergencia, está a su vez está compuesto por cinco partes (según sistema Manchester)

- La primera parte detalla la clasificación de pacientes - **Resucitación (ROJO)**, que incluye 7 alternativas de las cuales se marcará con una X según los signos y síntomas que presente el paciente.
- La segunda parte se detallará la clasificación de pacientes - **Emergencia (NARANJA)**, que incluye 4 alternativas en donde se marcará con una X según los signos y síntomas que presente el paciente.
- La tercera parte se detallará la clasificación de pacientes - **Urgencia (AMARILLO)** que incluye 4 alternativas en donde se marcará con una X según los signos y síntomas que presente el paciente.
- La cuarta parte detallará la clasificación de pacientes - **Urgencia Menor (VERDE)**, que incluye 4 alternativas en donde se marcará con una X según los signos y síntomas que presente el paciente.

- La quinta parte se detallará la clasificación de pacientes - **Sin urgencia (AZUL)** que incluye 4 alternativas en donde se marcará con una X según los signos y síntomas que presente el paciente.

Luego se colocará la clasificación del paciente según el color que se ha brindado. (Ver anexo N°1).

El 2° instrumento es la lista de chequeo del tiempo de espera y está compuesto en tres partes:

- La primera parte detallará el tiempo de espera desde el ingreso del paciente hasta la atención del triaje, que incluye 5 alternativas en donde solo se elegirá una alternativa y se marcará con una X. (ver Anexo N°2).
- La segunda parte detalla el tiempo de espera durante el triaje que incluye 7 alternativas de las cuales solo se elegirá una alternativa y se marcará con una X.
- La tercera parte detalla el tiempo de espera después del triaje hasta la atención médica que incluye 7 alternativas de las cuales solo se elegirá una alternativa y se marcará con una X.

5.7 Plan de Recolección de Información:

- Se presentará el proyecto de investigación a la unidad de Investigación y Capacitación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la facultad de enfermería para su inscripción.
- Se presentará el proyecto de investigación al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para su aprobación.

- Se solicitará autorización al Director de la clínica San Pablo, para poder realizar el proyecto de investigación.
- Se coordinará con la jefa del servicio de Emergencia para la recolección de datos.
- La recolección de datos se realizará en tres momentos:

Primer Momento

Las especialistas investigadoras acudirán al servicio de Emergencia, en donde se observará a los pacientes para poder clasificarlos de acuerdo al sistema de triaje.

Previo

Se convocará a las enfermeras de emergencia a una reunión, en donde se dará a conocer:

- Los objetivos del estudio y la metodología de aplicación del estudio de investigación.
- Información a través de una charla informativa acerca del sistema Manchester.
- Los instrumentos para la recolección de información.

Validación de Instrumentos:

Los instrumentos serán validados por juicio de expertos y prueba piloto.

Segundo Momento

Observaran las técnicas utilizadas desde el ingreso de los pacientes al servicio de emergencia hasta su atención medica tanto al grupo Experimental como al grupo control.

Grupo experimental: Son los evaluados con el sistema de triaje Manchester.

Grupo control: Evaluados como respectivamente se atienden a los pacientes sin ningún sistema de triaje

5.8 Plan de Análisis de Información

Los datos serán codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el Programa estadístico SPSS versión 15.0 para su análisis para Determinar la efectividad de un sistema de triaje y la disminución del tiempo de espera en los pacientes que acuden al servicio de Emergencia en la Clínica San Pablo.

Se comparará el tiempo promedio desde que llega el paciente hasta la atención con triaje y sin triaje para la selección de la prueba estadística se evaluará previamente el requisito de distribución normal de los tiempos.

De cumplirse dicho requisito se utilizará la prueba T de student para muestras independientes, Se aplica cuando la población estudiada sigue una distribución normal, de caso contrario la prueba U de Mann Whitney, es una prueba no paramétrica aplicada a dos muestras independientes.

Se trabajará a un nivel de significancia de 0.05.

Los resultados serán presentados en tablas, cuadros y gráficos.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1 Principios Éticos

- **Del principio de Autonomía:**

Respetando el principio de autonomía, los pacientes o familiares firmaran el consentimiento informado para ser partícipes de esta investigación y de los resultados del mismo. Se le informara a cada participante detalladamente el procedimiento que se le va a realizar para clasificarlo. (Anexo N° 3)

- **Del principio de beneficencia:**

Por lo citado anteriormente la investigación pretende contribuir con el bienestar y con la calidad de vida de los pacientes

- **Del principio no maleficencia:**

Dicha investigación no causara daño alguno a los pacientes, solo se utilizaran instrumentos de registro. No tomara la priorización más tiempo de lo necesario, respetando la emergencia de la atención.

- **Del principio de Justicia:**

Se escogerá a los pacientes que acepten de forma voluntaria participar en nuestro estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. No se discriminara a ningún paciente por sexo, edad, raza o condición de atención.

6.2 Consideraciones administrativas

6.2.1.- Cronograma De Actividades 2015

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Problematización, Planteamiento y formulación del problema.	X	X	X																													
Objetivos, justificación Y propósito de estudio.			X	X	X																											
Antecedentes y construcción del marco teórico					X	X																										
Operacionalización de la variable						X	X																									
Definición operacional de términos							X	X																								
Consideraciones éticas								X	X																							
Instrumento concluido									X	X																						
Proyecto concluido										X	X																					
Presentación de proyecto											X	X																				
Tramites de la institución												X	X																			
Recolección de datos														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Procesamiento de datos																									X	X	X	X	X			
Presentación del trabajo																													X	X	X	X

6.2.2.- Presupuesto

	DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
I	RECURSOS HUMANOS			
	Investigadoras	4	500	2000
	Asesora	1	200	200
	Estadístico	1	200	200
				Sub. Total = 2400
II	RECURSOS MATERIALES			
	Folder Manila	55	1.00	55.00
	Hojas Bond	1000	15.00	30.00
	Lapiceros	55	1.50	82.50
	Lápices	55	1.00	55.00
	Perforador	6	5.00	30.00
	Engrapador	6	6.00	36.00
	Plumones de Pizarra	24	2.50	60.00
				Sub. Total=348.50
III	SERVICIOS			
	Movilidad Local	3	50	150.00
	Teléfono	3	60	180.00
	Internet	3	100	300.00
	Anillados	5	10.00	50.00
	Empastados	3	40.00	120.00
	Refrigerios	3	20.00	60.00
				Sub. Total = 860.00
IV	TRANSPORTE y VIATICOS			
	TRANSPORTE	6	5	1350.00
	VIATICOS	4	10	1800
				Sub. Total = 3150.00
	TOTAL			6758.5

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. R. Arturo, G. Reyes. Triage en la sala de urgencias. Rev. Hospital general. Cd. Victoria Tamaulipas [Internet]. 2010 [citado 13 octubre 2014]. Disponible en: <http://salud.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2012/03/triagedeurgencias.pdf>
2. Illescas Fernández. G.J. Triage: atención y selección de pacientes. Med. Traum Rev. (México) 2010; Vol 9 (Nº 2): p 48 - 56. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062e.pdf>.
3. Sesma S. J. Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Scielo.[en línea]. 2012. [Citado 23 mayo 2014]; Vol 35 (Nº2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272012000200001&script=sci_arttext
4. Pedro Arcos González. Estado actual de la investigación sobre sistemas de triaje. Fundación Mafre [Internet]. 2011 [citado 13 octubre 2014]. Disponible en: http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/saludprevencion/multimedia/encuentro-internacional-triage/estado-actual.jsp
5. Abordaje en emergencias y desastres [en línea]. Perú: blogspot; 2014. [Citado 20 octubre 2014].Disponible en: <http://abordajeenemergenciaydesastreucv.blogspot.com/>
6. Resendiz J. L. Triage en el servicio de urgencias. medigraphic Artemisa en línea. [en línea]. 2011. [citado 11 octubre 2014]; Vol 22(Nº4); 310. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064k.pdf>
7. Álvarez A.B, Gorostidi P. Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. [en línea]. 2008. [citado 13 setiembre 2014]; Vol 10(Nº2); 100. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.semes.org%2Frevista_EMERGENCIAS%2Fdescargar%2Festudio-del-triage-y-tiempos-de-espera-en-un-servicio-de-urgenciashospitalario%2Fforce_download%2Fenglish%2F&ei=s9xYVbWkDITEgwT0gYHIAw&usq=AFQjCNHu5fkKwBAVhrohHPLhg445ymaAAQ&bvm=bv.93564037.d.eXY

8. Lugo S. Pavlicich V. Pacientes no atendidos que abandonaron un Servicio de Urgencias. [en línea]. 2010. [citado 10 setiembre. 2014]; Vol 38(Nº1). Disponible en: <http://www.revista.spp.org.py/index.php/ped/article/view/49>
9. Soler W. Gómez M. Bragulat E. Álvarez A. El triaje herramienta fundamental en urgencias y emergencia. scielo [en línea]. 2010 [citado 10 agosto 2014]; Vol 33(Nº1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext
10. Urgiles M. Tiempo de espera y satisfacción de los usuarios del Centro de Salud. scielo [en línea]. 2011 [citado 14 Abril 2014]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3520/1/MED142.pdf>
11. Triage en la sala de urgencias. [en línea]. Mexico: Servicios multimedia; 2010. [citado 13 octubre. 2014]. Disponible en: <http://salud.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2012/03/triagedeurgencias.pdf>
12. Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias. [en línea]. España. 2010 [citado 13 setiembre 2014]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21544/1/2008_6.pdf
13. Soler W. Gómez M. Bragulat E. Álvarez A. El triaje herramienta fundamental en urgencias y emergencia. scielo [en línea]. 2010. [citado 10 agosto 2014]; 33(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext
14. Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias. [en línea]. España. 2010 [citado 13 set. 2014]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21544/1/2008_6.pdf
15. Cantarero G. Prácticas en urgencias [en línea]. 2013. [citado 11 setiembre. 2014]. Disponible en: <http://gercantarero.blogspot.com/2013/03/triageen-urgencias-i.html>

16. Serrano B. Sistema de Triage en urgencias generales. [en línea]. 2013. [citado 11 agosto 2014]. España. Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1
17. Soler W. Gómez M. Bragulat E. Álvarez A. El triaje herramienta fundamental en urgencias y emergencia. scielo [en línea]. 2010 [citado 10 agosto 2014]; Vol 33(Nº1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext
18. Rac de Enfermería en urgencias y emergencias. [en línea]. España: 2010 [citado 1 agosto 2014]. Disponible en <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/fundamentos/RAC.pdf>
19. Romero J. Recepción acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias [Monografía en Internet]. Barcelona: Instituto de Formación Continua, 2010 [citado 15 agosto 2014]. Disponible en: http://cvirtual2.il3.ub.edu/repository/coursefilearea/file.php/1/mf/cursos/sal_meuh/sal_meuh_m1t1.pdf
20. Gómez J. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencia. [en línea]. 2010. [citado 5 agosto 2014]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.

ANEXOS

ANEXO Nº 1. LISTA DE CHEQUEO PARA CLASIFICACION DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

VALORACION DE TRIAJE: SERVICIO DE EMERGENCIA

Datos Generales:

Fecha: _____ Hora _____

Nombre del

paciente: _____

Edad: _____ Genero: _____

- SIGNOS VITALES: PA: _____ FC _____ FR _____ SPO2% _____
Temperatura _____ Glasgow: _____ AO() RM () RV ()
- Antecedentes:
- Diabetes _____ Hipertensión _____ Cardiopatía _____ Otros _____

_____ Urgencias clasificadas con color **ROJO** Resucitación (Atención Inmediata)

- Alteración importante de los signos vitales _____ Glasgow menor a 8 _____
- Sangrado activo _____ Traumatismo grave _____ Dolor precordial _____
- Crisis convulsivas _____ Dificultad respiratoria severa _____
- Urgencias clasificadas con color **NARANJA** Emergencia (T.E. 10 minutos)
- Traumatismo craneoencefálico (Glasgow 9-13) _____ Sangrado de tubo digestivo _____ Dificultad respiratoria moderada _____ Deshidratación moderada. _____
- Urgencias clasificadas con color **AMARILLO** Urgencia (T.E. 60 minutos)
- Signos vitales alterados _____ Dolor abdominal agudo _____ Cefalea intensa. _____
- Síndrome confusional _____
- Urgencias clasificadas con color **VERDE** Urgencia Menor (T.E. 120 minutos)
- Traumatismo menor _____ Dolor osteomuscular _____ Sinusitis _____
- Dolor dental _____
- Urgencias clasificadas con color **AZUL**. Sin urgencia (T.E. 240 minutos)
- Cuadros gripales _____ Dolor abdominal leve _____ Gastroenteritis. _____ Cefalea _____

- Clasificación de la Atención: _____
- Color: _____
- Quien realizo: _____
- Cargo: _____
- Tiempo de espera en recibir la atención de triaje. _____

**ANEXO N° 2. LISTA DE CHEQUEO DE TIEMPO DE ESPERA SEGÚN
CLASIFICACION DE PACIENTES**

CLASIFICACION DE PACIENTES POR TIEMPO DE ESPERA

TIEMPO DE ESPERA DESDE EL INGRESO HASTA LA ATENCION DE TRIAJE

- 1- RESUCITACION (Rojo) () 0 MINUTOS
- 2- EMERGENCIA (Naranja) () ENTRE 10 – 15 MINUTOS
- 3- URGENCIA (Amarillo) () HASTA 60 MINUTOS
- 4- URGENCIA MENOR (Verde) () HASTA 120 MINUTOS
- 5- SIN UGERNCIA (Azul) () HASTA 4 HORAS

ANEXO N° 3. CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN - ADULTOS

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia - UPOCH

Investigadores: Domínguez H. Liz, Flores S. Shirley, Evangelista L. Silvia,
Portocarrero G. Miluska.

Título: Efectividad de un sistema de triaje y la disminución del tiempo de espera en los pacientes que acuden al servicio de Emergencia en la Clínica San Pablo de Abril a Junio del año 2015.

Propósito del Estudio: Le invitamos a participar en este estudio de investigación, desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Este estudio se realiza con la finalidad determinar la efectividad de un sistema de triaje en la disminución del tiempo de espera en los pacientes que acuden al servicio de Emergencia en la Clínica San Pablo de Abril a Junio del año 2015.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio de investigación se le realizara una serie de preguntas, las cuales estarán dirigidas de acuerdo al estado de salud que presente en ese momento, a así poder clasificarlo según prioridad y verificar el tiempo de espera hasta la atención médica.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios: No se le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en dicha investigación

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: Guardaremos su información con códigos. Si usted no desea que su información permanezca almacenadas ni utilizadas posteriormente, usted aun pueda seguir participando del estudio.

Autorizo a tener mi información guardada SI ☐ NO ☐

Además, la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación. Se contará con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Derechos del paciente: Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio de investigación, comprendo las cosas que van a suceder si participo en el proyecto de investigación, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Testigo

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha