

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Cumplimiento de un protocolo de Triage en la guardia de adultos de un hospital  
municipal de la zona sur de la ciudad de Rosario

Por: Paredes Marín Hugo David

Director: Lic. Tamagno Osvaldo

Docente Asesor: Simonetti Graciela

Yanina Beisel

Rosario, 09 de diciembre de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

**“Yo soy yo y mi circunstancia  
y si no la salvo a ella  
no me salvo yo”  
José Ortega y Gasset**

## Resumen

El siguiente trabajo de investigación aborda la relación existente entre el cumplimiento del sistema de triage relacionado con la edad, la antigüedad, la participación en cursos de actualización y el nivel de formación del personal de salud involucrado (enfermero), en la guardia de adultos del Hospital Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario durante los meses de abril y diciembre de 2020.

El objetivo de este estudio de investigación es determinar la relación que existe entre el cumplimiento del sistema de triage que realizan los enfermeros de la guardia de adultos del Hospital Municipal Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario relacionado con su edad, la antigüedad en el servicio, la participación en cursos de actualización en triage y el nivel de formación durante el primer semestre de 2019.

La estrategia metodológica será de tipo cuantitativa y se realizará un estudio no experimental u observacional analítico de corte transversal.

Así mismo el tipo de diseño es correlacional ya que describe la relación entre dos o más variables (cumplimiento del triage y nivel de formación, la edad, la antigüedad, la participación en cursos de actualización en triage) en un momento dado (año 2020) estableciendo una relación de tipo causa y efecto.

La técnica utilizada será la observación estructurada no participante. El instrumento consistirá en una lista de control.

La población serán los enfermeros que realizan tareas asistenciales en la guardia de adultos de un Hospital público Municipal de la zona sur de la ciudad de Rosario. Incluye a los licenciados, enfermeros profesionales y enfermeros ley.

Plan de análisis de los datos obtenidos se realizará mediante estadística descriptiva. Se realizará en primer momento la codificación y agrupación de los datos y se plasmará en un análisis univariado. En un segundo momento se realizará un análisis bivariado con la correlación de las variables en tablas de doble entrada y se presentará mediante gráficos.

**Palabras claves:** Triage; Nivel de clasificación; Enfermería; Guardia adultos

## Índice general

<b>Resumen y Palabras Clave:</b>	3
<b>Índice General</b>	4
<b>Introducción</b>	5
Planteamiento del problema	10
<b>OBJETIVOS</b>	10
Objetivo General:	10
Objetivos Específicos:	10
Hipótesis	10
<b>Marco teórico</b>	11
<b>Material y Métodos</b>	<b>26</b>
Tipo de estudio	26
Sitio o Contexto de la investigación	26
Población y Muestra	27
Instrumentos y técnicas para la recolección de datos	28
Plan de análisis	31
Personal a cargo de la recolección de datos	36
Plan de trabajo y Cronograma	36
<b>Anexos</b>	38
ANEXO I	39
Guía de relevamiento de datos del sitio:	39
<b>ANEXO II</b>	41
Consentimiento informado	45
<b>Anexo III</b>	46
Resultado del estudio Exploratorio	46
<b>ANEXO IV</b>	48
Resultado de la prueba piloto del instrumento	48
<b>Bibliografía</b>	49

## Introducción

El triage etimológicamente proviene del vocablo francés “trier” cuyo significado sería clasificar o seleccionar. Se ha dado a conocer sin modificaciones a nivel internacional a través del inglés como triage. Por lo que constituye un anglo galicismo.

La búsqueda de definiciones del término triage describe la existencia de multiplicidad de enunciaciones que suelen estar asociados a una variedad de sinónimos tales como: elegir, decidir, evaluar, clasificar, categorizar, priorizar, entre otros. Algunas de estas enunciaciones son:

El triage es un método de selección y clasificación de pacientes, empleado en la medicina de emergencias y desastres. Evalúa las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. (A, Scarsi; L, Busso; F, Villagran, 2018, pág. 8)

Es el proceso de clasificación de los pacientes por el grado de urgencia a su llegada al servicio. Permite la valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica, de forma que los pacientes más graves son tratados los primeros. (MS, Moya Mir, 2005, pág. 5)

Para la Advanced Trauma Life Support (ATLS) (soporte vital avanzado en trauma), el triage se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esta definición contempla el triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.) (Cook S, 1997, págs. 23-26)

Comenzó a utilizarse en las guerras napoleónicas cuando solo los soldados con lesiones menores eran los que recibían tratamiento para poder incorporarse rápidamente al frente. (P, Gargantilla Madera; Berta Maria Martin, Cabrejas, 2019, págs. 205-206)

A nivel hospitalario, apareció por primera vez en los años 60 en Estados Unidos como solución al incremento de la demanda en los servicios. Consistía en un sencillo sistema de clasificación en 3 niveles (emergente, urgente y no urgente). (Serrano-Benavente, 2014, pág. 9) . Estos sistemas de clasificación no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triage moderno. (Puigblanqué, Noheras, & Perapoch, 2008)

Paralelamente al nacimiento del sistema americano, en Australia, en el año 1933, se fue consolidando la National Triage Scale for Australasian Emergency Department (NTS), siendo la primera escala basada en cinco niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala Australiana de Triage (ATS).

El triage debe realizarse en un ambiente adecuado. Para eso es necesario realizar estudios para evaluar la estructura, procesos y resultados de servicios de urgencia hospitalarios. Uno de los mismos se realizó en Brasil en el estado de Paraná. Se llevó a cabo mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y prospectivo con muestreo aleatorio estratificado por categoría profesional, constituido por 216 profesionales de la salud. En conclusión, los trabajadores entrevistados evaluaron como precaria la implantación de la directriz “Acogida con Clasificación de Riesgo” asociado a la falta de estructura física adecuada y deficiencias en el proceso de atención. (Vituri, Dagmar Willamowius; Inoe, Kelly Cristina; Bellucci Junior, Jose Aparicio; Olivera, Carlos, 2013, págs. 1179-1187)

La aplicación del sistema de triage en los servicios de urgencia hospitalaria es fundamental para mejorar la utilización de recursos y los tiempos de atención. Estos sistemas son aplicables tanto para pacientes adultos como neonatos. Sobre estos últimos podemos enunciar el siguiente estudio sobre el sistema español de triage en la evaluación de los neonatos en las urgencias pediátricas, ya que es una población vulnerable y requiere rápida evaluación. El mismo se realizó en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre del 2013 y el 1 de diciembre del 2014 se atendió en el DEP a 86.925 pacientes, de los cuales 1.143 correspondieron a neonatos (1,3%). Ingresaron al estudio 1.103 pacientes, el 95% provenían de zonas urbanas. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo utilizando la base de datos del DEP (departamento de emergencias pediátricas) Conclusiones: El mayor nivel de prioridad en la atención de los neonatos en la urgencia pediátrica se correlacionó positivamente con una mayor necesidad de hospitalización y consumo de recursos. Además, requirieron mayor tiempo de atención y estadía en la urgencia. (Mesquita, Mirta; Pavlicich, Viviana; Luaces, Carlos, 2017, págs. 107-112)

Uno de los sistemas de triage más estandarizados y aplicados es el sistema de clasificación de Manchester. Se realizaron diversos estudios de fiabilidad del sistema de clasificación Manchester (acuerdo entre observadores e intraobservadores) para determinar el grado de prioridad de pacientes en servicios de urgencia. Para el mismo se

tomó como muestra 361 enfermeros. La concordancia fue medida por la evaluación de casos clínicos a través del cálculo del índice Kappa. Se concluyó que el tiempo de experiencia profesional como enfermero, en servicios de urgencia y emergencia y en la clasificación de riesgo están asociados a la confiabilidad externa e interna. Y la confiabilidad del Sistema de Triage de Manchester oscila de moderada a sustancial por la experiencia clínica del enfermero. (Chianca, Machado, & Junior, 2018)

Una de las variables más importantes en los estudios realizados es en relación a la variable nivel de conocimiento del personal que debe tratarse siempre de un personal cualificado. En el hospital de clínicas de Uruguay se llevó a cabo un estudio para analizar el nivel de concordancia entre el personal entrenado y no entrenado en triage y un sistema informatizado. Se concluyó que un periodo breve de entrenamiento en triage no aumenta la concordancia cuando se comparan con los resultados del triage usando un sistema informático y con el triage realizado por un observador experimentado. El observador capacitado con más resultados concordantes obtuvo 55,9% de acuerdos con el sistema informatizado de triaje (19 concordantes de 34), y el que obtuvo menos resultados concordantes tuvo 32,4% de similitud (11 concordantes de 34). En el grupo de no expertos el promedio global de concordancia fue de 41,5%. El observador experto tuvo 79,4% (27/34) de resultados iguales un índice Kappa de 0,695, mientras que los observadores capacitados tuvieron un índice Kappa de 0,19 y 0,23 cuando se compararon con el sistema informático y el observador experimentado, respectivamente. (Gabriela, Lattuada; Ricardo, Robaina; Julio, Carrau; Norberto, Liñares; Jose, Gorrasi; Fernando, Machado, 2018, págs. 4-18)

En el hospital argentino de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” compararon y describieron los modelos de Triage más utilizados a nivel mundial para detectar factores de aplicación en el ámbito de la salud mental y no encontraron criterios que contemplaran cuestiones sociales y culturales. Por lo que consideraron necesario la realización de un modelo de Triage argentino que contemple los factores bio-psico-sociales enmarcados en la legislación vigente. (Dominguez, Eduardo Rubio; Dumeynieu, Ines; Mazzoglio, Martin J; cristina, Nabar Maria; Schraier, Pallares Gabriel, 10 de octubre de 2020).

Otro de los estudios en los servicios de emergencia acerca de Triage correlaciona las categorías de clasificación de riesgo con el grado de dolor de los pacientes. Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades, duración de la queja. El

estudio fue transversal, realizado en la acogida con clasificación de riesgo con 611 pacientes se utilizaron análisis de varianza, prueba chi cuadrado y la prueba de razón de verosimilitud. Las conclusiones arrojaron que la mayoría de los pacientes (de riesgo) de la categoría roja no informo dolor y de los pacientes que presentaron dolor, la mayoría se refiere a intensidad moderada. (Leticia, Viveiros Wandressa; Pinto, Okuno Meiry Fernanda; Vancini, Campanharo Cassia Regina; Teixeira, Lopes Maria Carolina Barbosa; Novelli, Olivera Gabriela; Assayag, Batista Ruth Ester, 2018)

Es determinante quien realiza el RAC (recepción, acogida y clasificación) sea que lo realice el personal de enfermería o lo lleve a cabo el personal médico. En algunos estudios de investigación respecto al tema se hace hincapié en que la implementación de un protocolo es el que direcciona los buenos resultados en la aplicación del RAC. Esto quedó demostrado a través de un estudio transversal y descriptivo como el de la “validez pronostica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el servicio de urgencias del hospital de navarra” realizado entre los días 3 y 17 de noviembre de 2003. Han encontrado una concordancia buena con la recepción, acogida y clasificación utilizada y con la determinada por el médico. Ya que se puede disminuir la discrepancia utilizando una escala de cinco niveles de gravedad y realizando revisiones periódicas de la recepción, acogida y clasificación utilizada. (Aranguren, E; J.A, Capel; M, Solano; C, Jean Louis; J.C, Larumbe; J.I, Elejalde, 2005, págs. 177-180)

Triaje estructurado respecto al mismo se han realizado diversos estudios. Uno de ellos analiza la experiencia de triaje estructurado en el servicio de urgencias del hospital americano de la ciudad de Montevideo. Para el mismo se recolectaron de forma prospectiva datos patronímicos y controles vitales de 500 pacientes y se auditó de manera retrospectiva la historia clínica de los mismos. Se llegó a la conclusión de que el triaje estructurado es una herramienta eficaz de la gestión clínico asistencial. Algunos de los resultados son: el tiempo global de estadía en el DU fue de 101,5 minutos. El tiempo entre triaje y consulta médica 50,1 minutos; 63% a 100% de las consultas fueron asistidas dentro de los tiempos preestablecidos para cada categoría de riesgo. La coincidencia global entre el diagnóstico asignado al ingreso y el diagnóstico al alta fue de 93,6%. La concordancia global entre categoría de riesgo asignada al ingreso y riesgo auditado al alta fue del 93%. (Silvariño, Ricardo; Acevedo, Vanessa; Moyano, Magdalena; Mendez, Enrique; Paolillo, Elbio; Russi, Uruguay; Alvarez, Julio, 2011)

Por eso es importante que se implemente un sistema de triage en todos los efectores de la red de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Cabe nombrar que existe una normativa completa que explicita esta necesidad de implementar el sistema de triage como vanguardia en la atención de los usuarios. Y más específicamente existen experiencias concretas en la red de la municipalidad de Rosario, tanto en el Hospital Roque Sáez Peña, como en el Hospital Carrasco, y en años anteriores también se había puesto en práctica en el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez.

Pero con respecto a esta puesta en vigencia del sistema de triage en la red Municipal, se puede decir que en ningún momento se han unificado criterios ni términos ni tampoco condiciones para lograr una implementación conjunta y en armonía con los objetivos propios de la política sanitaria en vigencia, que se basa en un sistema de referencia y contra referencia, subdividido en niveles de atención y que persiguen, la promoción y protección de la salud.

Por eso mediante el siguiente estudio se aborda y se plantea esta problemática con miras a avanzar en este sentido de lograr un triage unificado y alineado a las normativas existentes, pero al mismo tiempo en coherencia con las políticas sanitarias previstas para la red de Salud Municipal. Por intermedio del cumplimiento de un protocolo de triage en la guardia de adultos del hospital público municipal de la zona sur de la ciudad de Rosario y de esta manera establecer la relación existente entre el cumplimiento del sistema de triage, la edad, la antigüedad, la participación en cursos de actualización y nivel de formación, por parte del personal designado a su realización. Con miras a presentar los resultados arribados a las autoridades del hospital municipal objeto de este estudio.

### **Planteamiento del problema**

¿Qué relación existe entre el cumplimiento del sistema de triage, la edad, nivel de formación, la asistencia a cursos de actualización sobre triage y antigüedad de los enfermeros del servicio de guardia de adultos de un hospital municipal de la Ciudad de Rosario en el año 2020

### **Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre el cumplimiento del sistema de triage con la edad, nivel de formación, la asistencia a cursos de actualización sobre triage y

antigüedad de los enfermeros del servicio de guardia de adultos de un hospital municipal de la ciudad de rosario en el año 2020.

### **Objetivos específicos**

Identificar el nivel de formación del personal de enfermería

Conocer la antigüedad, edad, cursos de capacitación sobre triage realizados por el personal de enfermería.

Describir el RAC (recepción, acogida y clasificación)

### **Hipótesis**

El nivel de formación profesional de enfermería permite una mejor valoración del paciente durante la realización del triage.

A mayor capacitación del personal de enfermería, mejorará el cumplimiento del sistema de triage.

La mayor antigüedad del personal de enfermería está relacionada directamente proporcional con el cumplimiento del sistema de triage.

## Marco teórico

Existen diversas maneras de clasificar al triage, las cuales varían en función de su interpretación, del lugar o momento que se aplique, así como de sus circunstancias. Pero más allá del tipo de triage que se trate siempre deben observarse dos cuestiones: la sensibilidad y especificidad.

La sensibilidad está determinada por la exactitud en la inclusión de pacientes de acuerdo a su gravedad. Si el método es sensible, la mayoría de los pacientes con riesgo elevado serán incluidos. Si es poco sensible una parte de la población de pacientes graves no estará incluida. Esta situación se conoce como subtriage.

La especificidad requiere que el método sea capaz de evitar la inclusión de pacientes que no requieran alta complejidad en su atención. Si el método no es específico, incluirá pacientes de este tipo. En este caso se denomina sobre triage. (Salvador Bello, Franco; Miguel Angel, Quintanilla Lopez; Tirado, Patricia Garcia-Consuegra; Calvo, Aurora Callau; Franco, Carlota Bello; Martinez, Anna Salas; Hernandez, Sandra Oliver, 2020)

Las clasificaciones más importantes se van a desarrollar a continuación.

En 1827, en la guerra de Grecia, el cirujano británico John Wilson clasificó los heridos en leves, graves y fatales. Mientras que en el continente americano (años 1861-1865), en la guerra civil americana, un soldado llamado Jonathan Letterman diseñó un plan de evacuación con tres niveles, el primer nivel en donde se atendían a los lesionados a 100 metros del campo de batalla, el segundo a pocos kilómetros y el tercero un lugar en donde tenía la capacidad de albergar de 2000 a 3000 heridos. En la segunda guerra mundial, entre los años de 1939 y 1945, se estableció el triage en 3 categorías, primera categoría heridos leves; segunda categoría, los que están gravemente heridos y necesitan medidas de reanimación y procedimiento quirúrgicos y la tercera categoría los irremediamente heridos (es decir, los que se iban a morir). En la Guerra de Corea entre los años de 1950 y 1953, el triage experimenta un gran avance con la puesta en marcha de un sistema de transporte por niveles de complejidad, es decir, cuando el herido era de primer nivel era transportado por vía aérea, lo anterior, redujo tiempo entre la lesión y el tratamiento definitivo. Estos tipos de clasificación se agrupan en el denominado Triage militar. (Montero, Maria de gracia; Gomez Rodriguez, A; Rodriguez, Encarnacion Dominguez, 2013)

El triage civil o de situaciones de emergencia o catástrofes es aquel que resulta en un número de víctimas suficientemente elevado como para alterar el curso normal de los servicios de emergencia y de atenciones de salud (demanda masiva). Así mismo su máxima expresión se denomina desastre que ocurre cuando se pierde la capacidad de respuesta de una organización o sociedad. Las causas de estos hechos extraordinarios pueden ser naturales o provocadas por el hombre. Dentro de las primeras se encuentran las tectónicas (tormentas, tsunamis, erupciones); las meteorológicas (huracanes, sequías, inundaciones) y los topológicos (avalanchas, deslizamientos). Dentro del segundo grupo se nombran, contaminaciones químicas, intoxicaciones masivas, (gases, explosiones), incendios, accidentes masivos, víctimas de violencia social entre otros. (Gala, Francisco; Jimenez, Mercedes; Gestoso, Carlos; Sanchez, I, 2003)

El triage en el sentido estricto de la palabra es el que se realiza en la propia escena de la emergencia, en el lugar designado para este fin por el responsable del sistema de comando en incidentes. En este puesto de triage, un técnico en urgencias médicas nivel avanzado, seleccionará y clasificará a los pacientes, efectuando el etiquetado de cada uno, de acuerdo al código de colores. En este lugar se inicia la estabilización del paciente y se le prepara para su transporte, sobre la base de su prioridad, a sus lesiones, a los medios disponibles y a la unidad hospitalaria receptora. Este tipo de triage se denomina triage extra hospitalario (Gerardo, Jose; Illecas, Fernandez, 2006, págs. 48-56)

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) recomienda circunscribir el termino triage al realizado a nivel extra hospitalario y el que se realiza en la puerta de los hospitales los denomina con los términos “recepción acogida y clasificación” (RAC). (Alberto, J. Rodriguez Soler; Corres, M Nieves Pelaez; Guadarrama, Luis R Jimenez, 2008)

Según el orden o el punto en el que se encuentra en la cadena asistencial: Esta clasificación hace referencia a la existencia de dos puntos de reevaluación. La existencia de un método secundario alude a la implementación de una evaluación posterior a la definición inicial de las prioridades de acceso al tratamiento las que pudieron haber cambiado durante el tiempo que demora el traslado hacia el hospital.

Según el orden se denomina:

Triage primario en campo o de rescate.

Triage secundario en campo o de prioridades de acceso al tratamiento

Triage secundario en el hospital también denominado tercer triage.

Con respecto a los métodos de triage, en la literatura científica se encuentran referencias a múltiples métodos de triage y escalas de gravedad, más de 120. Haciendo difícil su clasificación por la diversidad de parámetros que contemplan. Dos de las clasificaciones más aceptadas son las que se basan en su polaridad y la que indica las características de sus parámetros.

Según su polaridad o número de opciones sobre las que distinguir la subclasificación del número de polos depende de la situación y del momento en el que sea necesario aplicarlos. En líneas generales, a mayor polaridad, mayor complejidad del sistema y mayor capacitación del personal requiere para su aplicación.

El que se basa en un árbol de decisión de dos respuestas (estas no pueden dejar lugar a la interpretación subjetiva) se denomina bipolar.

El que permite agrupar a las víctimas en tres categorías. Es más selectivo pues contempla más variables se llama tripolar.

El sistema más conocido, aceptado y extendido, pues contempla las cuatro categorías clásicas es el tetra polar, en donde todas las víctimas a la salida del triage básico deben estar ya asignadas a algunas de estas categorías

Por último, el que incluye cinco categorías (pentapolar) su uso no es tan habitual. La quinta categoría para algunos se corresponde con heridos con lesiones supra vitales, cuyo pronóstico es incierto aun con dedicación exclusiva. Para otros autores esta categoría puede designar a pacientes con traumas psicológicos. (Alberto, J. Rodríguez Soler; Corres, M Nieves Pelaez; Guadarrama, Luis R Jimenez, 2008, pág. 12)

Otro tipo de clasificación son con métodos funcionales o fisiológicos, métodos lesionales o anatómicos y métodos mixtos.

Métodos funcionales o fisiológicos son los que informan sobre variables fisiológicas o signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia respiratoria o el nivel de conciencia. Presentan buena correlación con el pronóstico vital. Algunos de los más conocidos son:

- Escala del coma de Glasgow (GCS)
- Revised Trauma Score (RTS)
- Simple Triage and Rapid Treatment (STAR)
- Pediatric Trauma Score (PTS)
- Triage Sort
- Triage Sieve

- Triage SHORT
- Triage Care Flight.
- Método rápido de clasificación de catástrofes (MRCC).

En los métodos lesionales o anatómicos, se asignan las prioridades según el estado de las constantes vitales y de las lesiones u otros parámetros que presenta la víctima. A este grupo pertenecen:

- Injury Severity Score (ISS).
- Método de la OACI (Manual de servicios de aeropuertos).
- Abreviated Injury Store (AIS)
- Comprehensive Research Injury Scale (CRIS)
- Penetrating and Blunt Trauma Code (PEBEL).
- Regla de los nueve Wallace.
- Clasificación internacional de enfermedades (ICD).
- Escala de lesión orgánica (Organ Injury Scale).

Métodos mixtos son los que se basan tanto en la información aportada por el estado de las constantes vitales como por la naturaleza y gravedad de las lesiones que presenta la víctima. Ejemplos de estos métodos mixtos son los siguientes:

- CRAMS (Circulación-Respiración-Abdomen-Motor-Habla speech), también llamado: CRAML-lenguaje- CRAMH –habla-.
- Escala de Lindsey.
- Trauma Index.
- Prehospital Index. (PI). (Alberto, J. Rodriguez Soler; Corres, M Nieves Pelaez; Guadarrama, Luis R Jimenez, 2008, pág. 13)

Al utilizar una sistemática determinada cuando se realiza el triage, ya sea extra hospitalario (básico u avanzado) u hospitalario, se pretende ser lo más preciso posible en la priorización y clasificación, para evitar o minimizar errores e incorrecciones.

Los servicios de emergencias cuentan con unos procedimientos de actuación consensuados entre los que se suele incluir el método de triage a utilizar por el personal interviniente. Entre los más frecuentes se pueden citar los siguientes:

Triage básico extra hospitalario: Su objetivo es marcar una priorización inicial de las víctimas asignándole algún código identificativo (habitualmente colores) según su gravedad y sus posibilidades de supervivencia. Su principal peculiaridad reside en que

puede ser realizado por los primeros intervinientes, profesionales o voluntarios y busca reducir la confusión inicial, dinamizar el proceso precozmente y despejar la escena, aportando una primera dosis de contención y organización. Entre los triage básicos extra hospitalarios se pueden encontrar los siguientes:

- SHORT de las siglas; sale caminando, habla sin dificultad, obedece ordenes sencillas, respira, taponar hemorragias.
- Triage Sieve (Tamiz)
- Triage Care Flight. (triage para vuelo sanitario)
- MRCC: Método Rápido de Clasificación en Catástrofes
- Triage para víctimas contaminadas
- START: simple triage and rapid treatment. (triage simple y tratamiento rápido). (Goroztiza, A. Goitia; Fernandez, A. Zurita; Lopez, J.M. Millan, págs. 132-140)

El triage avanzado lo realiza el personal sanitario de equipos de emergencia (médicos, enfermeros) apoyados por los técnicos. Este tipo de triage se realiza en dos puntos. El primer punto es el de estabilización y tratamiento. Para identificar dentro del mismo nivel de prioridad a quien debe atenderse antes. El segundo punto es el de evacuación. Para identificar a que paciente debe evacuarse antes su tratamiento inicial. Por ejemplo, de los pacientes estabilizados cual requiere recibir antes tratamiento quirúrgico. Entre los triage avanzados se destacan los siguientes:

- META: Modelo Extra Hospitalario de Triage Avanzado
- Triage SACCO
- Triage para quemados
- Triage SAVE (Goroztiza, A. Goitia; Fernandez, A. Zurita; Lopez, J.M. Millan, págs. 132-140)

El triage hospitalario es aquel realizado por los centros hospitalarios o sanatorios también llamado tercer triage. Y consiste en el denominado RAC (recepción, acogida y clasificación) que se desarrollará más adelante. A continuación, se enuncian y describen los sistemas más representativos de este tipo de triage:

Australasian Triage Scale (ESCALA DE TRIAGE DE AUSTRALASIA) (Soler, Muñoz, Bragulat, & Alvarez)

CATEGORIA DE TRIAGE	DESCRIPCION	TIEMPO MAXIMO PARA REALIZAR EL TRIAGE	PUNTO DE REFERENCIA DE RENDIMIENTO
1	INMEDIATO (RIESGO DE VIDA INMEDIATO)	INMEDIATO Y SIMULTANEO EL TRIAGE Y EL TRATAMIENTO	100%
2	INMINENTE (RIESGO DE VIDA O CRITICO)	10 MINUTOS	80%
3	RIESGO DE VIDA POTENCIAL	30 MINUTOS	75%
4	POTENCIALMENTE SERIO	60 MINUTOS	70%
5	MENOS URGENTE	120 MINUTOS	70%

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale –TRIAGE DEL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DE CANADA (Soler, Muñoz, Bragulat, & Alvarez)

EVALUACION	NIVEL DE TRIAGE	EVALUACION DEL MEDICO	EVALUACION DEL ENFERMERO
RESUCITACION	1	INMEDIATA	INMEDIATA
EMERGENCIA	2	< 15 MINUTOS	< 15 MINUTOS
URGENCIA	3	< 30 MINUTOS	<30 MINUTOS
MENOS URGENTE	4	< 1 HORA	< 1 HORA
NO URGENTE	5	< 2 HORAS	< 2 HORAS

Emergency Severity Index- INDICE DE SEVERIDAD DE URGENCIAS- (ESI). (Soler, Muñoz, Bragulat, & Alvarez)

Índice de severidad 1	EL PACIENTE REQUIERE INTERVENCION INMEDIATA
Índice de severidad 2	EL PACIENTE ESTA EN ALTO RIESGO, DESORIENTADO CON DOLOR SEVERO O CON SIGNOS VITALES MUY ALTERADOS
Índice de severidad 3	SE REQUIEREN VARIOS RECURSOS PARA ESTABILIZAR AL PACIENTE Y LOS SIGNOS VITALES SE ENCUENTRAN ALTERADOS
Índice de severidad 4	SE REQUIEREN POCOS RECURSOS PARA ESTABILIZAR AL PACIENTE
Índice de severidad 5	EL PACIENTE NO REQUIERE SER ESTABILIZADO

El Manchester Triage System –SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER-(MTS) (Soler, Muñoz, Bragulat, & Alvarez)

NIVEL	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RIESGO VITAL INMEDIATO	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	MUY URGENTE	NARANJA	10 A 15 MINUTOS
3	URGENTE	AMARILLO	60 MINUTOS
4	NORMAL	VERDE	120 MINUTOS
5	NO URGENTE	AZUL	240 MINUTOS

Sistema Español de Triage (SET) que deriva del MAT (El Model Andorra Triage)

NIVEL	COLOR	CATEGORIA	TIEMPO
1	AZUL	REANIMACION	INMEDIATA ENFERMERIA
2	ROJO	EMERGENCIA	INMEDIATA ENFERMERIA 7 MINUTOS MEDICO
3	NARANJA	URGENTE	30 MINUTOS
4	VERDE	MENOS URGENTE	45 MINUTOS
5	NEGRO	NO URGENTE	60 MINUTOS

Las escalas coinciden con la determinación de estos cinco niveles, cada una está basada en descriptores clínicos (síntomas centinelas o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos y diagramas) y determinantes del nivel de urgencia (riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempos de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.) tienen un alto grado de reproducibilidad y permiten observar una correlación entre el nivel de urgencia y una amplia variedad de medidas que se relacionan con la gravedad y complejidad de los pacientes (sustitutos de gravedad y complejidad). Se ha generado suficiente grado de evidencia científica sobre su idoneidad, como para ser recomendadas por las sociedades científicas a nivel internacional.

	Australian Triage Scale	Emergency Severity Index	Canadian Emergency Department Triage	Manchester Triage System	Sistema Español de Triage
	ATS	ESI	CTAS	MTS	SET
Escala de cinco niveles o categorías	Si	Si	Si	Si	Si
Análisis de concordancia	Si	Si	Si	No	No
Estudios de validez y utilidad	Si	Si	Si	No	Si
Utilización universal	Si	Si	Si	Si	No
Basada en categorías sintomáticas	No	No	No	Si	Si
Basada en algoritmos clínicos	No	Si	No	Si	No
Basada en escala de urgencia predefinida	Si	No	Si	No	No

Específica para pacientes de salud mental	Si	No	No	No	No
---	----	----	----	----	----

Cada sistema de triage establece niveles de prioridad en la atención del paciente. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención. Cada modelo de triage estructurado establece cuales son esos tiempos ideales que varían muy poco de un modelo a otro. Pero que coinciden ampliamente en estos parámetros:

NIVEL I (Código rojo, emergencia): prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. Estos pacientes no necesitan Triage informático y su acceso es inmediato.

NIVEL II (Código naranja, urgencia vital): situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica 15 minutos.

NIVEL III (Código amarillo, urgencia): procesos agudos, no críticos y estables hemodinamicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y /o terapéuticas. Demora máxima 60 minutos.

NIVEL IV (Código verde, semiurgente): urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Son procesos banales y pueden requerir asistencia médica, en su mayoría en un Centro de Salud de Atención Primaria. Demora máxima de 120 minutos.

NIVEL V (Código azul, no urgencia): Poca complejidad en patología y cuestiones administrativas, citaciones, etc. Son procesos banales y no precisan atención en guardia. Demora de hasta 240 minutos. (Soler, Muñoz, Bragulat, & Alvarez)

Según el personal que realiza el Triage hospitalario (RAC), se han descrito cinco tipos de triage:

- Triage no profesional: es realizado por un personal administrativo, recepcionista o admisionista. Quien registra al paciente y lo envía a la sala de espera.

- Triage básico: es realizado por una enfermera profesional quien valora al paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.

- Triage avanzado: es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.

- Triage medico: es realizado por un médico; esta función a veces de mezcla con el tratamiento definitivo.

-Triage en equipo: la enfermera y el médico funcionan como un equipo. Otra forma sería un médico con un personal administrativo. O una enfermera y un administrativo. (Velandia Escobar, Martha Lucena, 2002)

La sociedad española de enfermería de urgencias, en una recomendación científica del 15/09/99, asume y propone que la actividad de recepción, acogida y clasificación (RAC) del paciente en un servicio de urgencias es propia de los diplomados en enfermería por su cualificación profesional. Dado que en las escalas de triage de cinco categorías no se establecen diagnósticos médicos y que todas ellas han demostrado un buen índice de concordancia inter observador, parece claro que el triage puede y debe caer en el personal de enfermería.

Recepción, acogida, clasificación (RAC): es un proceso que constar de cuatro etapas bien diferenciadas, aunque no son necesariamente sucesivas y que en algunos casos puede realizarse en forma simultánea, las mismas son:

- Recepción y Acogida.
- Valoración.
- Clasificación y distribución.
- Recepción y acogida

El enfermero de triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc.

En esta etapa el enfermero también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un triage debido a lo evidente de su patología.

Esta parte del proceso se realizará a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado, preferiblemente en una dependencia habilitada a tal fin.

La **valoración** inicial (plasmándolo en el sistema informatizado, o en la planilla de triage) consta de:

Entrevista: consiste en la realización de una serie de preguntas relativas al motivo de consulta y antecedentes previos, para intentar definir la gravedad del cuadro, así como añadir posibles alergias y medicación en el proceso. Se trata de obtener la mejor información en el menor tiempo posible.

Inspección del estado general, respiración, circulación, neurológica, piel y mucosas.

Toma de signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, saturación de oxígeno). En algunos casos realización de ECG si procede.

La **clasificación** se considera la parte clave del proceso, en algunos artículos se habla de ella como triage en sí, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención. Se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas. Consta de:

La evaluación que es la prioridad en función del nivel de urgencia o gravedad, siguiendo las guías de actuación, obteniendo así un nivel de triage (cinco niveles de prioridad explicados con antelación). Si la asignación es difícil, se elegirá siempre el nivel de mayor gravedad.

Información pertinente al paciente y sus familiares de sus necesidades y del tiempo de espera estimado según nivel.

Asignación de área de atención según criterios preestablecidos en el servicio.

Una vez que los pacientes son valorados y clasificados en el servicio de triage, esperarán su atención en la sala de espera contigua. En caso de urgencias ingresarán directamente al Shock Room, donde se realizará la evaluación, diagnóstico, tratamiento y si es necesario derivación (a unidad de cuidados intensivos, a quirófano). (Alfieri, y otros, 2011)

Cuando se implementa un sistema de triage la estructuración del mismo genera un cambio en la forma de asistir a los pacientes y permite mejorar en forma continua la calidad asistencial. Para llevarlo a cabo de manera correcta es necesario contar con una organización de recursos, tanto materiales como humanos. Respecto al primero se puede tener en cuenta:

-La estructuración física: área delimitada a la realización del triage es decir consultorio, habitación que cuente con buen sistema de luz y ventilación adecuadas, con puerta de entrada y de salida.

-La estructuración tecnológica: se refiere a todos los elementos que debe contar para la realización del triage y podemos considerar- una camilla, mesa, dos sillas, tensiómetro, saturómetro, computadora (con un sistema informático -que sería un

conjunto de algoritmos predefinidos de decisión adaptados al servicio en donde se desarrolla), termómetro.

Respecto al segundo se tiene en cuenta:

- La existencia de un número suficiente de profesionales cualificados y formados en triage, con unificación de criterios.
- La existencia de un programa de formación continuada en triage.
- La instauración de un programa de evaluación de calidad de la actividad triage, según un modelo de mejora continua de calidad. (Jimenez, Gomez, 2015)

En términos generales lo que se persigue con la implementación del sistema de triage es:

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente
- Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias
- Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable.
- Disminuir la congestión, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.

Los cuidados han evolucionado a partir de la evidencia de que los pacientes con enfermedad o daño agudo pueden ser mejor tratados si se agrupan en áreas específicas del hospital. Ya en 1860 Florence Nightingale señaló las ventajas de establecer un área del hospital para la recuperación del paciente. (Francisco Javier, Lopez Fernandez; Ariana Exposito, Gazquez, 2016, pág. 177)

Se toma como referencia a Florence Nightingale porque durante la guerra de Crimea (1854) observó que la mortalidad hospitalaria era del 42% y logró reducirla al 2% con intervenciones para mejorar la higiene y reducir las infecciones. Estas primeras intervenciones de mejora gestionadas por medio de indicadores fueron los inicios de los indicadores de calidad actuales. Gómez Jiménez propone cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de *triaje* implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del propio servicio de urgencias. Son: El

índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico ( $\leq$ del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que lo son, pero se van antes de ser visitados. El tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos). El tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación). El tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de *triaje* y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad menos urgente.

La formación integral es uno de los pilares fundamentales de la preparación de los estudiantes universitarios para un ejercicio ciudadano y profesional exitoso. Esta consideración adquiere especial relevancia cuando se trata de la formación de los profesionales responsables del cuidado de la salud y de la vida de los seres humanos, hecho que implica una mayor responsabilidad frente a la comunidad médica y a la sociedad en general. El nivel formación determina el nivel de competencia del trabajador es otra de las variables en estudio. Esta correlación se apoya en diversos estudios que entienden que es fundamental contar con un cierto nivel de formación al momento de realizar una actividad laboral.

La formación de la fuerza laboral ha sido una batalla cultural y política recurrente en las diferentes fases del desarrollo de las fuerzas productivas (Fernández Enguita, 1998). Crear al sujeto trabajador según las reglas de competitividad, productividad y de aquellas tributarias de la forma salarial fordiana derivó en todo un fértil campo de análisis para la Sociología y la Pedagogía del trabajo. El disciplinamiento laboral exigió y exige poner en funcionamiento un principio formador, con potencialidad para internalizar los principios corporativos imperantes del orden capitalista y de la fase civilizatoria (Figari, Claudia, 2018, pág. 99)

Es importante reforzar los procesos de información profesional al alumnado para encaminar su futuro laboral, sobre todo si se tiene en cuenta que los recién titulados suelen tener escasa información sobre el mundo laboral en general y de forma específica, sobre el área de interés profesional preferente. El 90.9% de los estudiantes señaló que no había recibido información en la Universidad sobre la inserción laboral y las estrategias para buscar empleo, lo cual pone en evidencia la falta de programas de Orientación y tutoría en la enseñanza universitaria, que asesoren de forma adecuada al alumnado.

Sobre todo, se debe potenciar el contacto del alumnado a lo largo de la carrera con el mundo profesional futuro, de modo que esa información práctica sea la base sobre la que ir construyendo su proyecto profesional y vital. Esa información debería permitir, al mismo tiempo, un acercamiento progresivo a las condiciones y circunstancias que rodean el acceso al empleo, de modo que se pueda preparar para ello. (Alvarez Perez, Pedro R; Gonzalez Alfonso, Miriam; Lopez Aguilar, David, 2009, pág. 20)

Es necesario desarrollar una estrategia que permita fomentar la formación en gestión profesional en salud e incluirla gradualmente en el currículo de su programa de formación especializada, sin perder de vista el enfoque hermenéutico-comunicativo en la interpretación de la relación profesional de la salud-paciente, pues si bien se encuentran elementos que tipifican este proceso, aún no tiene un nivel de concreción expedito. (Vázquez Sarandeses, José Enrique; Montoya Rivera, Jorge; Almaguer Delgado, Alcides Jesús; García Céspedes, María Eugenia., 2015)

La antigüedad en el empleo es una medida de cuánto tiempo los trabajadores asalariados han estado con su actual empleador al momento de relevamiento de la encuesta. Para el caso de los trabajadores independientes, a diferencia de los asalariados, se define como el tiempo en que el trabajador ha estado en la actividad que actualmente desempeña. Para ello, se considera la actividad principal del trabajador en su última ocupación ya sea un puesto a tiempo completo o a tiempo parcial. (Gualavisi, Melany; Oliveri, Maria Laura, 2016, pág. 8)

La estructura socio-demográfica constituye otro determinante de la antigüedad en el empleo. Los cambios en la composición etaria o de género de la fuerza laboral y el nivel de instrucción alcanzado influyen en los patrones de antigüedad en el empleo. Aquellos trabajadores de mayor edad usualmente tienen mayor permanencia en sus trabajos que los empleados más jóvenes; es decir, el envejecimiento poblacional tiende a aumentar la antigüedad promedio del empleo. Por su parte, los jóvenes tienden a cambiar más de trabajo ya sea porque buscan mejores oportunidades o porque están más sujetos a despidos. Por otro lado, incrementos en la participación laboral femenina tiende a reducir en principio la antigüedad promedio del empleo (Peter, Auer; Cazes, Sandrine, 2003, pág. 23)

## **Material y métodos**

### **Tipo de estudio**

La estrategia metodológica será de tipo cuantitativa y se realizará un estudio descriptivo porque se determina como está la situación de las variables que se estudian de la población, la frecuencia con la que ocurre el fenómeno, en quiénes, dónde y cuándo se está presentando ese determinado fenómeno.

No es experimental ya que la investigación se realizará sin manipular deliberadamente variables; no se hará variar de forma intencional la variable independiente para ver su efecto sobre otras variables; se observará el fenómeno como se da en su contexto natural, para posteriormente analizarlo.

Es analítico prospectivo de corte transversal; ya que no se realiza manipulación deliberada de variables se observarán los fenómenos en su ambiente natural y porque los datos son recolectados en un solo momento, en un tiempo único (año 2020).

Así mismo este diseño es correlacional causal ya que describe la relación entre dos o más variables (cumplimiento del triage, nivel de formación, la edad, la antigüedad, la participación en cursos de actualización sobre triage) en un momento dado (año 2020) estableciendo una relación de tipo causa y efecto.

### **Sitio o contexto de investigación.**

En la etapa de planificación el investigador define las características que debe poseer ese contexto de investigación y antes de comenzar la etapa de ejecución reconoce, explora y convalida ese contexto para verificar si reúne las características necesarias para llevar adelante la investigación.

Esta actividad se denomina Estudio de Convalidación y tiene como objeto reunir toda la información a fin de realizar una caracterización básica del contexto o sitio en los asuntos pertinentes a la investigación.

Para alcanzar este objetivo se deberá elaborar un pequeño formulario o Guía que contenga los diferentes aspectos que deberán evaluarse, determinar quiénes o dónde recabar esa información y posteriormente realizar un análisis de los resultados obtenidos que fundamentará la elección.

El Formulario o Guía para este Estudio, debe contener preguntas o una serie de ítems observables en cantidad suficiente como para abarcar todos los aspectos imprescindibles a valorar.

Para realizar la caracterización del efector elegido se realizó un estudio de convalidación el cual responde al control de validez interna ya que permite conocer si el sitio elegido es acorde a la investigación o si reúne las variables en estudio. Para el mismo se solicitó permiso al Comité de Docencia e Investigación de la institución, obteniéndose la aprobación. En el anexo 1 se puede encontrar la guía de convalidación que se utilizó. En el anexo 3 se encuentran los permisos para realizar el mismo.

El hospital se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad de Rosario y es referente de nivel II de complejidad de los distritos sur y sudoeste. Este efector coordina la atención sanitaria junto con los centros de atención primaria de salud de la ciudad. Cuenta con consultorios externos con diversas especialidades clínicas y quirúrgicas, con internación clínica con áreas de aislamiento. El área de emergencias del hospital tiene una guardia pediátrica y una guardia general de adultos.

El siguiente estudio se realiza en la guardia de adultos que cuenta con sala de admisión, sala de espera, shock room, dos consultorios médicos, una sala de triage, seis habitaciones de internación transitoria, y tres sectores denominados (vip 1, vip2 y sum) donde se realizan administración de medicación endovenosa y curaciones. También cuenta con un office de enfermería y con dos salas de estar (una para enfermeros y otra para el personal médico).

Se seleccionó este hospital público por su gran área de influencia ya que es un referente en la zona sur de la ciudad de Rosario, como así también en las ciudades de cercanía como Villa gobernador Gálvez, Alvear, Pueblo Esther entre otros. Otro de los motivos es que cuenta con un servicio de triage realizado por enfermeros.

Y por último decir que en este hospital se cuentan con las variables en estudio del trabajo de investigación abordado.

### **Población y muestra**

Las unidades de análisis serán todos los enfermeros de la guardia de adultos. Para determinar los mismos se tendrá en cuenta los Criterios de Inclusión/ exclusión, que corresponde al control de validez interna La población que se tendrá en consideración para la realización del presente trabajo de investigación está compuesta por la totalidad

de enfermeros que realizan triage (20) de la guardia de adultos de un hospital público de segundo nivel de atención de la zona sur de la ciudad de Rosario durante el primer el año 2020.

Como se realiza sobre la población total de enfermeros asistenciales, no se realizará muestra ya que el tamaño de la población (unidades de análisis que la representan) no es grande y se puede abordar en su totalidad. De acuerdo al alcance de los resultados los mismos se podrán generalizar hasta la población de estudio. La generalización de los resultados hace referencia al control de validez externa.

#### Criterios de inclusión/exclusión:

- enfermeros que realizan tareas asistenciales.
- los enfermeros ley, los enfermeros profesionales, los licenciados y los magísteres.
- enfermeros de entre 25 y 65 años.
- enfermeros con antigüedad mayor a un año.
- enfermeros con o sin cursos de capacitación.

#### Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica que se eligió para realizar la recolección de datos en el estudio de investigación que se aborda es la **observación** porque se pueden obtener datos independientemente del deseo de las personas, además se pueden analizar fenómenos dentro una situación contextual y se estudian sin intermediarios. El instrumento que se utilizará será una lista de control. Y el tipo de observación será no participante es decir que el investigador será un mero espectador. Se utilizará para la variable compleja “cumplimiento de triage”

Para validar el instrumento se realizó una prueba piloto que responde al control de validez interna (ver anexo 4) en sujetos que reunían características similares, teniendo en cuenta en cuenta la instrumentación, las condiciones ambientales, la administración de pruebas y la inestabilidad del instrumento. La prueba piloto se realizó en el mismo efector donde trabaja el investigador del presente estudio, y se llevó a cabo en la mañana en el horario de 6 a 12, en el horario de 12 a 18 y también se realizó observación en el horario de 18 a 24 abarcando los tres turnos en los cuales se realizaba el triage. Con el conocimiento del Jefe del sector y de Departamento de Enfermería. Así mismo se les explico a los enfermeros del plantel en turno en ese día, que se iba a realizar una

observación de la realización del triage y con los resultados obtener información necesaria para realizar o no cambios oportunos.

La observación se realizó desde un lugar equidistante dentro del consultorio donde se realiza el triage, en presencia del enfermero del triage y los pacientes que eran atendidos.

La lista de control fue construida sobre la siguiente operacionalización de la variable.

**Cumplimiento del sistema de triage** (variable, dependiente cualitativa compleja). (...)

“el triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.”

Cook S, Sinclair D. Emergency department triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement. The Journal of Emergency Medicine. 1993; 15;(6):889-894.

### **Dimensión 1**

Recepción: Atención inicial y primera valoración que permite clasificar la emergencia.

-Se realiza una inspección rápida para descartar Emergencia lo que implicaría aplicar el Nivel I del triage.

-Se recoge la información aportada por el personal de ambulancia o admisión.

-Inicio de ficha en la historia clínica donde se recoge la hora del triaje, la forma de llegada al servicio (a pie, en ambulancia o en coche), si viene derivado o por iniciativa propia y si está o no acompañado

### **Dimensión 2**

Acogida: Valoración secundaria y sistemática que determina la situación del paciente

- Se pregunta el motivo de consulta, síntomas, hora de inicio de síntomas, si han existido episodios similares, antecedentes de interés. Debe durar menos de 2 min y solo se determina un único motivo de consulta.

-Se realiza un examen físico donde se comprueba el estado general de hidratación, perfusión, coloración, patrón espiratorio, nivel de conciencia mediante la escala NIHSS, si existen trastornos motores evidentes o deformidad, heridas, hemorragias...

-Toma de constantes (TA, FC, FR, T<sup>a</sup>, sat de O<sub>2</sub>)

-Petición de Pruebas complementarias (ECG, RX, Orina)

-Se puede iniciar la atención con cuidados enfermeros si es preciso (Medidas posturales apósitos, vendajes, curas, apoyo emocional...)

### **Dimensión 3**

Clasificación: Se establece un nivel de prioridad al paciente que deriva en una actuación concreta

- Con la ayuda del sistema informático se rellenan unos ítems como son; motivo de consulta, edad, escala de dolor, constantes, toma de medicación... Lo que adjudica automáticamente el nivel
- Si al criterio del profesional el nivel adjudicado por el sistema no es el más adecuado para el paciente, existe la opción de forzar el nivel para que este sea visto antes primando así la experiencia del profesional.
- Asignación de camilla/silla dependiendo de la necesidad de cada individuo
- Se adjudica un circuito y un grupo o consulta donde será atendido.
- Traslado a Sala de Espera o BOX dependiendo de la patología (los casos del circuito a van a sala de espera y los del b suelen esperar en box)
- Se da información al paciente y familiares sobre lo que tiene que hacer o va a ocurrir a continuación.

Además de la variable principal (cumplimiento de triage) que se obtiene la información a través de la observación con una lista de control se incluirán otras variables (edad, asistencia a cursos de actualización, antigüedad en el servicio, nivel de formación) los datos respecto a estas se obtendrán de la información proporcionada por el Jefe del Servicio y Departamento de Enfermería.

**Asistencia a cursos de actualización sobre triage** (variable independiente cualitativa simple. Escala de medición nominal

Indicadores:

-Asistió.

-No asistió

**Nivel de formación de enfermería** (Variable independiente, cualitativa). Escala de medición nominal.

Indicadores:

- Enfermero ley
- Enfermero profesional
- Licenciado en enfermería
- Magister en enfermería

**Antigüedad laboral** (variable independiente cuantitativa simple). Escala de medición de razón.

Indicadores: corresponde con la antigüedad de cada enfermero del servicio. A modo de ejemplo:

1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30 años de antigüedad (en el plan de análisis se establecerán rangos)

**Edad** (variable independiente cuantitativa simple discontinua) Escala de medición de razón.

Indicador: corresponden a las distintas edades del personal de enfermería. A modo de ejemplo:

-23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47, 48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65 años. (en el plan de análisis se establecerán rangos)

Posteriormente se agrupa la edad en años en intervalos

## **Plan de análisis**

### **Cumplimiento de triage**

La variable cualitativa compleja (cumplimiento de triage) será reconstruida asignándole valores y agrupándola de acuerdo a los datos que presente. La misma presenta tres dimensiones (recepción, acogida y clasificación) y cada una se le asigna un valor como máximo.

Recepción cuenta con tres indicadores, a cada indicador se le otorga el número 6 si cumple y se le asigna el número 1 si no cumple. Otorgándose un valor máximo de 18 para el caso que se corresponda afirmativamente con cada una de los indicadores que presenta la variable.

Acogida cuenta con cinco indicadores a los cuales se le asignó el número 5 a cada uno de ellos en el caso que se cumpla y se otorga el número 1 en el caso que no se

cumpla. Obteniéndose un valor máximo de 25 para el caso que cumpla con todos los indicadores expresados para dicha dimensión.

Clasificación cuenta con seis indicadores que se designó con el número 10 a cada uno de ellos en el caso que se cumpla y se otorga 2 para el supuesto que no se cumpla. Obteniéndose un valor máximo de 60 para el caso que cumpla con todos los indicadores en forma afirmativa.

Una vez obtenidos los puntajes correspondientes a cada una de las dimensiones antes mencionadas, se procederá a establecer unos índices como referencia, los mismos se corresponden con un rango que se le otorga a la puntuación obtenida para verificar en donde se posiciona cada resultado según al rango que se corresponda. Los rangos establecidos son dos para la primera dimensión (recepción) el valor máximo es 18 y el valor mínimo es 3. Y se le asignó un valor de “no cumplimiento” cuando el resultado de los puntajes obtenidos está comprendido entre 3 que sería el mínimo y 8. Así mismo se asignó un valor de “cumplimiento” cuando el puntaje obtenido se encuentre entre los 9 y 18 como máximo.

Con respecto a la segunda dimensión (acogida) también se procedió a establecer unos índices. Asignando el valor de “no cumplimiento” cuando los resultados obtenidos se enmarquen dentro del valor 5 que sería el mínimo y el 14. Y con respecto al valor asignado al “cumplimiento” se corresponde con los valores comprendidos entre 15 y 25 como máximo.

Siguiendo el mismo sistema de asignar valores a los puntajes obtenidos según los resultados en esta tercera dimensión (clasificación) se atribuye el no cumplimiento al valor comprendido entre 12 como mínimo y 24. Y se le asignó el valor de cumplimiento cuando el puntaje obtenido oscila entre 25 y 60 como máximo.

Para reconstruir la variable completa se establece un índice general que se correlaciona con los resultados obtenidos. Es decir que a la dimensión recepción y acogida se le asigna un valor de 10 cuando la mayoría de las observaciones arrojan resultados dentro de los cuales los puntajes se corresponden con el índice de cumplimiento. Y un valor de 2 cuando se corresponde con el valor asignado a incumplimiento.

Con respecto a la tercera dimensión (clasificación) también se establece un índice general cuando los resultados obtenidos de las observaciones arrojen puntuaciones

comprendidas dentro del valor cumplimiento en este supuesto se le asigna el valor de 20. Y para el valor de incumplimiento el valor de 10.

Los resultados que se podrían obtener son los siguientes de acuerdo a sus combinaciones:

Si el resultado es de cumplimiento en las tres dimensiones se obtienen: 10 puntos de la primera dimensión; más 10 puntos de la segunda dimensión; más 20 puntos de la tercera dimensión. En total 40 puntos.

Otro de los resultados posibles es: no cumplimiento de la primera dimensión que serían 2 puntos; cumplimiento de la segunda dimensión (10 puntos); mas cumplimiento de la tercera dimensión (20 puntos). En total 32 puntos.

Para el caso en que sea no cumplimiento en la segunda dimensión (2 puntos); cumplimiento en la primera dimensión (10 puntos) y cumplimiento en la tercera dimensión (20 puntos). El total también sería de 32 puntos.

Otro de los supuestos son: no cumplimiento en las tres dimensiones. Los puntajes serian: 2 puntos de la primera dimensión; mas dos puntos de la segunda dimensión; más 10 puntos de la tercera dimensión. El total seria: 14 puntos.

Por último, se puede dar el caso de no cumplimiento de la tercera dimensión (10 puntos), cumplimiento de la segunda dimensión (10 puntos) y el no cumplimiento en la primera dimensión (2 puntos). Con un total de 22 puntos.

Para determinar el resultado final y teniendo en cuenta que el valor mínimo es de 14 puntos y el valor máximo de 40 puntos. Se toma a consideración que para que haya cumplimiento de triage tiene que obtenerse un valor superior al 60% que sería de 24 puntos. Los valores inferiores a dicho punto de referencia representan el no cumplimiento del triage.

Todos los datos obtenidos se presentarán a través de distribución de frecuencias de acuerdo a los parámetros establecidos tanto para el análisis por dimensión como para el análisis de la variable en su totalidad. Y se complementará agregando los porcentajes para cada resultado de índice preestablecido. En este caso para el cumplimiento o no cumplimiento del triage de acuerdo a los valores expresados. Una vez completada la tabla, se representa por intermedio de histogramas, graficas de pastel o por polígono de frecuencias.

**Asistencia a cursos de actualización** (variable independiente cualitativa compleja).

Escala de medición nominal

Esta variable se la codifica asignándole un valor a cada indicador de esta forma se logra la codificación.

Los indicadores son:

- Asistió
- No asistió

Y cada uno se le atribuye un código. En este caso se designa al indicador asistió con el código A y al indicador no asistió con el código B. Teniendo como referencia que se considera A cuando asistió a uno o más cursos de actualización en el transcurso de un año y respectivamente B cuando no asistió a cursos en el transcurso del último año respecto a la realización de este estudio de investigación.

Dado que la cantidad de enfermeros que realizan triage está constituido por 20 enfermeros. Al correlacionar la cantidad de enfermeros con la asistencia o no asistencia a cursos se obtienen los valores máximos y mínimos. Es decir que al código A se le asina un valor numérico, en este caso sería 10 y para el código B también le corresponde un valor numérico en este supuesto es de 5. Como la cantidad de enfermeros observados es de 20 (valor C). El valor mínimo estaría determinado por el resultado de multiplicar el valor C por el valor B (no cumplimiento). Es decir 20 por 5 que arroja un resultado de 100. Y el valor máximo se determina por el resultado obtenido de multiplicar el valor C con el valor A. Expresado en forma aritmética sería 20 por 10 dando como resultado 200. Para reconstruir la variable se realiza un índice donde se considera que un valor numérico a la asistencia y otro a la no asistencia. Por ejemplo: para la no asistencia el valor está comprendido entre el mínimo que es 100 y 140. Para la asistencia tiene que presentar un valor mayor a 140 y como máximo 200. Todas las frecuencias se expresarán a través de tablas simples o dobles si se agregaran porcentajes y se graficaran utilizando graficas circulares.

**Nivel de formación de enfermería** (Variable independiente, cualitativa). Escala de medición nominal.

Los indicadores son:

- Enfermero profesional
- Licenciado en enfermería

- Magister en enfermería

A cada indicador se le asigna un código. En este caso para enfermero profesional se lo codifica con la letra A. El Lic. En Enfermería se codifica con la letra B. Y a los Magister en Enfermería con la letra C. Una vez codificado el nivel de formación, se realiza la correlación con los datos de los enfermeros que realizan el triage que son 20. Una vez obtenidos los resultados serán presentados a través de distribución de frecuencias (que es un conjunto de puntuaciones respecto de una variable, ordenadas en sus respectivas categorías) en su respectiva tabla. Y también se presentará en gráfico de barras.

**Antigüedad laboral** (variable independiente cualitativa simple). Escala de medición de razón.

Primero se tomará el número para hacer cálculos (media, mediana, rango), luego se transformará en cualitativa con estos rangos. Se utilizará la prueba estadística de la media para determinar el promedio de antigüedad y la moda se utilizará para determinar cuál es la antigüedad más frecuente. Posteriormente se agruparán los valores en los siguientes rangos:

- menor a 1 año
- entre 1 y 5 años
- entre 6 y 10 años
- entre 11 y 19 años
- entre 20 y 25
- entre 26 y 30

**Edad** (variable independiente cuantitativa simple discontinua) Escala de medición de razón.

Primero se tomará el número para hacer cálculos (media, mediana, rango), luego se transformará en cualitativa con estos rangos. Se utilizará la prueba estadística de la media para determinar el promedio de edad y la moda se utilizará para determinar cuál es la edad más frecuente. Posteriormente se agruparán los valores en los siguientes rangos:

Codificación:

- A) Entre 22 y 29 años

B) Entre 30 y 49 años

C) Entre 50 y 65 años

Una vez analizada y presentada cada variable se procederá a realizar el cruce de las mismas por medio de correlaciones que nos permitirán obtener las conclusiones finales del presente estudio. Para eso se confeccionarán tablas de doble entrada en donde se ubica a la variable “cumplimiento de triage” (A1) y se la relacionará con las otras variables edad B1, antigüedad B2, nivel de formación B3, asistencia a cursos de actualización B4. En la primera tabla se correlacionará A1 y B1. Y se verificará el cumplimiento o no cumplimiento del triage de acuerdo a las edades. En la segunda tabla se correlacionará A1 Y B2 y se verificará el cumplimiento o no del triage de acuerdo a la antigüedad en el servicio de guardia adultos. En la tercera tabla se correlacionarán A1 y B3. En la cuarta tabla y ultima se analizará la relación entre A1 Y B4.

Una vez realizado el análisis bivariado también se realizará un análisis multivariado con la asistencia de un sistema informático.

### **Personal a cargo de la recolección de los datos**

El investigador del presente estudio de investigación será el encargado de recolectar los datos ya que estará coordinando cada una de las actividades a realizar en el periodo estimado de 12 meses. Con punto de partida en el mes de enero de 2020 hasta el mes de diciembre de 2020. En la guardia de adultos del hospital municipal de la zona sur de Rosario. Los primeros cuatro meses se corresponden con la etapa de planificación y los últimos ocho meses con la etapa de ejecución.

### **Plan de trabajo**

En la realización del presente estudio de investigación se realizará una serie de actividades necesarias para la consecución del mismo. Las mismas se detallan en el siguiente cronograma:

#### **A) Abril de 2020**

Una vez autorizado la realización del proyecto. Se coordinará un horario adecuado para la recolección de datos. Y se pondrá en conocimiento a los enfermeros de la guardia de la importancia del mismo.

Se obtendrá el consentimiento del plantel de enfermeros de la guardia adultos. Mediante la firma de los mismos en nota de cuaderno de novedades.

**B) Mayo de 2020**

En registros documentados proporcionado por el supervisor de enfermería, se obtendrán los datos personales de los enfermeros de la guardia. (edad, antigüedad, nivel de formación, cursos de actualización realizados).

**C) Junio y Julio de 2020**

- Se utilizará lista de cotejo en los horarios coordinados y se comenzará con la observación del cumplimiento de triage realizado, por los enfermeros de la guardia adultos.
- Se indagará sobre protocolos existentes.

**D) Agosto y Septiembre de 2020**

- Se realizará la tabulación y codificación de los datos.
- Se realizará el análisis de los datos obtenidos.

**E) Octubre y Noviembre de 2020**

- Se confeccionará el primer informe final.
- Se entregará el informe final a las autoridades del hospital.

**F) Diciembre de 2020**

Se realizará la difusión de los alcances de los resultados obtenidos para traspolarlo a experiencias que reúnan variables de las mismas características

**Cronograma**

Año 2020	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
A									
B									
C									
D									
E									
F									

# **ANEXOS**

# Anexo I

## ESTUDIO DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

1. ¿Se cuenta con autorización del jefe del servicio, de departamento de enfermería y director del hospital para realizar el estudio de investigación?

---

---

2. ¿La guardia de adultos del hospital municipal de zona sur de la ciudad de rosario, cuenta con servicio de triage?

---

---

3. ¿Existe protocolo de triage?

---

4. ¿Cuenta con un área exclusiva para la realización del triage?

---

5. ¿El triage es realizado por personal de enfermería?

---

6. ¿Cuál es la dotación del personal de enfermería en triage?

---

7. ¿En qué turnos se realiza el triage?

---

8. ¿Se cuenta con el insumo necesario para la realización del triage (computadora, tensiómetro, oxímetro, escritorio, camilla, material de curación, impresora)?-----

---

---

---

**A continuación de adjunta la nota de autorización firmada por el supervisor de enfermería.**



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesis de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que HUGO DAVID PAREDES MARIN  
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 17 DE NOVIEMBRE 2020

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804399  
www.fmedic.unr.edu.ar

  
Lic. LUIS A. PERRETTA  
Supervisor Dpto. Enfermería  
Mat. 307  
HOSPITAL DR. ROQUE SÁENZ PEÑA



Nores, Rosana

# Anexo II

## Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de datos es una lista de control en donde se explicitan los distintos indicadores operacionalizados en la variable compleja “cumplimiento de triage” en el mismo se enumeran los indicadores de las tres dimensiones que constituyen la variable (recepción, acogida y clasificación) y se colocan dos columnas adicionales en donde se completa con el enunciado de si cumplió o no cumplió con el procedimiento realizado.

### Dimensión 1

	<b>Recepción</b> (Atención inicial y primera valoración que permite clasificar la emergencia).	Cumple	No cumple
A	Se realiza una inspección rápida para descartar Emergencia lo que implicaría aplicar el Nivel I del triage		
B	Se recoge la información aportada por el personal de ambulancia o admisión.		
C	Inicio de ficha en la historia clínica donde se recoge la hora del triaje, la forma de llegada al servicio (a pie, en ambulancia o en coche), si viene derivado o por iniciativa propia y si está o no acompañado		
<b>TOTAL</b>			

## Dimensión 2

	<b>Acogida</b> (Valoración secundaria y sistemática que determina la situación del paciente)	Cumple	No cumple
A	Se pregunta motivo de consulta, síntomas, hora de inicio de síntomas, si han existido episodios similares, antecedentes de interés. Debe durar menos de 2 min y solo se determina un único motivo de consulta.		
B	Se realiza un examen físico donde se comprueba el estado general de hidratación, perfusión, coloración, patrón espiratorio, nivel de conciencia mediante la escala NIHSS, si existen trastornos motores evidentes o deformidad, heridas, hemorragias		
C	Toma de constantes (TA, FC, FR, T <sup>a</sup> , sat de O <sub>2</sub> )		
D	Petición de Pruebas complementarias (ECG, RX, Orina)		
E	Se puede iniciar la atención con cuidados enfermeros si es preciso (Medidas posturales apósitos, vendajes, curas, apoyo emocional...)		
	<b>TOTAL</b>		

## Dimensión 3

	<b>Clasificación</b> (Se establece un nivel de prioridad al paciente que deriva en una actuación concreta)	Cumple	No cumple
A	Con la ayuda del sistema informático se rellenan unos ítems como son; motivo de consulta, edad, escala de dolor, constantes, toma de medicación Lo que adjudica automáticamente el nivel		
B	Si al criterio del profesional el nivel adjudicado por el sistema no es el más adecuado para el paciente, existe la opción de forzar el nivel para que este sea visto antes primando así la experiencia del profesional.		
C	Asignación de camilla/silla dependiendo de la necesidad de cada individuo		
D	Se adjudica un circuito y un grupo o consulta donde será atendido.		
E	Traslado a Sala de Espera o BOX dependiendo de la patología (los casos del circuito a van a sala de		

	espera y los del b suelen esperar en box)		
F	Se da información al paciente y familiares sobre lo que tiene que hacer o va a ocurrir a continuación.		
	<b>TOTAL</b>		

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/La autor/a del presente proyecto de investigación... (*nombre y apellido*)  
.....DNI.N°.....tel  
n°....., solicita su colaboración para acceder a responder.....(entrevista,  
encuesta, cuestionario...), la cual ofrece importante información para llevar a cabo el  
estudio que tiene como objetivo general ..... con el propósito  
de.....

Tenga presente que en cualquier momento Ud. tiene derecho de dejar de participar  
cuando así lo desee.

De acuerdo a la Ley 25326, se garantiza la confidencialidad de los resultados y el  
anonimato de toda la información que se brinde.

Se agradece gratamente su colaboración y participación en el estudio

A continuación, luego de recibir la información pertinente y habiendo comprendido  
mis derechos... acepto participar de dicho estudio sin recibir apoyo económico o de otra  
naturaleza y en conocimiento de que los resultados del estudio me serán proporcionados  
si los solicito al responsable del mismo. Dejo constancia que recibo los datos del autor  
del proyecto para localizarlo ante cualquier inquietud.

Fecha:

Firma:.....

# **ANEXO III**

## **Resultado de la prueba piloto**

Prueba piloto del instrumento.

Para llevar a cabo la prueba piloto, se coordinó con el jefe de servicio con el conocimiento de departamento de enfermería la hora, el día y los turnos en los cuales se iba a realizar la observación del cumplimiento del sistema del triage. Y se estableció que se realizaría en los turnos de 6 a 12, de 12 a 18 y de 18 a 24. No se realizó en el turno de 00 a 06 porque en ese turno no hay triage en la institución. La observación duro tres días con la intención de observar a todo el grupo de enfermeros que realizan el triage. El observador se ubicó en un lugar equidistante dentro del consultorio del triage y se limitó a verificar cuales de los indicadores de la lista estaban presente y cuales ausentes. También se evaluó si la presencia del observador alteraba o incomodaba tanto al paciente como al enfermero que realiza el triaje. Se llega a la conclusión de que el instrumento cuenta con columnas en donde consignar la presencia o ausencia de lo observado. También los ítems respetan el orden y las acciones tal como se operacionalizaron las variables. Es un instrumento claro y preciso y no da lugar a la confusión. Además, es dinámico y de fácil acceso.

Para realizar el estudio de investigación se cuenta con la autorización del jefe a cargo del servicio de enfermería de guardia adulto de la institución.

**A continuación de adjunta la nota firmada por el supervisor de enfermería de la institución.**



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que HUGO DAVID PADRELLI MARTIN  
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 17 DE NOVIEMBRE 2020

Santa Fe 3100  
Rosario s7000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804559  
www.fmedic.unr.edu.ar

  
Lic. LUIS A. PERRETTA  
Supervisor Dpto. Enfermería  
Mat. 307  
HOSPITAL DR. ROQUE SÁENZ PEÑA



Nores, Rosana

# **ANEXO IV**

## **Resultados del estudio exploratorio**

Se llevó a cabo el estudio exploratorio para verificar si están presentes las variables en estudio del siguiente proyecto de investigación. Para eso se realizó una serie de preguntas, las respuestas de las mismas hacen a la validez interna del mismo. De las mismas se determinó que el lugar seleccionado reúne las variables en estudio y se encuentra la población que constituye las unidades de análisis. Respecto a eso se puede corroborar que el hospital público seleccionado cuenta con sala de triage independiente. Además, el triage es realizado por el personal de enfermería.

## Referencias Bibliográficas:

- A, Scarsi; L, Busso; F, Villagran. (2018). *Manual de Atención de Emergencias Médicas de SAME*. Buenos Aires: ministerio de salud de la provincia de buenos aires.
- Alberto, J. Rodriguez Soler; Corres, M Nieves Pelaez; Guadarrama, Luis R Jimenez. (2008). *Manual de Triage Prehospitalario*. Barcelona España: Elsevier.
- Alberto, J. Rodriguez Soler; Corres, M Nieves Pelaez; Guadarrama, Luis R Jimenez. (2008). *Manual de Triage Prehospitalario*. Barcelona España: Elsevier.
- Alfieri, P., Gomez, M. B., Cardozo, N., Escobar, S., Cubells, C. L., Merlo, O., . . . Pavlicich, S. V. (2011). *Recepcion Acogida y Clasificacion (RAC) Manual de Proceimientos*. paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).
- Alvarez Perez, Pedro R; Gonzalez Alfonso, Miriam; Lopez Aguilar, David. (2009). La enseñanza universitaria y la formacion para el trabajo: Un analisis de la opinion de los estudiantes. *Paradigma*, 7-20.
- Aranguren, E; J.A, Capel; M, Solano; C, Jean Louis; J.C, Larumbe; J.I, Elejalde. (2005). Estudio de la Validez Pronostica de la recepcion, acogida y clasificacion de pacientes en el area de urgencias en un hospital terciario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 177-180.
- Chianca, o. C., Machado, T. C., & Junior, C. (2018). Analise da confiabilidade do sistema de triagem de Manchester: concordancia interna entre observadores. *Revista Latino Americana de Enfermagem*.
- Cook S, S. D. (1997). *American College of Surgeons Advanced Trauma Life Support*, 23-26.
- Dominguez, Eduardo Rubio; Dumeynieu, Ines; Mazzoglio, Martin J; cristina, Nabar Maria; Schraier, Pallares Gabriel. (10 de octubre de 2020). Triage en guardia de salud mental. Estudio descriptivo y comparativo entre modelos a nivel mundial. *Sinopsis Apsa (asociacion de psiquiatras argentinos)*.
- Figari, Claudia. (2018). La Pedagogia del Management. *Trabajo y Sociedad*, 99-124.
- Francisco Javier, Lopez Fernandez; Ariana Exposito, Gazquez. (2016). *Gestion Administrativa de los Cuidados*. Almeria, España: Asociacion Cultural y Cientifica Iberoamericana (ACCI).
- Gabriela, Lattuada; Ricardo, Robaina; Julio, Carrau; Norberto, Liñares; Jose, Gorrasi; Fernando, Machado. (2018). *Revista Medica de Uruguay*, 4 -18.

- Gala, Francisco; Jimenez, Mercedes; Gestoso, Carlos; Sanchez, I. (2003). Catastrofes, desastres y emergencias: concepto, clasificacion, tipo y generalidades. *Scientia*.
- Gerardo, Jose; Illecas, Fernandez. (2006). Triage: atencion y seleccion de pacientes. 48-56.
- Goroztiza, A. Goitia; Fernandez, A. Zurita; Lopez, J.M. Millan. (s.f.). Clasificacion de Heridos en Catastrofes. *Revista Cientifica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 132-140.
- Goroztiza, A. Goitia; Fernandez, A. Zurita; Lopez, J.M. Millan. (s.f.). Clasificacion de Heridos en Catastrofes. *Revista Cientifica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 132-140.
- Gualavisi, Melany; Oliveri, Maria Laura. (2016). Antigüedad en el Empleo y Rotacion laboral en America Latina. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 8.
- Jimenez, Gomez. (2015). *Sistema Estructurado de Triage (SET). Manual de implementacion*. Andorra. España.
- Leticia, Viveiros Wandressa; Pinto, Okuno Meiry Fernanda; Vancini, Campanharo Cassia Regina; Teixeira, Lopes Maria Carolina Barbosa; Novelli, Olivera Gabriela; Assayag, Batista Ruth Ester. (2018). Dolor en el servicio de urgencia: correlacion con las categorias de clasificacion de riesgo. *Revista Latino Americana Enfermagem*, volumen 26.
- Mesquita, Mirta; Pavlicich, Viviana; Luaces, Carlos. (2017). El sistema español de triage en la evaluacion de los neonatos en las urgencias pediatricas. *Revista Chilena de Pediatria*, 107-112.
- Montero, Maria de gracia; Gomez Rodriguez, A; Rodriguez, Encarnacion Dominguez. (2013). Triage Prehospitalario. Nociones Basicas para profesionales no entrenados. *Metas de enfermeria*.
- MS, Moya Mir. (2005). *Concepto de Urgencias Medica y recomendaciones para la organizacion de un Servicio de Urgencias Hospitalario*. Madrid: Moya Mir MS.
- P, Gargantilla Madera; Berta Maria Martin, Cabrejas. (2019). *Los origenes Militares del Triage*. Madrid España: Antonio Juan Pastor.
- Peter, Auer; Cazes, Sandrine. (2003). *Estabilidad en el empleo en una era de flexibilidad. Evidencia de industrializados*. Genova: Oficina internacional del trabajo.

- Puigblanqué, E., Noheras, M., & Perapoch, N. (2008). Triage en el Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Blanes. *Enfermería Clínica*, 3-4.
- Salvador Bello, Franco; Miguel Angel, Quintanilla Lopez; Tirado, Patricia Garcia-Consuegra; Calvo, Aurora Callau; Franco, Carlota Bello; Martinez, Anna Salas; Hernandez, Sandra Oliver. (2020). Subtriage y Sobretriage en las Urgencias Psiquiatricas. *Revista electronica portales medicos*.
- Serrano-Benavente, R. A. (2014). *Sistema de Triage en Urgencias Generales*. Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía.
- Silvariño, Ricardo; Acevedo, Vanessa; Moyano, Magdalena; Mendez, Enrrique; Paolillo, Elbio; Russi, Uruguay; Alvarez, Julio. (2011). *Revista Medica de Uruguay*.
- Soler, W., Muñoz, M., Bragulat, E., & Alvarez, A. (s.f.). El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 55-68.
- Vázquez Sarandeses, José Enrique; Montoya Rivera, Jorge; Almaguer Delgado, Alcides Jesús; García Céspedes, María Eugenia. (2015). El proceso de formacion profesional del medico general integral en el ciclo de especializacion. *Medisan*, 125-133.
- Velandia Escobar, Martha Lucena. (2002). Triage en Urgencia. *Revista de actualizaciones en enfermería*, 26-30.
- Vituri, Dagmar Willamowius; Inoe, Kelly Cristina; Bellucci Junior, Jose Aparicio; Olivera, Carlos. (2013). *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 1179-1187.