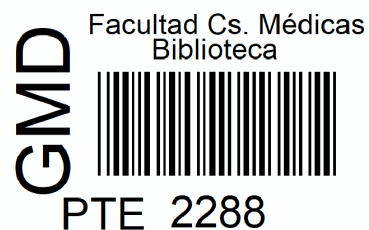


Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de enfermería



Relación existente entre la implementación de un protocolo de clasificación de pacientes y los tiempos en la atención de niños que acuden a la guardia de un hospital público de dependencia provincial de la ciudad de Rosario, durante el año 2022

Autora: Enfermera Prof. Iunnisi, Marianela

Director/a: Lic. en enfermería Cechinni, Florencia

Docente/s asesor: Esp. Nores, Rosana

Lic. en enfermería Pérez, Luciana

Rosario, 29 de noviembre de 2021

Proyecto para la regularización de la actividad académica tesina

“Ningún precio es demasiado alto por el privilegio de ser uno mismo...”

Friedrich Nietzsche

Resumen

Este trabajo de investigación trata de presentar una problemática frecuente que se vislumbra en las guardias de los hospitales, relacionada con la falta de protocolos de clasificación de pacientes o triage, y el aumento de los tiempos de atención de los pacientes que allí acuden. En este caso se tomará como referencia al paciente pediátrico, por su vulnerabilidad ante los procesos de salud, enfermedad y atención.

El objetivo principal de dicho proceso es determinar qué relación existe entre la implementación de un protocolo de clasificación de pacientes y los tiempos en la atención, en niños que acuden a una guardia de un hospital público pediátrico de la ciudad de Rosario en el transcurso del año 2022.

Se realizará un estudio de tipo cuantitativo, cuasiexperimental, de característica longitudinal y prospectivo. La población estará compuesta por dos grupos donde la población número uno estará conformado por enfermeros asistenciales del servicio de guardia y la población dos por pacientes pediátricos que serán clasificados por dicho protocolo, mediante una checklist o lista de chequeo.

Se representarán los resultados por un análisis multivariado, aplicando la estadística inferencial.

Palabras Clave: Clasificación de pacientes, Enfermería, Tiempos en la atención, Pediatría, Hospital pediátrico.

Índice general	
Resumen y Palabras Clave	3
Índice general	4
Introducción	5
Planteamiento del problema en estudio	
Hipótesis y objetivos	
Marco teórico	12
Material y Métodos	33
Tipo de estudio o Diseño	
Sitio o contexto de la investigación	34
Población y muestra	35
Técnica e instrumentos para la recolección de datos	36
Personal a cargo de la recolección de datos	41
Plan de análisis	42
Plan de trabajo y Cronograma de actividades	43
Bibliografía	44
Anexos	
1. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	47
2. Instrumentos para la recolección de datos	48
3. Resultados del estudio exploratorio	55
4. Resultados de la prueba piloto del instrumento	57

Introducción:

El presente trabajo surge desde la necesidad de implementar protocolos eficaces para la resolución de los problemas en las salas de urgencias pediátricas, con respecto a los tiempos de espera, el tiempo en que los niños permanecen dentro del efector sin remitirlos a la consulta solicitada en el momento oportuno y principalmente para evitar la congestión de las salas de espera. Lo cual no solo genera inconvenientes para los pacientes, sobre todo teniendo en cuenta la facilidad con la que el paciente pediátrico manifiesta empeoramiento de su salud, sino también por el aumento de la cantidad de recursos utilizados por el sistema de salud ante un paciente que agudizó su situación durante el tiempo de espera.

La clasificación de pacientes adquiere relevancia en todo el mundo siendo reglamentada de manera obligatoria en países más desarrollados como los que conforman la Unión Europea y los EE. UU, quienes crearon sus propios criterios de clasificación y evaluación de pacientes dando lugar así a sistemas avanzados de clasificación.

En América latina también se han creado sistemas de evaluación eficaces, los mismos se han tomado como referencia para la elaboración de este trabajo.

En la actualidad en la República Argentina existe la Ley N° 14.948 de Triage del poder legislativo de la provincia de Buenos Aires, esta ley sólo se extiende a la provincia de Buenos Aires, tanto para efectores públicos como privados. Lo relevante de esta ley es la implementación de una clasificación rápida y eficiente de los pacientes según su nivel de complejidad. Para ofrecerle un adecuado tratamiento o posterior traslado a un efector que posea las características que requiere el estado de salud del paciente.

Se utiliza una escala de cinco niveles, incluyendo pacientes en estados críticos a situaciones menos urgentes.

Para su correcta implementación existe un organismo regulador el cual es el encargado del diseño de criterios y protocolos para la atención de pacientes en las salas de emergencias. Este organismo dispone que la sala de triage debe encontrarse cercana a la sala de urgencias.

Al mismo tiempo, establece que el personal de enfermería debe poseer título habilitante como enfermero profesional o licenciado en enfermería con experiencia mínima de dos años. (PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL LEY 14948, 2017)

Dentro de este marco Cañizares Sánchez, (2018) expone que el concepto de clasificación de pacientes o triage es equivalente a como el proceso de evaluación clínica inicial establece un orden para estos, en función de su urgencia o severidad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica integral.

La relación de variables que toma este análisis son las dificultades relacionadas con la atención del paciente, con las estructuras hospitalarias, administraciones y la relación con el resto de los profesionales de la salud. Este estudio se realizó en base a 25 artículos bibliográficos que tuvieron como criterio de inclusión ser textos basados en experiencias en hospitales españoles, con problemáticas, dificultades y soluciones en triage publicados entre 2005 y 2017. El objetivo principal de este estudio fue investigar qué dificultades encuentra la enfermería en la realización de la clasificación de pacientes, ofreciendo soluciones y propuestas de mejora para superarlas. Como objetivo específico se plantea acrecentar los saberes sobre el triage, en los distintos modelos empleados e identificar en qué poblaciones se aplica el sistema español de Triage (SET) o en cuales el sistema Manchester (MTS). Las conclusiones evidencian problemas desde la capacitación y motivación por parte del equipo de enfermería, áreas relacionadas a las características y experiencias del personal, para el proceso de triage, se centran en este tipo de problemáticas para la optimización de los protocolos de clasificación de pacientes.

Además, describe la falta de apoyo que tiene enfermería a la hora de la toma de decisiones en cuanto a la valoración del paciente por parte del equipo médico, lo cual los limita en su accionar, también se toma como referencias problemáticas relacionadas con la competitividad entre profesionales. A su vez se destaca la sobrecarga de tareas sobre el enfermero triador, y la falta de acceso a un sistema informático adecuado para la tarea.

Otras características influyen al momento de la clasificación como son las expuestas por Gómez-Angelats, Miró, Baur, & Santaliestra, (2018), quienes estudian *“la relación que existe entre la asignación del nivel de triage y las características y experiencia personal de enfermería”*. En un estudio observacional y retrospectivo realizado en un hospital universitario. Esta investigación se llevó adelante en el Área de guardia de un efector universitario terciario de alta tecnología de 700 camas ubicado en Barcelona, España. El centro es un nosocomio de los cuales dependen unos 550.000 habitantes, y en su Área de Urgencias se adicionan al año algo más de 90.000 urgencias generales, que no incluyen las especialidades de obstetricia y ginecología, pediatría y oftalmología, las cuáles se atienden en otra central.

Este estudio partió de una población disponible de 50 enfermeros (45 mujeres y 5 hombres) con una media de edad de 45 años. Como instrumento de medición se utilizó, para la variable cualitativa sexo, turnicidad y nivel de asistencia laboral un método conocido como ANOVA que es una red de datos autosuficiente, previo se comprobó mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. En el caso de las variables cuantitativas como edad, especialización en urgencias y cantidad de triage realizados, aplicaron la regresión lineal simple de Pearson estableciendo relación entre los coeficientes y los intervalos de confianza donde este resultado superó al 95%.

Se comprobó mediante las técnicas antes mencionadas, que las características del personal como lo son la edad, el sexo, los distintos tipos de experiencia tanto en enfermería como realizando triage, los turnos de trabajo, nivel asistencial, cantidad de triage realizados y los porcentajes de pacientes asignados a cada nivel; determinaron que durante el horario de la mañana se clasificaban más pacientes y había una tendencia a la asignación del nivel 5, lo cual también estaba estrechamente relacionado con una mayor edad del enfermero clasificador y cuanto mayor experiencia tenía.

Estos datos indican que si existe relación entre las características del personal y la asignación a cada nivel de triage.

Lattuada, y otros, (2018) también expusieron en el año 2018, un estudio realizado en México, que existen diversas problemáticas en cuanto a la clasificación de pacientes por personal no experimentado, dicho estudio analiza la concordancia que hay entre personal no capacitado, personal capacitado vs un sistema informático. La población tomada fueron 17 personas de este efector entre ellas se mencionan 3 médicos, 2 residentes de clínica, 8 auxiliares de enfermería y 4 licenciados en enfermería.

Este análisis tuvo por objetivo principal comparar las diferencias que existe al momento de clasificar a los pacientes por personal capacitado con experiencia previa, el personal no experimentado al cual solo se le brindó un breve curso de cuatro horas con las características básicas del sistema de clasificación y un sistema informático avanzado. Estos datos fueron comparados y evaluados en tiempo real. Para alcanzar el objetivo se realizaron 578 clasificaciones, 17 personas sin conocimientos previos realizaron 34 casos cada uno, cuyos resultados fueron llevados a formato de planilla tipo Excel, para su estudio posterior. A partir de los datos obtenidos se realizó el cálculo de correspondencia por intermedio del coeficiente Kappa entre los no experimentados, el personal con mayor experiencia y el sistema informatizado de avanzada.

Los resultados arrojaron diferencias sustanciales entre el personal que recibe una capacitación mínima y el personal experimentado. El personal experimentado tiene un 79% de concordancia con los datos arrojados por el sistema informático, mientras que el no experimentado sólo un 41%. Lo cual demuestra que a mayor experiencia del personal triador mayor será el nivel de concordancia con el sistema informatizado.

Quiñones, Contreras, Corona, & Terrero, (2020) exponen que el triage requiere reconocer a los pacientes que necesitan ser atendidos con mayor celeridad y a los que pueden esperar de manera segura un tiempo más prolongado en las salas de espera. Es por esto por lo que en el Hospital Dr. Robert Raid Cabral de República Dominicana se llevó a cabo un análisis sobre cómo el triage es una herramienta fundamental para visualizar la funcionalidad del sistema de urgencias, el cual se realizó mediante un estudio observacional, descriptivo y prospectivo.

Se tomó como población a los pacientes que acuden a la sala de urgencias de ese hospital en los meses de septiembre a noviembre de 2018, tomando en total una población de 660 pacientes de los cuales el 54% eran masculinos y el 46% femeninos. Se utilizó como instrumento para la valoración de los datos un formulario para pacientes menores de 1 año y otro para mayores de 1 año hasta los 16 años, el mismo estaba comprendido por preguntas socio demográficas, motivo de consulta, nombre, edad, sexo, signos vitales, áreas del cuerpo afectadas, el triángulo de valoración pediátrica y el orden de clasificación según gravedad. También se evaluaban aspectos relacionados con comorbilidades, hora de llegada y de asistencia. Las conclusiones derivan en que la falta de un sistema de clasificación de pacientes estructurado afecta directamente la calidad de atención, y que respuestas más oportunas a niveles 3 y 4 generarían una descompresión del sistema ya que son la mayoría de los pacientes clasificados los que corresponden a esas categorías.

También se manifestó que los distintos tipos de respuesta en cuanto al tiempo para la atención y traduce estos tiempos según el nivel de complejidad adjudicado en la clasificación en relación con el tiempo de respuesta nivel 1: 50 seg; nivel 2: 22 min con 5 seg; nivel 3: 41 min con 12 seg; nivel 4: 49 min con 35 seg; y nivel 5: 48 min con 53 seg.” Como conclusión, la respuesta a las atenciones se ve afectada por la falta de triage estructurado, una respuesta más rápida y oportuna a pacientes con niveles 3 a 4, gracias al alto volumen de pacientes que acuden y no así a los de nivel 1 y 2.

El proceso de clasificación de pacientes o triage se ve expuesto en diversos artículos, pero en muy pocos se discrimina entre el paciente pediátrico y el adulto, siendo esto de vital importancia por la variabilidad que los pacientes presentan en la niñez.

Es por eso por lo que se tomó el análisis de Martínez, y otros, (2016) que buscan determinar el beneficio de distintos sistemas de clasificación de pacientes pediátricos utilizando métodos ya validados como el sistema canadiense de Triage, el triángulo de valoración pediátrica, el sistema de alerta temprana y la escala de **SAVE A CHILD TRIAGE**, mediante la utilización de un estudio transversal de prueba diagnóstica, en un hospital de Guadalajara en México.

El principal objetivo de este análisis fue indagar sobre los beneficios que tenía complementar estos tres métodos de evaluación en niños. Tomaron como población 1120 pacientes pediátricos ingresados por urgencias mediante el triage, siendo este un criterio de inclusión, quedaban excluidos aquellos que ya se encontraban internados o los que ingresaban por alguna causa administrativa al efector, niños fallecidos antes del triage o aquellos niños que fueran trasladados de otra área del efector para su evaluación o prueba diagnóstica. Utilizaron un muestreo aleatorio simple.

Los métodos validados como la escala de triage canadiense se basa en datos vinculados al triángulo de evaluación pediátrica, la observación clínica verificando parámetros fisiológicos del niño que permiten adecuar la condición actual del paciente en una escala de cinco niveles denominada por colores la que determina la gravedad y el tiempo de espera para la atención.

El sistema de alerta temprana se basa en la implementación de distintas variables medibles relacionados con estados fisiológicos del niño a la cual se le otorga valor numérico según la categoría que corresponda así mediante la reconstrucción de esta otorgara un puntaje, esta escala pretende disminuir los riesgos de internaciones en las Unidades De Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), disminuir la incidencia de paros cardiorrespiratorios prevenibles y cuantificar la gravedad de enfermedades en niños internados.

Save a Child es una escala creada en el estado de Hawái por una asociación de enfermeras, esta escala combina la entrevista con la observación para identificar niños gravemente enfermos tomando aspectos fundamentales como la circulación, la respiración, el estado de conciencia entre otros parámetros.

Para la medición de este estudio se tomaron dos tiempos en la atención en el primer tiempo un médico pediatra utilizó para la valoración del niño el triángulo de evaluación pediátrica mediante el cual podía obtenerse una impresión general y determinar su gravedad. Los niños en estado severo ingresaban directamente a una cama y eran considerados en estado 1, durante la estabilización se seguían desarrollando las valoraciones pertinentes con las demás escalas de medición. Los demás niños que ingresaban por triage eran valorados según lo que indica cada

escala de medición, y según la obtención de esos datos se le asignaba un valor en la escala canadiense y se llenaba un formulario en Excel para el sistema de alerta temprana y para save a child triage.

Estos datos luego eran cotejados por un segundo pediatra quien sería el que brindaría la atención definitiva al paciente. Los resultados comprueban que la implementación de estas escalas combinadas tenía mejores resultados en la clasificación, en prever la necesidad de hospitalización, en la determinación para un orden en la atención, así como el ingreso a UCIP y advertir el riesgo de muerte.

Como propósito de este estudio se pretende investigar si con la implementación de dicho protocolo de clasificación de pacientes si la atención es eficaz para cada paciente garantizando el cuidado requerido según el nivel de complejidad en el momento oportuno.

Con los resultados se pretende dar cuenta de la importancia de su implementación, disminuir los tiempos de atención y prevenir complicaciones sobre los pacientes que acuden a la guardia pediátrica de un hospital público x presentando los resultados a las autoridades para promover su implementación definitiva en la institución.

Para esta investigación se tomó como problemática, ¿Qué relación existe entre la implementación de un protocolo de clasificación de pacientes y los tiempos en la atención de niños que acuden a la guardia de un hospital público de dependencia provincial de la ciudad de Rosario, durante el año 2022?

Para las cuales se elaboraron las siguientes hipótesis:

- ❖ La eficaz implementación de un protocolo de clasificación de pacientes disminuye el tiempo entre la clasificación y la atención del paciente.
- ❖ A menor tiempo de espera para la evaluación y menor tiempo de duración de la clasificación menor será el tiempo de espera para la atención de los pacientes como consecuencia de una correcta implementación de un protocolo de clasificación.

Objetivo general: Determinar si existe relación entre la implementación de un protocolo de clasificación de pacientes y los tiempos en la atención de niños que acuden a la guardia de un hospital público de dependencia provincial de la ciudad de Rosario, durante el año 2022.

Objetivos específicos:

- ❖ Identificar la implementación del protocolo de clasificación de pacientes según el tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación, el tiempo que dura la clasificación y el tiempo de espera para la atención.
- ❖ Determinar la relación que existe entre el tiempo de espera y el tiempo de clasificación
- ❖ Analizar si el tiempo de espera es acorde al tiempo establecido para la atención según nivel de complejidad

Marco teórico

En la fundamentación teórica para esta investigación se toman los conceptos de “Triage” que deriva del vocablo francés “trier” que significa “clasificar”, por esto se toma a la variable independiente de implementación de un protocolo de clasificación de pacientes y como variable dependiente los tiempos en la atención.

Este primer concepto, antes mencionado, surge desde épocas muy antiguas dentro de la medicina militar y la guerra, desde las necesidades de otorgar una designación a los pacientes heridos de gravedad, asignándoles prioridad inmediata dentro del campo de batalla.

El concepto de Triage está relacionado con los procesos de evaluación inicial, que identifica a los pacientes en el desarrollo previo antes de la atención, identificando y ordenando a los mismos según el nivel de complejidad. Esta selección es un componente concluyente para el cuidado de la salud, para la administración y gestión de los servicios de emergencias; perfecciona el trabajo diario del personal, de la gestión y de los recursos con los que se cuenta. (Cañizares Sánchez, 2018)

Esta investigación adhiere a este concepto, ya que el objetivo principal de la misma es mejorar los tiempos en la atención mediante la clasificación oportuna y la gestión apropiada de las salas de urgencias, logrando así el mayor beneficio tanto como para los pacientes, como para el uso apropiado de las unidades de guardia pediátrica.

Triage se define como:

Él proceso de valoración clínica preliminar, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, que permite conocer el grado de urgencia de cada paciente. Lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia y permite priorizar su asistencia según estos niveles.(Fernández, Raso, & Etxaniz, 2011, pág. 3)

Asimismo, se introduce el concepto de **triage de urgencias** como:

Triage de urgencias como el proceso de valoración clínica preliminar, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, que permite conocer el grado de urgencia de cada paciente. Urgencia es aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su

aparición y la instauración de un tratamiento efectivo. No siempre es superponible la gravedad. La urgencia viene condicionada por el tiempo hasta la atención definitiva mientras que la gravedad está más relacionada con el pronóstico final. (Landaluce, 2020, pág. 2)

Como señala este concepto los tiempos en la atención no están relacionados solamente con la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad del servicio prestado, si no que conlleva en las salas de urgencias (SU) la prioridad fundamental para evitar deterioro o daños mayores. El triage en las salas de guardia sigue siendo un factor fundamental relacionado a la seguridad del paciente.

Antiguos escritos de Florence Nightingale dejan entrever aspectos relacionados a esta práctica de categorizar pacientes, quizás podríamos decir que fue una de las primeras triadoras de la historia. En los albores del año 1854, en Gran Bretaña está joven empezaría a dejar su huella siendo jefe de un Hospital de Londres cuando estalló un conflicto bélico sin precedentes. Es entonces cuando el secretario de estado para la guerra, Sídney Herbert la nombra para comandar un grupo de enfermeras en la guerra de Crimea.

Era la primera vez que una mujer estaba a cargo de un puesto jerárquico en el ejército. Para ese entonces Nightingale poseía capacidades extraordinarias para la observación comenzó a idear estrategias que le permitían planificar el cuidado de los enfermos en Escutari, el principal hospital británico. Comenzó a tomar medidas relacionadas con el entorno basándose en la circulación del aire, el aseo y la utilización de la luz solar. Rápidamente estas medidas fueron dando resultados al cabo de poco tiempo, había mejorado el mantenimiento de las salas, consiguió ropa de cama para los soldados enfermos, organizó sistemas para que estos envíen dinero a sus familias y además adoptó medidas para la recreación.

Desarrolló habilidades dentro del campo de la educación de las nuevas enfermeras, su principal teoría del aprendizaje hace hincapié como ya se mencionó con anterioridad en la observación y en que la enfermera debía adquirir ciertos dotes en la práctica. La observación permitía saber cuál era el estado de salud del paciente, la teoría y la deliberación, que se debía hacer, y la práctica como hay que llevar a cabo el plan. En pocas palabras la formación y la experiencia como herramientas fundamentales para el cuidado del paciente. (Nightingale, 1882)

A continuación, en una breve reseña histórica podemos enunciar al médico quirúrgico militar francés Dominique-Jean Larrey, comandante al mando de la guardia imperial de Napoleón fue designado por múltiples autores como el promotor en poner en práctica un sistema de clasificación

en el campo de batalla a través de la valoración inicial y categorización por nivel de complejidad de aquellos soldados heridos en batalla.

Durante la batalla de Speyer en el año 1867, Napoleón Bonaparte ordena a el barón Jean Larrey, quien en ese momento era el jefe médico de las fuerzas armadas, que aquel soldado que no tenga la aptitud suficiente de recobrar sus capacidades en combate correspondía dejarse en el frente de batalla y solo debían ser trasladados al hospital, aquellos que tengan chances de recuperarse. Para lograr este objetivo convinieron entrenar a los soldados para identificar lesiones y se les proveía de carrozas tiradas a caballo para el traslado de los heridos en batalla. Allí médicos capacitados militares proveían de los cuidados pertinentes. (Fernández D. G., 2006)

En los inicios del siglo dieciocho, los médicos y cirujanos militares fomentaron las primeras prácticas en clasificación de pacientes y la designación de estratos para los riesgos en el campo de batalla.

El cirujano naval de Gran Bretaña John Wilson estaba convencido de que los recursos debían destinarse a aquellos pacientes que necesitaban tratamiento urgente, con mayor probabilidad de recuperación, los pacientes con heridas menores se podía postergar su atención. Desde aquí se empieza a evidenciar la importancia de los tiempos en la atención de los pacientes, siendo estos de vital importancia en los hombres gravemente heridos.

En países como EE. UU. estos conceptos fueron incorporados durante la guerra civil, por los cirujanos Charles Tripler y Jonathan Letterman, lo cuales implementaron estaciones de ayuda cerca del campo militar y sistemas de traslado de pacientes, en esta época no existía una manera estructurada para la clasificación, lo cual impactó directamente en la mortalidad de la época.

Durante la primera guerra mundial debido al aumento en la tecnología armamentista, se incrementó a niveles exponenciales el número de víctimas, por esta razón lo que se buscaba era atender el mayor número de personas, antes que al gravemente herido ya que estos demandaban demasiado tiempo de atención, la premisa era salvar a la mayor cantidad de personas posibles en el menor tiempo. Por ende, el mayor bien para el mayor número de personas.

En la segunda guerra mundial además de la tecnología en armas, el apoyo de las fuerzas aéreas, la medicina también había hecho sus avances en cuestiones relacionadas con antibióticos como la penicilina y el tratamiento con plasma. Facultativos militares incluyeron nuevos parámetros para la clasificación de heridos.

Por otro lado, la Organización Del Tratado Del Atlántico Norte (OTAN) en su manual de 1958 incluye una versión de triage de tres categorías: 1 pacientes que están heridos levemente y pueden volver a sus funciones, 2 pacientes con una mayor gravedad en sus heridas con necesidad de reanimación inminente o procedimientos quirúrgicos, 3 por último aquellos pacientes que tienen heridas graves con alto riesgo de mortalidad o ya muertos al arribo.

Otro enfoque importante fue el que se tuvo en la guerra de Corea con la utilización del transporte aéreo sin médicos a bordo, en Vietnam se integró el servicio médico en las aeronaves para la atención de los heridos. Con este sistema se logró disminuir los tiempos entre la injuria y el tiempo definitivo para la atención, el cual se redujo de dieciocho a doce horas, en la segunda guerra mundial, de dos a cuatro horas en Corea, y en dos horas o menos en Vietnam e Irak. En este último se implementaron el montaje de hospitales de campaña lo cual también contribuyó a la disminución de los tiempos en la atención. (Vásquez-Alba, Luna-Muñoz, & M. Ramos-Garay, 2019).

La clasificación de pacientes adquiere relevancia en todo el mundo siendo reglamentada de manera obligatoria en países más desarrollados como los que conforman la Unión Europea y los EE. UU. quienes crearon sus propios criterios de clasificación y evaluación de pacientes dando lugar así a sistemas avanzados de clasificación como lo son el Sistema Español de Triage (SET) y el Sistema Manchester (MTS), entre otras clasificaciones. En estos países la clasificación de pacientes es tarea inherente al área de enfermería exclusivamente.

El principal objetivo del triage es la categorización del paciente en correlación con la gravedad o nivel de urgencia permitiendo que los pacientes más gravemente enfermos sean atendidos antes. Además, se debe asegurar que esos pacientes que ya fueron asignados a un nivel de triage sean seguidos o reevaluados pertinentemente, aunque no estén en situaciones de riesgo inminente. Se debe determinar un espacio físico para la evaluación de los pacientes está deberá contar con los recursos materiales y humanos necesarios.

Según Landaluce, (2020), se debe contar con infraestructura física que debe tener las siguientes características, debe cumplimentar con un espacio debidamente marcado, de tamaño adecuado (mínimo 6m², óptimo 9m²), confortable, donde se garantice la privacidad y la seguridad del paciente. Asimismo, tiene que tener fácil acceso con otras áreas de emergencia, su ubicación debe ser preferentemente en la entrada de urgencias, detrás de la recepción, lo que permite tener vista de la entrada y de la sala de espera, con acceso rápido al área de tratamiento y especialmente a la sala de shock room.

Al mismo tiempo, menciona que este debe operar las 24 hs, se debe realizar a la llegada del paciente, incluso antes de que se registre en la admisión. De la misma manera debe incluir la reevaluación periódica de los niños en sala de espera para atención médica (por lo que la enfermedad es un proceso dinámico y por lo tanto este sistema tambien debería de serlo), el triage se debe adaptar a diferentes escenarios o situaciones de congestión del servicio, aumento de la demanda estacional o posible brote de alguna enfermedad, la vista por el triage debe ser rápida y dinámica.

Otro factor fundamental es informar al paciente y su familia sobre el estado de salud actual del paciente y los tiempos de demora estimados en la atención. Reducir los tiempos y la aglomeración de personas en las salas de espera.

Desde el punto de la gestión y administración de los servicios que incluyen el triage se pueden tomar referencias para controlar la complejidad del servicio y otros parámetros para una gestión más eficaz de los recursos. (Fernández, Raso, & Etxaniz, 2011)

Dentro de los conceptos antes mencionados se hace referencia de varios factores, que hacen al triage una herramienta fundamental para medir la calidad de la atención de los pacientes, estos indicadores de calidad se basan fundamentalmente en la designación adecuada al nivel de complejidad del paciente y a los diferentes tiempos que se involucran durante el procedimiento. (Landaluce, 2020)

Para la fundamentación de la elección de las dimensiones de la variable compleja **implementación de un protocolo de clasificación de pacientes**, se tomaron varias características del niño como la piel, actividad, ventilación o respiración, el contacto visual, señales de maltrato o abuso, el llanto del niño, la temperatura, características del sistema inmunitario, el nivel de conciencia y factores que muestran señales del estado hídrico del paciente. Todas estas medidas arrojan indicadores que nos muestran señales del estado clínico del paciente en el momento de la evaluación.

Estás dimensiones se pueden fundamentar desde la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas. Dentro de estas dimensiones se pueden ver similitudes con estas 14 necesidades, la enfermera en triage evalúa mediante su criterio la independencia del paciente en su valoración del estado de salud de este.

Reconoce y distingue las necesidades alteradas, estás pueden no estar satisfechas, ya sea por causa de enfermedad o por distintas etapas del ciclo vital. Las cuales se pueden ver afectadas por factores

físicos, psicológicos o factores de índole social y según esta valoración preliminar se le otorga un nivel de priorización en la atención.

Virginia Henderson señala que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben suplir, generalmente se cubren cuando el individuo está sano y tiene la autonomía para ello.

Las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener posturas deseables.
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles. (Virginia Henderson; Organización Panamericana de la Salud, 1961, págs. 13-14)

Estas necesidades pueden variar debido a dos factores, como son los permanentes relacionados con la edad, el nivel cognitivo, el estrato social o cultural al que pertenece, la aptitud física entre otros. Y los factores variables como lo son los estados patológicos vinculados con dificultad para respirar, traumatismos, estados infecciosos, heridas de cualquier índole, etc. Si bien en esta etapa la enfermera clasifica a los pacientes, en su naturaleza está identificar los cuidados pertinentes al mismo según su nivel de complejidad. (Tría, 2019)

No obstante, a priori en la clasificación no se realizan cuidados específicos, la enfermera habituada en el servicio tiene que ir planificando los distintos cuidados que cubran dichas necesidades. Es menester de enfermería reconocer estas necesidades alteradas, ya que no solo se encontrarán manifestaciones físicas señal de enfermedad o de estados alterados en el niño, sino que además deberá incorporar su habilidad para reconocer procesos relacionados con factores externos, como lo son los de índole psicosocial y los de atención de salud, etc.

En base en lo mencionado con anterioridad, podemos decir que enfermería debe hacer su valoración no solo del niño si no también del entorno de este, el cual puede ofrecer información de suma importancia, no solo recolectamos la información, sino que también la transmitimos por eso la importancia de la comunicación efectiva, la cual es imprescindible para el cuidado.

Según Bustos & Perepelycia, (2014) en el primer contacto con el paciente se requiere de la agudeza de los sentidos, para prestar atención a todos los aspectos del niño y de lo que lo rodea. Existe la comunicación verbal y no verbal. Esta última requiere de gran capacidad de interpretación por parte del personal y es la que mayormente se puede evidenciar en niños menores de cinco años, es la resultante de gestos, posturas, expresión, tono, llanto y otras.

La comunicación resulta de la interacción de un emisor (niño o familia) y un receptor (personal de salud) y la emisión de un mensaje, esto se da en un entorno que en este caso es el hospitalario, donde se perciben además de las palabras la actitud, la gesticulación, el tono muscular, el llanto y la expresión del rostro. La comunicación debe ser sencilla, franca, oportuna, perceptiva y puntual. En la comunicación con la familia del niño, muchas personas dudan de la necesidad de comunicar sus sentimientos, a menudo implicando o expresando indirectamente sus preocupaciones con la esperanza de que alguien reconozca sus miedos y ansiedades, durante el interrogatorio o actividades, como la toma de signos vitales, hacer preguntas simples como, por ejemplo, ¿cómo te sientes hoy? Surgen expresiones importantes como temor, incertidumbre o inquietud u otras emociones que es importante tener en cuenta al momento del abordaje.

La interacción con los familiares del niño precisa de honestidad, sobriedad y claridad, se debe detallar el estado de salud y por sobre todo dar confianza en que el niño está siendo tratado con la mejor calidad que se le puede brindar. Es por esto por lo que considero inherente la implementación del método de clasificación de pacientes ya que en esta instancia se le puede hacer ver al familiar que el niño está siendo observado y evaluado, que el tiempo que se permanece en la sala de espera también es un tiempo valioso en el que se está trabajando en pos de la salud del niño. En esta etapa del proceso se debe llamar a la familia por su nombre y explicar los comportamientos del niño enfermo, ya que puede variar sus conductas según el nivel de complejidad que este está atravesando. La atención de salud se valora en todos los aspectos con respeto a las personas y teniendo en cuenta principalmente a la bioética.

Los integrantes del equipo de salud necesitan una formación que les permita no solo dar respuestas técnicas sobre el saber hacer, sino también brindar cuidados incluyendo la actitud que acompaña a las acciones de brindar el cuidado oportuno. Las acciones para cuidar de los seres sintientes

deben basarse principalmente en el respeto a la vida, el conocimiento científico y las actitudes profesionales. El respeto a la vida es un aspecto fundamental de la bioética. Las prestaciones de servicios y cuidados implican el total y absoluto respeto por la dignidad humana. En cuanto al conocimiento científico es una titulación expedida por las distintas universidades o escuelas responsables que demuestran la aplicación práctica de los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos durante la preparación y formación profesional.

De igual importancia la actitud profesional se debe tener en cuenta ante cada situación, se debe de mantener la calma para poder utilizar los conocimientos, la ciencia y las habilidades que se han aprendido para realizar el mejor trabajo.

El cuidado infantil es una actividad con un componente no profesional que suelen realizar familiares, amigos u otras personas; esta variación en la atención no técnica se asocia con componente afectivos. Algunos aspectos de la atención, como brindar apoyo durante la atención de salud/enfermedad, inspirar confianza en el tratamiento, alentar a las personas a recuperar las esperanzas y fortalecer las habilidades, son características propias de enfermería. Cuidar, en el sentido más amplio, significa conocer las necesidades de las personas y lo que sucede, educar a las familias para que apoyen al niño en esta situación de nueva realidad que están atravesando.

Aunque en algunos casos esta no sea una tarea fácil para el personal, ya que es conveniente tener en cuenta al interactuar con personas, que estas pueden pasar por distintos estados anímicos que pueden alentar o entorpecer la asistencia al niño como, por ejemplo, pueden surgir situaciones donde los familiares pueden estar ansiosos, en estos casos se recomienda mantener un ambiente ameno, sereno, comunicarnos con mensajes claros, cortos y sobre todo simples, especialmente si el niño se encuentra en un estado delicado en su salud. De igual manera podemos encontrarnos con personas irritadas, en esta oportunidad se opta por realizar movimientos suaves, pausados, mantener una distancia prudente, no generar sensación de temor, no comprometer el espacio personal del sujeto, conservar los objetos peligrosos alejados o personas que puedan alterar más su estado anímico. De la misma forma, se pueden observar personas deprimidas a las cuales se le debe dedicar un mayor tiempo para explicarle lo que está sucediendo, es conveniente sentarse junto a ellos a la misma altura, sus reflejos son más lentos y es propicio acompañarlos en sus tiempos en la realización de cualquier actividad, los mensajes también deben ser breves y simples.

Por otra parte, se pueden encontrar personas que niegan la realidad de lo que está sucediendo, hay que realizar preguntas concretas, permitir su actitud defensiva lo cual manifiesta una función protectora, de todas maneras, no hay que omitir información ante ellos, la negación es la primordial

fase a la cual se le sucede una crisis posterior. Es por ello que cualquiera sea el tipo de actitud de la persona, enfermería debe realizar sus intervenciones de manera segura, acercándose con postura firme, sin apuros lo que connota un control de la situación, pero sin ser amenazante, nunca debe omitirse la presentación del personal que está asistiendo al niño y se debe explicar en todo momento lo que se va a hacer, o lo que se está haciendo; este es el inicio de la relación entre enfermero-paciente. En cuanto al ambiente siempre debe estar preparado para la interacción y ser ameno se debe procurar la intimidad en todo momento, prácticas simples como cerrar una puerta generan una disminución de las distracciones.

Además, las tácticas para la realización de la anamnesis como ponerse a la altura del niño, mantener la mirada y la línea visual, generar una postura amigable y flexible, colocarse a su altura generan sentimientos de seguridad, el lenguaje corporal acompaña lo que se quiere expresar. Iniciar la comunicación utilizando métodos terapéuticos cuando se da información o respuestas, usar preguntas abiertas, hacer hincapié en los temas que se evaden o se restan importancia siempre y cuando sea información útil para el diagnóstico y tratamiento, no se debe interrumpir, se debe observar y analizar cada gesto, a medida que se desarrolla el mensaje, todos estos lineamientos contribuyen a que la comunicación sea efectiva y se reafirma cuales son los aspectos más relevantes de la misma.

En cuanto a los aspectos transculturales se deben tener en cuenta que el lenguaje se puede manifestar de distintas formas ya sea con señas, dibujos, o la necesidad de un traductor o intérprete. Hay que tener en cuenta que en ciertas culturas algunas prácticas o métodos no son del todo aceptados o son desconocidos, es nuestro deber explicar de la manera más sencilla posible y tener especial énfasis en las señales que nos da el paciente.

Con relación al accionar en una guardia pediátrica, el personal se puede ver expuesto a ciertas crisis o actitudes violentas, las cuales se deberán sortear, es por esto por lo que se aconseja seguir ciertas directrices para el afrontamiento de estas situaciones. En primer lugar, siempre se deberá recurrir al superior a cargo para averiguar sobre la existencia o no de protocolos para estos eventos, si en el efector hay conformado un comité de ética se debe solicitar su intervención o requerir información pertinente para el manejo de estos casos, es de preferencia que todas estas indagaciones se hagan con anticipación antes de que se suceda la crisis. El personal de salud debe estar en conocimientos de estas normas si es que ya están establecidas, en el caso de que no es necesario solicitar se tomen las medidas pertinentes.

En cuanto a las intervenciones en las crisis, ante el inicio de un evento amenazante o situación de violencia se debe pedir ayuda, generalmente la presencia de otro compañero desalienta al agresor. En todos los casos se debe mantener la mirada en la persona, pero además se deben observar preferentemente sus manos ya que podremos visualizar si puede atacarnos de alguna manera, ya sea con algún elemento contundente, arma o con la misma mano dar un golpe de puño.

Por otro lado, se debe generar una conversación pacífica, tratar de no generar violencia o sobresaltos en la persona. Se debe considerar abordar al sujeto a un lugar calmo, donde puedan dialogar y preguntar cual es el motivo de su enojo, procurar estar acompañado y evitar dejar objetos peligrosos al alcance. Si el agresor cuenta con algún tipo de arma peligrosa, es el personal de policía o seguridad del lugar quien debe hacerse cargo de la situación. Bajo ningún punto de vista el personal puede llevar elementos en su cuello, como cadenas, pañuelos o el mismo estetoscopio ya que pueden ser objetos utilizados para causar estrangulamiento.

Es necesario designar una persona a cargo de la conversación con la persona violenta preferentemente una persona que haya entablado una buena relación con el sujeto o a la cual demuestre más grado de confianza. Una vez manejada la situación comunicarse de inmediato con los superiores a cargo del servicio, solicitando además colaboración del equipo de salud mental de la institución para el abordaje interdisciplinar de este sujeto. Así mismo, si el personal que estuvo en esa situación se ve afectado emocionalmente por el suceso es pertinente pedir la interconsulta con salud mental. (Bustos & Perepelycia, 2014)

Con relación al impacto psíquico que tiene la enfermedad o introducción del niño al contexto hospitalario, Buttigliero (2014), afirma que existe una situación que se genera con frecuencia en torno a esto y es la sensación de culpa. Asimismo, se percibe al cuerpo enfermo como un imaginario que refleja al entorno familiar, que se encuentra en una situación de crisis donde pierde su sentido de todo poderoso donde acapara al niño, le brinda seguridad y confort, esa idea se rompe e irrumpen las ideas de miedo, de que la situación no tiene solución sin la ayuda externa, todo esto rompe con esa ilusión de omnipotencia de la familia. Posterior se suscita la crisis que viene a irrumpir en el círculo familiar creando caos y contradicción, a su vez cada miembro de la familia en su propio sistema de creencias despliega sus diversas modalidades de entender el curso de la enfermedad.

Esta culpa por parte de la familia se alimenta de la noción de los neoliberales, que trasladan la responsabilidad económica de la salud de un individuo a la familia, buscando convertirla en una mercadería. Y socavan el concepto de salud como derecho social, colocando la enfermedad. en la

relación social, determinándola. Es interesante abordar el impacto de la hospitalización del niño desde el concepto de esquema corporal o autoimagen (imagen que se tiene de sí mismo). Freud vio la importancia del diagrama corporal, cuando dijo que, el YO comienza como un YO corporal.

Esta estructura corporal sufre modificaciones de todo tipo a través del desarrollo o por algún evento ya sean lesiones o enfermedades, que puede ser orgánicas o psíquicas, estos factores alteran este mapa corporal o imagen que se percibe de sí mismo. Es aquí donde se genera la interrelación del cuerpo con el mundo externo, gracias a esto ambas partes sufren modificaciones constantes, esto nos lleva a afirmar que la imagen personal es un constructo social internalizado.

La hospitalización determina la fractura de la vida diaria del niño, el niño está en crisis, viendo sus límites frente a él como un tema que determina su completa transformación. La pasantía describe un nuevo modo de producción en el cuerpo, ligado a la maquinaria hospitalaria, un verdadero sub-cuerpo, una red jerárquica de nuevas relaciones que presentan la situación bajo su mando, con violencia similar a la que produce la enfermedad, sobre el niño. Una nueva experiencia de su cuerpo, de sí mismo y de su mundo, tiene oficialmente la condición de paciente hospitalizado y esta condición implica someter a su cuerpo, producto de relaciones y vivencias cotidianas, a un nuevo discurso, nombrándolo, significándolo y construyéndolo de diferentes formas y según nuevas prácticas que construyen a través de otras cinéticas, sensaciones y autopercepciones.

La hospitalización, al romper las relaciones cotidianas del niño con su entorno, alejándolo de la escuela, amigos y otros, manteniéndolo solo en relación con sus padres debido a la práctica hospitalaria, lo que lleva a los niños a retroceder a la defensiva. Cuando las relaciones en las que se refleja y nutre de repente se convierten en un conjunto de relaciones frías, alienadas y burocráticas propias del sistema de salud, las relaciones con los familiares se ven sobrecargadas, la ruptura de la relación necesidad-satisfacción con la que el niño está familiarizado todos los días, identifica varias relaciones intrínsecas entre circunstancias espirituales, desde poner el cuerpo en otro modo de relación, es parte de la experiencia de hospitalizar, susceptible a ser traumatizante para el niño y su entorno. El temor a la muerte y al dolor está latente y sabotea el esquema placentero que se tiene del cuerpo y su visión a futuro.

Si la enfermedad en sí traumática, por el dolor que crea y la ansiedad que causa, así como por los cambios que implica en el mapa corporal, entonces parece probable que la hospitalización con sus métodos de práctica y el discurso del médico / enfermero aumenta su nueva forma de traumatizar. Es deber del paciente superar la angustia de la pérdida y el atentado que la situación provoca, emprender aprendizajes relevantes, y desvincularse de las discusiones y prácticas hospitalarias,

negar la experiencia para superarla. Los profesionales sanitarios pueden intervenir en todas estas cuestiones, intentando transformar al máximo la experiencia de este paciente, cuidando siempre de no dejarse caer en dinámicas alienadas.

Ahora bien, como ya se mencionaron las necesidades psicosociales del niño y su entorno, se deberá pasar a la evaluación fisiológica de este, teniendo en cuenta los principales aportes que hicieron; Almagro Colorado, y otros, 2015 hacen especial énfasis en herramientas para la valoración oportuna del niño en cualquiera de sus etapas.

El profesional a cargo de la clasificación deberá poseer experiencia en el área para reconocer a simple vista procesos fisiopatológicos en el niño, deberá comprender y aplicar el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP), el cuál es una herramienta fundamental para el manejo de este tipo de pacientes.

El **TEP** es un proceso de valoración clínica que se basa en un triángulo, este posee en cada uno de sus lados una denominación, el primer lado está relacionado con la **apariencia o el aspecto**. Resalta características como el tono, la reactividad, si se consuela o no, la mirada y el lenguaje.

En el segundo lado del triángulo nos encontramos con aspectos relacionados con la **ventilación** que pueden presentar las siguientes particularidades del trabajo respiratorio, presencia de tiraje, retracción, aleteo nasal, taquipnea, etc.

Por último, en tercer lugar, representa la **circulación** del niño, que se basa en un aspecto básico para la valoración como es la coloración de la piel. Puede ser pálida, presentar livideces, piel marmorata o adquirir un color cianótico. Además, se valorará la función cardíaca y la perfusión orgánica a través de las constantes vitales.

La alteración en uno de los lados corresponde a procesos menos urgentes, esto le da la posibilidad al triador de seguir con el proceso de valoración. La variación de los lados del triángulo nos lleva a situaciones donde es necesario indagar un poco más en la clasificación, pero con celeridad.

La disfunción de los tres lados nos habla de una alteración global del estado de salud el paciente debe ser categorizado con el nivel 1 de prioridad, y pasar de inmediato al área de reanimación o shock room.

Ronald A. Dieckmann, (2015) menciona que el TEP es una herramienta rápida, fácil y útil para evaluar a niños de todas las edades con cualquiera grado de enfermedad o lesión. La herramienta cubre el aspecto pediátrico de la impresión general y funciona tanto para niños heridos como

enfermos. Desde que se introdujo el TEP en las capacitaciones, curso de soporte vital avanzado pediátrico y educación prehospitalaria para profesionales, esta herramienta de evaluación pediátrica se ha convertido en un modelo de evaluación fundamental. El TEP es una manera fácil de comenzar a evaluar a cualquier niño. Se basa en la audición y la visión y no requiere de estetoscopio, tensiometro, monitor cardíaco ni oxímetro de pulso.

El TEP se puede completar en 30 a 60 segundos. En efecto, el TEP es un modelo estructurado para la “revisión del paciente desde el otro lado de la sala” es un proceso intuitivo para el enfermero/médico pediátrico experimentado.

Es decir, que este proceso se hace de manera sistemática, el enfermero triador tiene la capacidad de realizar este procedimiento de manera espontánea gracias a los conocimientos que posee en el campo.

Enfermería posee la capacidad para la realización de estas valoraciones, en algunos apartados Virginia Henderson manifiesta que el quehacer enfermero es autónomo de la praxis médica (Allgood & Tomey, 2011), este concepto da luz a lo abordado anteriormente en el estado del arte de como enfermería se ve involucrado en situaciones donde no se le da el valor pertinente para la valoración inicial del paciente siendo que posee todas las herramientas fundadas en conocimientos científicos para el desarrollo de estas tareas.

Para la implementación de estas valoraciones se necesita de la experticia del enfermero en el área del saber, la experiencia con el paciente pediátrico se adquiere con el tiempo, la observación constante y sobre todo por la capacitación continua.

Según Frederick Winslow Taylor en su libro Principios De La Administración Científica, para mejorar el trabajo y la productividad había que seguir ciertas normas o principios básicos; si bien en este caso no hablamos de productos si no de personas esta teoría es perfectamente aplicable a la realidad que nos compete. Para el mejoramiento de ciertos aspectos relacionados con la calidad primero se debe seguir un plan, una estrategia la cual debe estar premeditadamente formulada y no debe realizarse de manera empírica.

En segundo lugar, se debe seleccionar el personal más capacitado, se le debe instruir en el área que se desea y se le debe formar para responder a cierto objetivo. Para este estudio es fundamental este principio ya que como menciona Taylor el objeto más importante, es la capacitación, tanto como para el personal, como para la persona a cargo del triage, de manera de lograr la máxima competencia; lo que dará como resultado no solo la motivación del personal a cargo de la tarea si

no también se verá reflejado en el proceso, implementándose de manera apropiada, eficaz y se traducirá posteriormente a los tiempos de implementación. La especialización del enfermero en esta área es fundamental para la implementación de dicho protocolo.

Como tercer principio aparece la cooperación para que el trabajo se vea beneficiado y se realice de acuerdo con lo planificado con anterioridad, por otro lado, como cuarto principio aparece la distribución del trabajo entre el trabajador y la entidad a cargo.

Estos principios son adaptables, no es la rigidez su característica, se pueden moldear a las diferentes áreas y situaciones, se adaptan a las necesidades que van surgiendo en el trayecto. Solo hay que saber cómo implementarlos. Se deja la vieja estructura de lado de capataz-obrero (investigador- educando) si no que se basa en un modelo de colaboración de horizontalidad. (Taylor, 1973)

Un profesional que sabe lo que hace, lo hace en el momento oportuno de la manera indicada seguramente obtendrá resultados que favorecerán a los pacientes.

Ahora bien, todos estos procesos deben ser factibles, es decir, ¿cómo sabemos que lo que se hace está bien hecho? Para esto Almagro Colorado, y otros, 2015, en su manual de Triage expone indicadores de calidad, pero... ¿qué es la calidad en salud? Principalmente lo que se destaca es que los servicios sean accesibles y equitativos.

Se mencionan distintas aristas para tener en cuenta, como lo son la aplicación del método científico, el manejo de información tanto técnica como teórica de la más alta calidad.

La accesibilidad, es decir, sortear los distintos obstáculos que se oponen a que el paciente llegue al sistema de salud, existen múltiples barreras que dificultan esta dimensión como lo son factores relacionados con la organización, la economía, la cultura, etc. Dentro de esta categoría adquiere relevancia la variable dependiente de esta investigación, **los tiempos de atención**, la demora en la atención o tiempos de respuesta es una barrera que impide la agilidad de los servicios de guardia y un malestar emocional en el sujeto de atención y su familia.

A la dimensión anterior se le agrega la equidad que no es más que brindar atención a quien más lo necesita o igual atención al que se encuentra en una situación, con las mismas características o similares. Asimismo, aparece la efectividad, que es como una práctica mejora la calidad de salud de los pacientes. Posterior podemos mencionar a la eficiencia, de la relación entre el costo y el producto final. También se menciona la eficacia la cual indica cual es el grado en que la práctica alcanza las metas propuestas para el paciente.

Por otro lado, la satisfacción es la percepción del usuario sobre las prácticas de salud que se realizan, esta satisfacción no debe ser percibida solo por el paciente sino también por el equipo de salud. Dentro de este orden de ideas aparece la adecuación, es como el servicio y el personal responden a las necesidades de la población que concurre al efector. Y por último debe señalarse la continuidad de estas prácticas, deben persistir a lo largo del tiempo en forma ininterrumpida, con posibilidad de mejoras adecuándose a las nuevas necesidades que vayan surgiendo.

Alfieri, y otros, (2011) atribuyen al control de calidad a la evaluación de ciertos parámetros relacionados con **los tiempos de atención**, definen el tiempo de llegada relacionado con el triage, que es el tiempo desde que el niño ingresa a la guardia hasta el momento donde se realiza la clasificación; para esta medición incorpora una fórmula, que es el porcentaje de niños con un tiempo menor o igual a diez minutos sobre el total de niños clasificados. El estándar debería responder al 85% o mayor. Y determinan que este tiempo no debe exceder los 15 minutos.

El tiempo de duración de la clasificación, está estipulado que no debe ser superior a los cinco minutos en el 95% de los niños clasificados. En cuanto al tiempo de espera para ser atendido por el médico de guardia se dispone que el 90% de los niños debe ser asistido en dos horas desde que se clasificó por primera vez, y el 100% en cuatro horas. Los autores indican que esta medición se realiza bajo la realización del *“percentil de cumplimiento marginal, que son porcentajes de cumplimiento para cada nivel de triage”* (pág. 18). Este percentil se basa en interpretaciones que hace el triador sobre un conjunto de síntomas o síndromes, a partir del motivo de consulta lo que permite a este clasificarlo según su nivel de complejidad.

Si bien estos tiempos son los estipulados por la bibliografía, los mismos pueden sufrir modificaciones por distintos eventos que se pueden suceder en una sala de urgencias, como son situaciones especiales en los que el triador detecta presencia de violencia doméstica, si se realiza alguna categorización fuera del lugar o box estipulado para esto, por alerta o situación inusual del paciente o descompensación del mismo dentro del box de triage, en el caso que se tenga que activar el protocolo por sospecha de enfermedad infecto-contagiosa, etc.

Este manual decreta que el tiempo de asistencia según el nivel de clasificación se realiza en una escala de cinco niveles de atención, donde el color rojo determina una asistencia inmediata en la sala de shock room, indica riesgo inminente de muerte del niño está relacionado con la resucitación. El nivel dos o naranja el tiempo deberá ser igual o menor a 10 minutos corresponde a una situación de emergencia o urgencia donde la supervivencia del niño está directamente relacionada con el tiempo de atención. El nivel tres o amarillo la espera es igual o menor a 30

min, en este caso son situaciones urgentes donde el paciente puede estar o no estabilizado, requiere de intervenciones tanto terapéuticas como diagnósticas. El nivel cuatro o verde igual o menor a 120 min, son eventos que están condicionados generalmente por la edad o el estado de la enfermedad del paciente, lo que puede contribuir al empeoramiento de su estado de salud. El nivel cinco o azul corresponde a tardanza para la atención igual o menor a los 180 minutos, son casos de menor gravedad que pueden ser eventos agudos o crónicos, pero no son urgentes. Estas consultas podrían ser atendidas en un nivel inferior de complejidad. Por lo tanto, la función específica de los tiempos de la atención está relacionada principalmente a ser indicadores de calidad del sistema de Triage y de los servicios de urgencias. Conviene subrayar que para la implementación de esta investigación se utilizara una escala de tres colores a fines más prácticos.

Es conveniente poner énfasis en las características que debe poseer el efector para la habilitación de un servicio de urgencias, cuáles son los rasgos distintivos que deben tener para llevar a cabo esta modalidad de atención, si bien en forma muy breve se explico cómo debe ser una sala apta para triage, ahora se extenderá el porqué de la elección del contexto, se tomaron en consideración las normas propuestas por el Instituto Técnico Para La Acreditación De Establecimientos De Salud (ITAES), la cuál es una asociación civil sin fines de lucro fundada en el año 1993; entre sus objetivos principales pretende brindar asesoramiento a las instituciones de salud sobre aspectos relacionados con la calidad y la atención de la salud de las personas.

A continuación, se hará mención sobre los estándares básicos de calidad que deben ser acreditados por las instituciones de salud, los mismos se mencionan en su *manual para la acreditación de establecimientos de atención de agudos*, en dicho manual se exponen ciertas características que deben tener un servicio de Guardia para cumplir con los requisitos para su correcto funcionamiento garantizando así la calidad de atención.

En primer lugar, el servicio de Guardia debe contar con atención permanente de las urgencias que allí concurren. El servicio funciona durante las 24 horas los 365 días del año respondiendo tanto a las urgencias/emergencias internas como externas. En habidas cuentas, debe funcionar en una área específica y exclusiva dónde debe contar con equipos e instrumental apropiado para la atención. Al mismo tiempo la estructura de la planta, la superficie debe ser de por los menos 9 m², debe tener paredes que sean posibles de lavar, iluminación adecuada difusa e individual para cada unidad o cama. Circuito de energía eléctrica aislado que comprenda las normas de seguridad estándares con el suficiente número de tomas para asegurar el funcionamiento de los equipos que allí se encuentren. Tiene que poseer un estar u office de enfermería. Estas áreas deben contar con un mínimo equipamiento que se considera indispensable, debe contar con una camilla, un área

limpia, un área sucia para el lavado de instrumental, un área donde se realizan suturas y curaciones. Asimismo, debe poseer un equipo para urgencias que se pueda trasladar.

Por otra parte, cabe destacar la obligatoriedad de un suministro de oxígeno, panel de aspiración y aire comprimido, los cuales deben ser preferentemente de origen central. Debe poseer un área de observación directa donde se pueda observar al paciente de manera continua y de fácil acceso. El área designada tiene que contar con elementos de inmovilización como, por ejemplo, tabla de inmovilización espinal y una camilla especial entre otros elementos.

Las instituciones que cuenten con servicios de internación y unidades quirúrgicas deben contar con una unidad de reanimación. La unidad de reanimación según la categoría UR de la SATI está dirigida a los pacientes con riesgo inminente de muerte, debe disponer de recursos tanto materiales como humanos para su asistencia, hasta que puede ser trasladado en el menor tiempo a la unidad de cuidados críticos. El paciente se encuentra a cargo del personal tratante.

La unidad de emergencia debe gozar de dispositivos apropiados como monitor multiparamétrico, desfibrilador/cardioversor con monitor de ECG, electrocardiógrafo, un ventilador mecánico preferentemente portátil, oxímetro de pulso, equipo para punción raquídea, set de punción torácica y abdominal, equipo completo para accesos dificultosos tanto vías centrales como óseas, set para sondaje nasogástrico, vesical y venoso. Camas, camillas articulables para fácil acceso a la vía aérea y que posean barandas de protección. Indispensable debe ser la existencia de un carro rojo o de paro conteniendo todo lo necesario; como son tubos endotraqueales de todos los tamaños, laringoscopio, bolsa de ambú, medicamentos y material descartable.

En cuanto al personal debe existir un médico a cargo del servicio, preferentemente con especialidad en área de cuidados críticos, emergentología, cirugía o cardiología (con título avalado por instituciones oficialmente reconocidas). Debe tener una matrícula habilitante y una experiencia no menor a cinco años en el servicio de urgencias.

Lo que concierne al área de enfermería debe contar con un jefe de área quien debe cumplir con los requisitos de título y matrícula habilitante ya sea enfermero profesional o preferentemente licenciado en enfermería. Con historial de al menos 3 años de trabajo en el área de emergencias; los cuales deben ser certificados.

El personal de enfermería debe ser exclusivo de la unidad. Estos deben poseer capacitación y entrenamiento en dicha área especialmente en procesos que requieran reanimación avanzada. Tanto personal de enfermería como médicos deben ser en número y aptitudes suficientes para

brindar la mejor atención. La asistencia se basa en guías para el manejo de pacientes en emergencias y procedimientos basados en evidencia científica. Toda información debe ser registrada pertinentemente. La unidad debe tener acceso a procedimientos de diagnóstico y tratamiento como laboratorio, quirófanos, diagnóstico por imágenes, hemoterapia, etc. Se debe contemplar medios de transporte para los pacientes que requieran derivación. (I.T.A.E.S., 2018)

De acuerdo con lo mencionado anteriormente resulta de gran importancia para el investigador destacar que la institución que se prestara para dicho estudio cumple con las normativas requeridas ampliamente, tanto en su guardia antigua, como en la nueva guardia, que las autoridades provinciales pretenden poner en funcionamiento. Es necesario contar con todas las medidas mencionadas para garantizar el cuidado de la población de manera efectiva y oportuna.

Por lo que se refiere a el cuidado de la salud de la población pediátrica ha formado parte a través del tiempo de los diferentes objetivos de organizaciones como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), constituyendo un compromiso por parte de distintos jefes de estados de países adherentes a esta.

Para el año 2000 se pretendía cumplir con los llamados Objetivos De Desarrollo Para El Milenio (ODS) entre los cuáles se mencionaba la disminución de la mortalidad infantil como cuarto objetivo a llevar a cabo. Esta investigación encuentra su motivación en este objetivo tratando de vislumbrar las complicaciones inherentes que se pueden dar en las salas de espera debido a una demora en la atención en los hospitales infantiles.

La implementación de medidas simples de bajo costo como la categorización de pacientes sin métodos que requieran tanta complejidad pueden beneficiar la salud de esta población y evitar dichas complicaciones que pongan en riesgo la vida del niño.

Se ha tomado como referencia “*el plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre sus líneas destaca la importancia de rever las situaciones en las cuáles la falta de equidad y la falta de atención ponen en peligro el acceso a la salud de esta población, se pone en vilo la ineficiencia del sistema de salud ante ciertas situaciones lo cual retrasa el cumplimiento de los objetivos del Desarrollo del Milenio. Se pretende un enfoque integral, libre de la mirada verticalista de los sistemas. Se requiere ir más allá de las estructuras ya implementadas, este artículo incentivo hacia una mirada integral de la salud de los pacientes generando sistemas proactivos que fortalezcan continuamente la salud. (OMS, 2018)

El Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF) desde su observatorio arroja datos reveladores sobre la situación actual. En 2019 murieron alrededor de 6.1 millones de niños entre ellos adolescentes de causas evitables. Entre los cuales 5,2 millones eran menores de cinco años, el dato más relevante e impactante es que cada seis segundos muere un niño menor de cinco años en el mundo. (UNICEF, 2021)

Desde los años 90' el mundo ha avanzado a pasos agigantados en materia de salud y en la supervivencia en la niñez. Actualmente se han proyectado nuevas metas reflejadas en los Objetivos De Desarrollo Sostenible (ODS), entre los cuales se destaca poner fin a las muertes evitables en niños menores de cinco años, para el año 2030.

Los niños/as menores de cinco, nueve años y los adolescentes entre 10 y 19 años corresponden al 25% de la población de la República Argentina aproximadamente. La mortalidad infantil se mide por cada mil nacidos vivos, en la Argentina para valorar las condiciones socioeconómicas, de salud y de calidad de vida se toma como indicador más sensible la mortalidad de niños de menos de cinco años. Las causas externas son la principal causa de muerte en la población de 1 a 4 años, como son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, enfermedades del sistema respiratorio, neoplasias, enfermedades del sistema nervioso, etc. En el caso de menores de 5 a 9 años se relacionan con procesos de aparato cardiaco, respiratorio, neoplasias, malformaciones congénitas y causas mal definidas o desconocidas. Por otra parte, las principales causas de muerte en adolescentes se relacionan con accidentes de tránsito, autolisis o suicidio, eventos de intención no determinada, agresiones o riñas, causas de traumatismos accidentales, accidentes no específicos, ahogamiento y las complicaciones que derivan de la atención médica o quirúrgica. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2019)

Aguerre, y otros, (2018) establece que la patología respiratoria adquiere gran relevancia en la población pediátrica, por su frecuencia, su dificultad diagnóstica y terapéutica y la carga que presenta para los efectores de salud en costos económicos y vitales. Las infecciones del tracto respiratorio inferior, incluso con mayor incidencia estacional, siguen siendo la causa más común de consulta pediátrica, hospitalización, enfermedad crónica, discapacidad y muerte. Según el Estudio sobre la carga mundial de enfermedades de 2013 (Global Burden of Disease Study 2013), las infecciones de las vías respiratorias inferiores son la tercera causa principal de años de vida ajustados por discapacidad, después de las enfermedades cerebrovasculares y las cardiopatías coronarias.

Esta población sufre una amplia variedad de enfermedades e injurias agudas, de las cuales son únicas debido a sus estructuras anatómicas vulnerables, aspectos relacionados con su fisiología e inmunidad inmaduros y su comportamiento exploratorio normal de la edad. Afortunadamente, la mayoría de las emergencias pediátricas son problemas menores, y se pueden manejar adecuadamente con simples medidas de primeros auxilios en el hogar o en la escuela o por el personal de salud de la atención primaria del centro de salud, clínica o servicio de urgencias hospitalarias. A veces, la enfermedad o lesión es grave o potencialmente mortal o implica mucho dolor, requiere de capacidades más complejas dentro de las salas de guardia.

Se deben identificar y rastrear enfermedades y lesiones en los que niños que se presentan, junto con características propias de la edad, sexo, etnia, demografía y socioeconomía, cómo llegaron al departamento de urgencias y necesidades de suministros de tratamiento inmediato.

Es imprescindible contar con una secuencia ordenada para la valoración del paciente pediátrico comenzar por la impresión general, valoración primaria mediante el TEP, toma de signos vitales (estos pueden resultar engañosos dependiendo el estado del niño y su edad), breve anamnesis. (Ronald A. Dieckmann, 2015)

En conclusión, la aceleración de los tiempos y el diagnóstico precoz está relacionado a la supervivencia de los niños con diversas enfermedades crónicas que, hasta hace unos años, murieron en sus primeros años de vida, incluidos los asociados con el parto prematuro, requiere que las instituciones desarrollen estrategias para manejar situaciones agudas y monitorear a estos niños con mayor esperanza de vida, pero con diversos grados de discapacidad.

Una vez más se resalta la importancia de la categorización al momento que el niño ingresa a una sala de guardia siendo a través de la valoración primaria del equipo de salud que se podrá dar la prioridad y respuesta para su precoz tratamiento dependiendo del nivel de complejidad que requiera el mismo.

En definitiva, es menester contar con un sistema de clasificación de pacientes resulta fundamental, según mi parecer, contar con este tipo de dispositivos para un hospital de semejante afluencia de pacientes de diversas características, algo más de 110.000 consultas anuales evidencian la gran convocatoria, es necesario garantizar las medidas más eficientes para lograr la mejor calidad del servicio posible a la población.

La implementación debe ser estructurada contar principalmente con un modelo bien definido, personal entrenado, el espacio adecuado y mecanismos de comunicación efectivos.

Material y métodos

Tipo de estudio

Proceso de investigación cuantitativo, este estudio pretende reflejar y analizar los fenómenos que suceden en la sala de espera, se describirán y expondrán los datos recolectados de manera objetiva y sistémica. Se abordará la realidad de manera segmentada, y se someterán a prueba las hipótesis planteadas con anterioridad.

Este análisis posee un tipo de diseño experimental ya que se manipularán las variables para obtener un resultado, será de característica cuasiexperimental ya que se medirá el efecto pre y post implementación en grupos intactos, de un protocolo de clasificación de pacientes pediátricos y se analizará su impacto en los tiempos de atención.

Debido a que las mediciones serán pre y post prueba se optó por una selección de un enfoque longitudinal donde la recolección de los datos será medida en dos momentos, previo a la implementación por un período de cinco meses y post implementación en los posteriores cinco meses del año 2022, en un hospital pediátrico de dependencia provincial. Esta decisión se fundamenta en el interés del investigador de analizar los cambios que se suceden al manipular la variable.

Para la recolección de datos pre-implementación el investigador observará y analizará las fichas de admisión de pacientes donde verá reflejado el momento en el que el paciente ingresa al hospital a admitirse con personal administrativo, luego observará y mediante una lista de chequeo (ver anexo 2 b) tildará el tiempo que permaneció el paciente en el efector hasta que sea atendido por el médico de guardia.

Para la medición luego de la implementación del protocolo de clasificación de pacientes pediátricos, personal de enfermería que conformará el grupo 1 de participantes de esta investigación implementará una lista de chequeo con diez dimensiones relacionada a aspectos físicos y psicosociales, (ver anexo 2 a) que le permitirá al personal a cargo de la medición dar una categorización a los niños que asistan durante un periodo determinado de tiempo a la guardia del hospital, según nivel de complejidad de su enfermedad actual. El investigador y sus colaboradores observarán dicho proceso en todas sus etapas para la evaluación posterior de la implementación y de los tiempos de cada etapa de la atención.

Se analizará si existe la relación causa y efecto entre la variable independiente y dependiente.

Este estudio será prospectivo ya que se pretende analizar los sucesos en tiempo presente mientras se van suscitando los hechos durante todo el año 2022. (Sampieri, Collado, & Lucio, 2014)

Sitio y contexto

La elección del lugar donde se llevará a cabo la investigación se vincula a la apertura inminente de una nueva guardia pediátrica totalmente remodelada, para la misma se realizó una guía de convalidación de sitio (ver anexo 1) para conocer en profundidad cuáles son los métodos que se utilizan actualmente para la admisión de pacientes, formas de atención y características socio demográficas, patologías más frecuentes de la población que acude actualmente a la institución, características propias del efector y del servicio. A través de estos datos lograremos tener una visión más amplia de la realidad del campo de estudio, ya que no se comparará con otra institución por lo que se realizará una prueba pre y post test en el mismo efector.

Previo autorización del hospital para comenzar con el estudio exploratorio (ver anexo 3) se constató que el mismo cuenta con los requisitos establecidos de elegibilidad. A su vez se encuentran las variables que se desean desarrollar y la población por lo cual torna un ambiente viable para realizar esta investigación.

El sitio donde se llevará a cabo el análisis es un hospital pediátrico de dependencia provincial, es un centro de referencia de tercer nivel de complejidad para la atención de pacientes agudos y crónicos; emplazado en la zona norte de la ciudad de Rosario, recepciona pacientes tanto de la zona norte de la ciudad como de pueblos aledaños.

Actualmente la guardia está funcionando fraccionada por la situación actual de pandemia por SARS COVID 19 donde los pacientes no febriles ingresan por guardia y pacientes febriles ingresan a lo que antiguamente era hospital de día siendo un hoy un anexo de la guardia. Cada sector cuenta con dos enfermeros por turno siendo una dotación total de 4 enfermeros.

Él efector posee servicio de internación, unidad de terapia intensiva pediátrica, vacunatorio, consultorios externos con todas las especialidades, quirófanos, lactario, farmacia, laboratorio, servicio de hemoterapia y distintas áreas administrativas.

Población y muestra

Se determinaron dos poblaciones para el presente estudio.

Población 1: formarán parte de la población todos los enfermeros/as que trabajan en la guardia pediátrica de un hospital pediátrico público provincial que hayan autorizado su implicación en esta investigación.

La unidad de análisis quedará integrada por cada uno de los enfermeros del servicio de guardia que realizan tareas asistenciales durante el periodo de enero a noviembre del 2022.

De la población 1 se tomarán 30 participantes enfermeros o licenciados en enfermería que estén trabajando actualmente en el servicio de guardia pediátrica (ver anexo III). Se tomará la totalidad de la población no se tomará muestra ya que la cantidad de población es pequeña y podrá ser tomada en su totalidad, además esto permitirá controlar la amenaza a la muerte experimental ante la posibilidad de que exista muerte experimental y alguno de los participantes decida abandonar el experimento.

Como criterios de inclusión/ exclusión, quedarán excluidos aquellos que no realicen actividades asistenciales como por ejemplo jefa de la unidad y subjefe de esta. Y aquellos profesionales que se encuentren ausentes durante el estudio por ejemplo aquellos que estén con licencias prolongadas de cualquier tipo. Según la guía de convalidación de sitio (ver anexo III).

Población 2: estará conformada por todos los niños que ingresen a la guardia pediátrica de un hospital público pediátrico de dependencia provincial en un período determinado desde enero a noviembre del año 2022.

En cuanto a la población pediátrica que acude al hospital son niños exclusivamente, desde los 30 días a los 16 años. Las patologías más frecuentes son variadas desde cuadros abdominales, patologías de las vías respiratorias o vías urinarias hasta heridos de arma de fuego y niños víctimas de violencia doméstica, también cuentan con asistencia a niños con patologías crónicas de aquí la importancia de la priorización de la atención del niño.

Mensualmente la guardia recibe una población de 9000 pacientes aproximadamente, este número va fluctuando según la demanda, especialmente en épocas de alta convocatoria como son los meses que corresponden a la época invernal estos datos fueron obtenidos según la fuente correspondiente al anexo 1.

Criterios de inclusión/ exclusión, se exceptúan aquellos niños que se encuentren internados de manera transitoria en la misma y los niños que sean derivados de otros efectores donde ya hayan sido categorizados.

El universo de pacientes es muy amplio por lo tanto se ha tomado la decisión de realizar un muestreo por cuotas de 500 pacientes que ingresen por guardia en el momento de la recolección de los datos.

Validez externa:

Los resultados de este estudio no serán generalizables para todas las guardias pediátricas de la República Argentina, debido a que cada una posee características distintivas relacionadas con el flujo de pacientes, tipo de patologías más frecuentes, ubicación de esta y población que reciben en sus instalaciones. Los resultados solo serán generalizables al universo que se estudiará.

Instrumentos y técnicas para la recolección de los datos

Operacionalización:

Variables: Implementación de un protocolo de clasificación de pacientes- Variable de tipo cualitativa compleja cuya función es independiente y se puede medir a través de una escala nominal

Definición conceptual: reglamento o serie de instrucciones que se fijan para el ordenamiento de pacientes pediátricos según nivel de complejidad.

Para la operacionalización de esta variable se utilizó la escala de **Save a Child Triage**.

Dimensión 1: Skin (piel)

Indicadores:

1. Normal: Rosada
2. Afecciones moderadas: extremidades pálidas, acrocianosis
3. Afección grave: pálido, cianótico, moteado, grisáceo, petequias, púrpura

Dimensión 2: Activity (Actividad)

Indicadores:

1. Normal: Sonríe, sin irritabilidad
2. Afección moderada: irritable, fácil consuelo
3. Afección grave: irritable, inconsciente. incapacidad para deambular

Dimensión 3: Ventilación (ventilación)

Indicadores:

1. Normal
2. Afección moderada: tiraje, quejido, aumento de la frecuencia respiratoria, estridor, sibilancias.
3. Afección grave: dificultad, respiración grave, esfuerzo inadecuado, apnea, fallo respiratorio

Dimensión 4: Eye Contac (contacto visual)

Indicadores:

1. Normal
2. Afección moderada: no mantiene la mirada. Desorientación posterior a trauma craneoencefálico. Inyección conjuntival.
3. Afección grave: pupilas midriáticas o anisocorias, no dirige la mirada, no abre los ojos.

Dimensión 4: Abuse (maltrato)

Indicadores:

1. Si (sospecha de lesiones congruentes con maltrato, conducta parental inapropiada, descripción explícita de abuso)
2. NO

Dimensión 5: Cry (llanto)

indicadores:

1. Normal (consolable)
2. Afección moderada (agudo, ronco)
3. Afección grave (inconsolable)

Dimensión 5: Heat (temperatura)

Indicadores:

1. Normal: extremidades calientes y rosadas
2. Afección moderada: extremidades frías, moteadas. Fiebre

3. Afección grave: extremidades frías y pálidas con datos de choque. Fiebre superior a 39° o hipotermia.

Dimensión 6: Inmune system (sistema inmunitario)

Indicadores:

1. Normal
2. Anormal: enfermedades crónicas y degenerativas, autoinmunitarias, uso de esteroides o depresores del sistema inmunológico.

Dimensión 7: Leve off consiousness (nivel de conciencia)

Indicadores:

1. Normal: se mantiene despierto, si se duerme con un pequeño estímulo se despierta rápido.
2. Afección moderada: cierra los ojos brevemente, se despierta con rapidez, necesita un estímulo prolongado para despertar.
3. Afección grave: no puede dormir o no se despierta. Crisis convulsiva.

Dimensión 8: Dehydration (deshidratación)

Indicadores:

1. Normal: piel y mucosas normales
2. Afección moderada: mucosa bucal ligeramente seca, piel y ojos normales. Vómito y diarrea. Intolerancia a la hidratación oral.
3. Afección grave: piel pastosa, pliegue positivo, mucosas secas, ojos hundidos. Vómito biliar en proyectil o persistente.

Variable: Tiempos en la espera

Tipo de variable: Cuantitativa discontinua. Tipo de función dependiente, se puede medir en escala de razón

Dimensión:

Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que inicia la clasificación –

Indicadores:

- ❖ Menor o igual 5 – 9 min

- ❖ 10- 15 min
- ❖ 16 -30 min
- ❖ 31-50 min
- ❖ 51 -60 min o más

Dimensión: Tiempo que dura la clasificación –

Indicadores:

- ❖ Menor o igual a 5 min
- ❖ 10 min
- ❖ 15 min
- ❖ 20 min o más

Dimensión: Tiempo de espera para la atención –

Indicadores:

- ❖ Atención inmediata sin demora
- ❖ Demora hasta 15 min
- ❖ Demora máxima 60 min
- ❖ Demora máxima 120 min
- ❖ Demora de hasta 240 min

La técnica más apropiada para la medición de las variables de este estudio es la observación no participante, ya que el observador puede captar la información en el momento y no influye en el proceso por lo cual hay mayor espontaneidad del personal encargado del triage, además hay mayor objetividad por parte del investigador. Como desventaja el investigador no puede colaborar si se sucede algún error en el momento, puede suceder que haya dificultad por parte del observador de interpretar las conductas o acciones.

Se implementará la clasificación y se observará su ejecución por parte del personal y el impacto en los tiempos de la espera, en un primer momento sin implantación del protocolo se medirá a través de una lista de cotejo, esta lista se implementará solo en el momento de la recolección de datos para evitar administrar pruebas a los participantes, y se realizará en las mismas condiciones ambientales para todos los participantes.

Se tendrá como herramienta fundamental para la recolección de datos un instrumento validado **SAVE A CHILD TRIAGE** (Karla Isis Avilés Martínez, 2016) creado por enfermeras del estado de Hawái, este instrumento ha sido modificado a fines metodológicos por el investigador.

Este será aplicado mediante una Checklist o lista de chequeo, con la cual se evaluará la situación general del paciente, esta lista consta de 10 dimensiones relacionadas a procesos fisiológicos y psicosociales del sujeto de atención, evaluando además signos vitales y evaluación física. La finalidad es permitir al triador asignar un color al sistema de semáforo que se implementará para reconstruir la variable compleja y así lograr obtener una categorización rápida y efectiva del paciente que acude a la guardia.

Las dimensiones son: Piel, actividad, ventilación, contacto visual, maltrato, llanto, temperatura, sistema inmunitario, nivel de conciencia y deshidratación. Cada dimensión consta de tres posibilidades de respuesta a cada respuesta se le proporciona un valor numérico siendo 1 normal, 2 afección moderada y 3 afección grave. (ver anexo 2a)

La lista de chequeo agrega las características de las afecciones graves y moderadas para facilitar al triador la recolección de dichos datos.

La observación se llevará a cabo de manera que el investigador recogerá los datos desde afuera, sin involucrarse en su recolección, no tendrá intervención alguna. Se utilizará un reloj digital para la medición de los tiempos, el cual siempre será el mismo y se anotarán los datos en la lista de cotejo (ver anexo 2b).

Post implementación el paciente llegará a la institución y allí se admitirá con personal administrativo, donde indicará motivo de consulta, en la hoja de admisión emitida figurará el horario de llegada del paciente a la guardia. El personal de enfermería llamará al paciente al sector designado para la recolección de datos o área de triage.

En la misma ficha figurará la hora en que comenzó la atención y el tiempo que tomó la misma en implementarse.

Se realizó una prueba piloto en el mes de diciembre de 2021, para constatar la validez del instrumento en la sala de guardia de un sanatorio privado de niños cuya población es de similares características. Para esta prueba se pidió autorización al efector (ver anexo 4).

Principios bioéticos que se tendrán en cuenta para esta investigación:

Principio de beneficencia: los participantes de este estudio no estarán expuestos a ningún tipo de daño o perjuicio alguno, tanto físicos como de orden psicológico. No serán difundidos datos personales de los participantes y se asegurará la confidencialidad de todos los eventos que se sucedan en el marco de esta investigación.

Principio de respeto a la dignidad humana: se explicará de manera comprensible a los sujetos los objetivos de dicho proceso, el cual podrán abandonar en cualquiera de sus etapas. Tendrán derecho a decidir sobre su participación o no. A todos los participantes se les entrega una forma de consentimiento informado (ver anexo 2). En cuanto a los niños dependiendo de su estado de salud al momento de la recolección de los datos, si este lo permite se le explicará, según su nivel de comprensión la presencia del investigador en el lugar y se le pedirá su asentimiento de manera verbal. En ningún caso queda exceptuado el consentimiento firmado por los padres o tutores.

Principio de justicia: todos los participantes serán tratados de la misma manera, no se hará distinción de ningún tipo. La elección de estos será de manera totalmente equitativa. No se expondrá a riesgo alguno a ninguno de los grupos que conformen análisis.

Personal a cargo de la recolección de los datos.

Esta investigación contará con la participación de 3 colaboradores que serán instruidos en el tema para su colaboración en la observación de los procedimientos que implican esta investigación.

Posterior a lo antedicho se realizará una capacitación para la población 1, a cargo de colaboradores instruidos y el investigador, por el período de un mes donde la capacitación constará de cuatro encuentros de dos horas cada uno donde se hará una introducción al triage, su fundamentación para la implementación de dicho protocolo y aspectos básicos para tener en cuenta para su ejecución y su posterior funcionamiento.

Finalizada la instrucción del grupo a cargo de la clasificación que corresponde al grupo uno de la población que formará parte de nuestro estudio se procederá a elegir a los triadores y se pondrá en funcionamiento la implementación del protocolo para la clasificación de pacientes, el investigador y sus colaboradores observarán dichos procesos para futuras correcciones y visualización de errores frecuentes durante el proceso.

Cada mes se realizará una reunión del grupo triadores, investigador y colaboradores para mitigar inquietudes u opciones de propuestas y mejoras para el mismo. La clasificación post implementación del protocolo durará cinco meses.

Plan de análisis

Con respecto al análisis de los datos el mismo se realizará mediante la aplicación de la estadística inferencial se contó con la ayuda de un experto en el tema para la toma de decisiones sobre las estadísticas acordé a nuestra hipótesis planteada.

Se utilizará la prueba de chi-cuadrado donde se contrastarán los tiempos observados previo a la implementación y los tiempos post implementación relacionados con los tiempos que arrojan las teorías mencionadas en el apartado marco teórico.

Por medio de la utilización de una lista de verificación tipo checklist, se codificarán los datos para su traducción.

El tipo de análisis en relación con los objetivos específicos planteados será bivariado ya que reflejará la relación entre las dos variables de estudio, para su representación se utilizarán gráficos de barras adosadas donde se podrán observar los tiempos recolectados en cada medición y su relación con los tiempos teóricos, se verán traducidos los tiempos de atención correspondientes a cada nivel de complejidad.

Una vez finalizado el proceso de recolección de datos se contarán los puntos obtenidos mediante la lista de chequeo y se pasará a la reconstrucción de la variable compleja mediante un semáforo donde se codificarán por color y puntaje, donde el color Rojo (resucitación) es asignado al nivel uno o atención inmediata las situaciones que indiquen riesgo o emergencia, donde las intervenciones deben ser de forma inmediata. El puntaje para la asignación en esta categoría debe ser de 25-30 puntos.

El nivel dos es asignados a la atención intermedia o a la urgencia se le asigna el color amarillo, estas situaciones indican un riesgo vital potencial que requiere de múltiples actuaciones ya se diagnósticas o de intervenciones terapéuticas. El puntaje solicitado debe ser de 20-25 puntos.

El nivel número tres corresponde a una atención con demora indican situaciones de bajo riesgo, son situaciones no urgentes que puede tener una complejidad poco significativa y requerir actuaciones de menor complejidad tanto diagnósticas como terapéuticas. El puntaje debe ser de 10-19 puntos para formar parte de esta categoría.

Los datos arrojados serán traducidos a Excel para su posterior análisis mediante un software apropiado.

Cronograma de actividades

Actividades año 2022	Enero A Mayo	Jun.	Jul .	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	
								Primera quincena	Segunda quincena
Recolección de los datos previo a la implementación del protocolo									
Adiestramiento de los participantes (Población 1)									
Recolección de los datos post implementación									
Análisis de los datos									
Informe Final									

Bibliografía

- Ronald A. Dieckmann, M. M. (2015). Valoración Pediátrica. En A. A. APLS, *Medicina de Emergencias Pediátricas Quinta Edición* (págs. 3-7). Editorial Intersistemas.
- Bustos, G. G., & Perepelycia, L. (2014). *Enfermería materno infantil y neonatal. Compendio de técnicas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpus.
- Buttigliero, D. S. (2014). Acerca del impacto psíquico de la internación infantil . En G. G. Bustos, & L. Perepelycia, *Enfermería materno infantil y neonatal. Compendio de técnicas* (págs. 189-191). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpus.
- Aguerre, V., Barrenechea, M., Boto, A. A., Kik, S. A., Giubergia, V., Giugno, H., . . . Salim, M. (2018). *Series de pediatría del Garraham. El niño con problemas respiratorios*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial médica panamericana.
- Almagro Colorado, M. A., Castell Daganzo, M. J., Cervantes Estévez, L., Collado González, B., Garci Casillas Sánchez, M. J., Garrido Conde, B., . . . otros, y. (2015). *Manual De Clasificación Y Triage Del Paciente Pediátrico En Urgencias*. Madrid: Ergon.
- Cañizares Sánchez, R. E. (2018). ENFERMERÍA EN LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS: DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA. *Revista de enfermería CYL*, 18.
- Fernández, D. G. (2006). Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma*, 09(2), 48-56. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062e.pdf>
- Fernández, F. B., Raso, S. M., & Etxaniz, J. S. (2011). *Urgencias Pediátricas*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Gómez-Angelats, E., Miró, Ò., Baur, E. B., & Santaliestra, A. A. (2018). Relación entre la asignación del nivel de triage y las características y experiencias del personal de enfermería. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 30(3), 163-168.
- I.T.A.E.S., I. T. (2018). *Manual para la acreditación de establecimientos de agudos. - 2a ed. -*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Obtenido de <https://www.itaes.org.ar/ManualesDeAcreditacion.aspx>
- Landaluce, A. F. (2020). https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_triage_urgencias.pdf. Obtenido de Triage de Urgencias de Pediatría.
- Lattuada, G., Robaina, R., Carrau, J., Liñares, N., Gorrasi, J., & Machado, F. (2018). Nivel de concordancia entre personal entrenado y no entrenado en triage y un sistema informático avanzado. *Revista Médica de Uruguay*, 133-138.

- Martínez, K. I., Enríquez, A. L., Velázquez, A. L., Pérez, B. A., Armenta, M. B., Moreno, H. C., . . . V., G. A. (2016). Triage: instrumento de priorización de las urgencias pediátricas. *Acta Pediátrica de México*, 4.
- Nightingale, F. (1882). "Nurses, training of" and "Nursing the sick". *Quain's dictionary of medicine*, 1038-1043; 1043-1049.
- OMS, C. D. (23 al 27 de septiembre de 2018). *PLAN DE ACCIÓN PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTES*. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49609/CD56-8-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Quiñones, A., Contreras, C., Corona, L., & Terrero, C. (2020). Triage como herramienta de emergencias pediátricas del hospital infantil Dr. Robert Reid Cabral. *Ciencia y Salud, Vol. IV, No. 2, mayo-agosto, 2020*, 5-11.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. Perú: Mc Graw Hill Education.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA; UNICEF. (2019). *SALUD MATERNO INFANTO JUVENIL EN CIFRAS 2019*. Obtenido de https://www.sap.org.ar/uploads/observatorio/observatorio_salud-materno-infantil-en-cifras-2019-27.pdf
- Taylor, F. W. (1973). *Principios De La Administración Científica (1911)*. Buenos Aires: Ateneo.
- UNICEF. (2021). *SALUD, Cada Niño Tiene Derecho A Sobrevivir Y Desarrollarse*. Obtenido de <https://www.unicef.org/es/salud>
- Virginia Henderson; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (diciembre de 1961). *CIE PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/1340>
- PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL LEY 14948. (31 de AGOSTO de 2017). Criterios de clasificación de Triage. Adopción en los establecimientos públicos asistenciales a nivel público como privados de la Provincia. BUENOS AIRES, LA PLATA, ARGENTINA: LEGI SALUD ARGENTINA. Obtenido de <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/29490.html>
- Alfieri, P., Gómez, M. B., Cardozo, N., Escobar, S., Cubells, C. L., Merlo, O., . . . al, e. (2011). *Manual De Procedimientos Recepción Acogida Y Clasificación (RAC)*. Paraguay: Ministerio de Salud Pública Y Bienestar Social; OPS/OMS.

ANEXOS

Anexo 1

Guía de convalidación de sitio

- ¿La institución permite que se realice la investigación?
- ¿La institución permite que se publiquen los resultados de dicha investigación?
- ¿Acredita el efector para algún tipo de norma ISO O ITAES para el funcionamiento de la guardia?
- ¿Cuáles son las características de la guardia?
- ¿Cuenta el servicio con algún protocolo para la clasificación de pacientes?
- ¿Cuenta el servicio con capacitación sobre clasificación de pacientes o triage? ¿las capacitaciones son obligatorias para todo el personal?
- ¿Cuenta el servicio con espacio físico para la implementación de un protocolo para la clasificación de pacientes?
- ¿Cuenta el servicio con el recurso humano y material para la implementación de un protocolo de estas características?
- ¿Cuál es la dotación total de enfermeros del staff de guardia?
- ¿Cuántos enfermeros son por turnos?
- ¿Cuenta el servicio la cantidad de personal necesario para realizar la clasificación de pacientes las 24 hs?
- ¿Cuáles son las patologías más frecuentes que se reciben en el servicio?
- ¿Cuentan con algún sistema de estadística o control sobre el tiempo que permanecen los pacientes dentro del servicio?
- ¿Cuántos pacientes acuden a la guardia semanal, mensual y anualmente aproximadamente?
- ¿Quién realiza la admisión de pacientes?
- ¿Cuál es la rutina del servicio?
- ¿Cuenta con posibilidad de formación en el tema?
- ¿Puede ser este sistema adaptable a situaciones de aumento de demanda del servicio por incremento estacionales, posibles epidemias?
- ¿Cuál es el tiempo medio de estancia del paciente antes de ser evaluado sin la implementación del triage?

Anexo 2

a) Instrumento, lista de chequeó

Formato lista de chequeó:

Fecha ___/___/___

Efector: _____ Servicio: _____


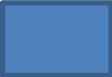
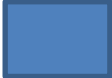

Hora de ingreso: _____

N°	INDICADOR	SI	NO	OBSERVACIONES
	PIEL			
1	Normal: Rosada			
2	Moderado: extremidades pálidas, acrocianosis			
3	Grave: pálido, cianótico, moteado, grisáceo, petequias púrpuras			
	ACTIVIDAD			
1	Normal: sonríe, sin irritabilidad			
2	Moderado: Fácil consuelo			
3	Grave: irritable, inconsciente, incapacidad para deambular			
	VENTILACIÓN			
1	Normal			
2	Moderado: tirajes, quejido, aumento de la FR, estridor, sibilancias			
3	Grave: dificultad ventilatoria, respiración grave, esfuerzo inadecuado, apnea, fallo respiratorio.			
	CONTACTO VISUAL			
1	Normal			

2	Moderado: no mantiene la mirada, desorientación post trauma craneoencefálico, inyección conjuntival.			
3	Grave: pupilas midriáticas o anisocorias, ni dirige la mirada, no abre los ojos			
	MALTRATO O ABUSO			
1	Si: sospecha de lesiones congruentes con maltrato, conducta parental inapropiada, descripción explícita de abuso			
2	No			
	LLANTO			
1	Normal: consolable			
2	Moderado: agudo, ronco			
3	Grave: inconsolable			
	TEMPERATURA			
1	Normal: extremidades calientes y rosadas			
2	Moderado: extremidades frías, moteadas. Fiebre			
3	Grave: extremidades frías y pálidas con datos de choque. Fiebre superior a 39° o hipotermia			
	SISTEMA INMUNITARIO			
1	Normal			
2	Anormal: enfermedades crónicas y degenerativas, autoinmunitarias, uso de esteroides o depresores del sistema inmunológico.			

NIVEL DE CONCIENCIA				
1	Normal: se mantiene despierto, si se duerme con un pequeño estímulo despierta rápido			
2	Moderado: cierra los ojos brevemente, se despierta con rapidez, necesita un estímulo prolongado para despertar			
3	Grave: no puede dormir o no se despierta. Crisis convulsiva			
DESHIDRATACIÓN				
1	Normal: piel y mucosas normales			
2	Moderado: mucosa bucal ligeramente seca, piel y ojos normales. Vómito, diarrea. Intolerancia a la hidratación oral			
3	Grave: piel pastosa, pliegue positivo, mucosas secas, ojos hundidos. Vómito biliar en proyectil o persistente.			

TIEMPO QUE DURA LA CLASIFICACIÓN

5 MIN	
10 MIN	
15 MIN	
20 MIN	

b) Lista de cotejo pre-implementación del protocolo

Horario de admisión en la guardia	Horario de ingreso a la consulta	observaciones

Anexo 2

Consentimiento informado para padres o apoderados

Rosario, ____ de _____ del 2022

Yo _____, padre o apoderado del paciente _____ que es atendido en el hospital de niños _____ he sido informado de manera verbal de las ventajas y desventajas de participar del presente proyecto de investigación: **IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS Y LOS TIEMPOS EN LA ATENCIÓN**. También he sido informado de que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento. Con esta información autorizó que el investigador y colaboradores observen el proceso de atención del niño y que el enfermero triador realice la recolección de datos pertinentes del estado de salud de este.

En caso de que el estado de salud del niño lo permita se pedirá el asentimiento de este, explicándole de manera comprensible según sus capacidades intelectuales acorde a la edad. Se le dará la opción de elegir si desea que el observador este presente durante la evaluación.

Firma de padre o apoderado

Firma del investigador



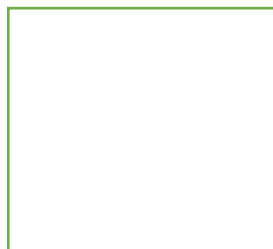
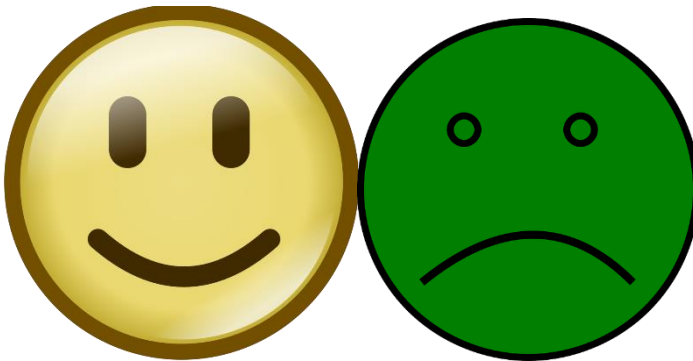
Asentimiento informado para niños y/o adolescentes

Hola, mi nombre es Marianela Iunnisi, soy enfermera y estoy realizando una investigación en el hospital, estoy muy interesada en ayudar a los niños que vienen, pero para eso necesito mirar lo que pasa mientras mis compañeros te atienden. Es muy importante tu participación.

Esta actividad se realizará con muchos niños de tu edad y no representa ningún riesgo, por el contrario, será divertido. Además, estarás acompañado por tus papás en todo momento. No se les contará a personas desconocidas que participaste de este estudio, es tu decisión si quieres participar o no, y si no quieres o te retiras en algún momento, eres libre de hacerlo. No olvides que, si tienes preguntas o dudas, si preguntas ahora, o más adelante, con gusto te explicaré.

Podrás marcar con una cruz la carita feliz si deseas participar o con una carita triste si no quieres y con nuestra ayuda podrás marcar con tu dedo tu huella en el círculo debajo de la carita que marcaste.

Nombre del participante (iniciales) _____



Consentimiento para enfermeros participantes de la investigación

Rosario, _____ de _____ del 2022

Yo _____, enfermero/a de la guardia de pediatría, he sido informado de manera verbal de las ventajas y desventajas de participar del presente proyecto de investigación, **IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS Y LOS TIEMPOS EN LA ATENCIÓN**. También he sido informado de que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Con esta información autorizó mi participación en dicha investigación, pudiendo renunciar en cualquiera de sus etapas en dicho proceso.

Firma del enfermero/a

Firma del investigador

Anexo 3

Resultado del estudio de relevamientos de los datos.

La recolección de datos se llevó a cabo en una institución de orden público, perteneciente a la provincia de Santa Fe, del tercer nivel de complejidad. La población que allí acude es únicamente pediátrica. Al momento de la recolección de datos se autoriza al investigador mediante el comité de docencia del efector a la toma y divulgación de los datos manteniendo el anonimato de este.

La sala de guardia funciona las 24 hs del día, los 365 días del año, se encuentra equipada según las normas establecidas para la realización de este estudio, cuenta con un área de shock room dispuesto para la recepción de urgencias/emergencias, cuatro camillas con acceso de paneles completos de oxigenoterapia. Y diez camas para internación transitoria de los niños que requieran dicho servicio.

Se ha verificado un área disponible para la recolección de datos, o box para Triage. El efector actualmente no cuenta con protocolos para la categorización de pacientes, la admisión de los pacientes se encuentra a cargo de personal administrativo, quien recaba datos personales y motivos de consulta, estos datos se trasladan a una ficha de atención que es recibida por el médico de guardia quien será el encargado de la atención primaria del niño.

En cuanto al personal cuentan una dotación total de 30 enfermeros, 4 por turno quienes realizan turnos de seis horas. Está población es variada en cuanto a experiencia en la sala de guardia, aunque ninguno posee capacitación en Triage.

Este servicio recibe un afluente de pacientes de la zona norte de la ciudad de Rosario y alrededores teniendo aproximadamente 110.000 consultas anuales, estos datos varían según los meses del año siendo los meses de junio, julio y agosto los meses donde más aumenta la demanda en la atención.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

----- Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Tonnis Barianela es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los _____ 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Marcela Paula Pérez
Enfermera Profesional
Mat. 446379/11/2021
Eufemia Baeute
Caribé de Rosario
HN 7N

Anexo 4

Prueba Piloto

El instrumento fue probado en una institución privada dedicada a la atención pediátrica exclusivamente, con características similares al efector donde se realizará la implementación del protocolo de clasificación de pacientes. Previo a la recolección de datos se pidió autorización, se adjunta nota a continuación.

Los enfermeros que participaron implementando el instrumento, se les indicó de manera sencilla su utilización, posterior realizaron una lectura analítica y minuciosa del mismo, el tiempo de realización del check list fue en promedio de cinco minutos lo cual coincide con la bibliografía implementada.

Se implementó en un total de 20 pacientes sin dificultades evidentes, previa autorización mediante consentimiento informado por sus padres o tutores.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Juanes Toriomele es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 9 días de NOV 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804538 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Esterecia Cocchini
Lic. en Enfermería
Mat. 2716