



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL PROYECTO DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS

EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

CONOCIMIENTO DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIAGE DE MANCHESTER POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO IESS GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE 2017.

AUTORAS:

ARÉVALO PACHALA LESLY JOMAYRA.

QUINATOA CHASI LILIANA PIEDAD.

TUTOR:

DR. RENÉ BRACHO IRAUSQUÍN.

GUARANDA – ECUADOR

2017

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitir el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi amado esposo Jesús Tualombo por sus palabras, confianza y amor, brindándome el tiempo necesario para realizarme profesionalmente y a mi hermoso hijo Neymar Jesús Tualombo Arévalo por ser mi fuente de motivación e inspiración a seguir luchando por mis sueños. A mis queridos padres porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo incondicional y sus consejos para hacer de mí una mejor persona, a mis hermanos por sus palabras de aliento y su compañía.

A mi querido mi abuelito Segundo Pachala, quien fue un ejemplo de vida, me hubiera demostrado lo orgulloso que esta al verme crecer profesionalmente ya que no está a mi lado, pero su cariño prevalece siempre en mi corazón, fue un hombre honesto, bondadoso y generoso todos estos valores me los impartió él en mi niñez.

Lesly Arévalo

El presente trabajo investigativo dedico con amor primeramente a Dios por brindarme la vida, salud, sabiduría y fortaleza quien supo guiarme por el buen camino para la realización de este estudio para alcanzar el fruto de un gran esfuerzo hecho realidad en el transcurso de mi vida que me inculcaron día a día durante mi período estudiantil . A mis adorables padres Segundo y Teresa ya que ellos eran mis pilares fundamentales en mi vida por su gran corazón por brindarme mucho amor y cariño. Por impartir sus valores y consejos durante mi etapa académica para mi formación profesional, por los sacrificios realizados pese a las dificultades y problemas siempre supieron dar su mejor esfuerzo la mejor herencia que es la educación, gracias papi y mami por confiar en mi esta meta lo alcanzamos con su apoyo incondicional este logro también les pertenece a ustedes .

A mis queridos hermanas/os que con su amor me han enseñado a salir adelante y gracias por el apoyo brindado en los momentos de alegría y tristeza.

Liliana Quinatoa

AGRADECIMIENTO

Primeramente damos gracias a Dios por permitirme llegar hasta donde hemos llegado y cumplir un sueño anhelado.

A la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, Escuela de Enfermería, por ser la institución educativa encargada de formarnos como profesionales humanistas y competentes.

A nuestro Director de Tesis, Dr. René Bracho por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencias, y su motivación han sido fundamentales para culminar de manera exitosa este trabajo.

A nuestros distinguidos Docentes durante toda la carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a nuestra formación.

A nuestros queridos compañeros que con el transcurso del tiempo y los momentos compartidos dentro y fuera del aula, llegaron a ocupar un lugar en especial en nuestros corazones y así formando lazos de confianza y amistad fuimos creciendo profesionalmente y alcanzando metas con la sencillez que nos han caracterizado sin olvidar de donde procedemos.

Al Hospital Iess Guaranda agradecemos por habernos dado la oportunidad de realizar las pasantías del Internado Rotativo de Enfermería y por la apertura brindada para la realización de nuestro Proyecto de Investigación.

A nuestros Padres por habernos proporcionado sus valores y consejos, enseñanza, por brindarnos la mejor educación y apoyarnos durante nuestra formación académica

Lesly Arévalo

Liliana Quinatoa

TEMA

CONOCIMIENTO DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIAGE DE MANCHESTER POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO IESS GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE 2017.

ÍNDICE

PORTADA.....	
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TEMA.....	IV
ÍNDICE	V
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
ÍNDICE DE ANEXOS.....	X
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. OBJETIVOS.....	6
1.3.1. OBJETIVO GENERAL:	6
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	6
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.5. LIMITACIONES	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.2. BASES TEÓRICAS	11
2.2.1. DEFINICIÓN DE TRIAGE DE MANCHESTER.	11
2.2.2. FUNCIONES DE TRIAGE DE MANCHESTER:.....	11
2.2.3. TIPOS DE TRIAGE:.....	12
2.2.3.1. TRIAGE BÁSICO.....	12
2.2.3.2. TRIAGE ESTRUCTURADO	12
2.2.3.3. TRIAGE AVANZADO.....	12
2.2.3.4. TRIAGE MÉDICO	12

2.2.3.5.	TRIAGE EN EQUIPO	12
2.2.4.	NIVELES DE PRIORIZACIÓN.....	13
2.2.5.	NIVELES DE ATENCIÓN	13
2.2.6.	MODELOS DE SISTEMA DE TRIAGE	14
2.2.6.1.	SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAGE (SET).....	14
2.2.6.2.	SUS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES SON:	14
2.2.6.3.	SISTEMA TRIAGE DE MANCHESTER (MTS).....	15
2.2.7.	SISTEMA DE TRIAGE HOSPITALARIO DE NAVARRA.....	16
2.2.7.1.	DISCRIMINANTES Y ESCALAS DE GRAVEDAD.....	16
2.2.8.	MÉTODO (RAC):.....	17
2.2.8.1.1.	DEFINICIÓN	17
2.2.8.1.2.	CLASIFICACIÓN	17
2.2.8.1.3.	RECEPCIÓN.....	17
2.2.8.1.4.	ACOGIDA	17
2.2.8.1.5.	VALORACIÓN	18
2.2.8.1.6.	CLASIFICACIÓN	18
2.2.8.1.7.	DISTRIBUCIÓN.....	19
2.2.9.	FORMAS DE APLICACIÓN DE TRIAGE.....	20
2.2.9.1.	LOS PRINCIPALES SOPORTES DE TRIAGE SON:.....	20
2.2.10.	UBICACIÓN DE LA UNIDAD DE TRIAGE	20
2.2.11.	EQUIPO BÁSICO EN EL TRIAGE.....	20
2.2.12.	POLÍTICAS DE TRIAGE DE MANCHESTER	21
2.2.13.	ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE TRIAGE	22
2.2.14.	LA ENFERMERA DE TRIAGE	23
2.2.14.1.	CARACTERÍSTICAS	23
2.2.14.2.	CONOCIMIENTO	24
2.2.15.	GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA.....	24
2.2.15.1.	PERSONAL DE ENFERMERÍA	24
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	27
2.4.	SISTEMA DE VARIABLES	29
2.4.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE. . ¡Error! Marcador no definido.	
2.4.2.	VARIABLE DEPENDIENTE ¡Error! Marcador no definido.	
2.5.	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	30

CAPÍTULO III.....	35
MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.1.1. INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA.....	35
3.2. TIPOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.2.1. CUANTITATIVA.....	35
3.3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
3.4. POBLACIÓN DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
3.5.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS. 36	
3.5.2. HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS UTILIZADAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS.....	36
3.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	37
3.6.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.....	37
3.6.2. CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRIAGE DE MANCHESTER	41
3.6.3. TABULACIÓN DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	53
CAPÍTULO IV.....	55
RESULTADOS Y LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.....	55
4.1. LOGRO ALCANZADO OBJETIVO 3.....	56
CAPITULO V.....	80
MARCO ADMINISTRATIVO.....	80
RECURSOS.....	80
CAPÍTULO VI.....	84
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:.....	84
5.1. CONCLUSIONES.....	84
5.2. RECOMENDACIONES.....	86
BIBLIOGRAFÍA:.....	87
ANEXOS.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Hace que Tiempo se graduó Hace que Tiempo se graduó	37
Tabla N° 2 ¿Qué tiempo tiene laborando en este Hospital?	38
Tabla N° 3 ¿Qué tipo de relación laboral tiene?	39
Tabla N° 4 Tiempo que ha laborado en el área de Triage:	40
Tabla N° 5 Conoce usted cuál es la diferencia entre los términos Urgencia y Emergencia?.....	41
Tabla N° 6 Conoce usted qué es el Sistema o modelo de Manchester?.....	42
Tabla N° 7 En qué consiste el sistema de Triage de Manchester?.....	43
Tabla N° 8 La teoría menciona qué el Triage tiene 8 funciones, mencione las que conozca.....	44
Tabla N° 9 Conoce usted sobre el nivel de atención de prioridad en el servicio de emergencia?.....	45
Tabla N° 10 Conoce usted los tiempos de atención en el Triage de Manchester?	46
Tabla N° 11 Conoce usted si se aplica el Triage de Manchester en el Servicio de Emergencia?.....	47
Tabla N° 12 Conoce usted desde cuándo se aplica el proceso de Triage en este Hospital?	48
Tabla N° 13 Conoce qué son los discriminadores en Triage de Manchester? .	49
Tabla N° 14 Ha recibido capacitaciones sobre el Triage de Manchester?	50
Tabla N° 15 Qué duración en promedio ha tenido cada evento de capacitación?.....	51
Tabla N° 16 Hace que tiempo recibió la última capacitación sobre el MTS? .	52
Tabla N° 17 Ficha de Observación aplicada al Personal Profesional de Enfermería.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	14
Gráfico N° 2	15
Gráfico N° 3	16
Gráfico N° 4	22
Gráfico N° 5	37
Gráfico N° 6	38
Gráfico N° 7	38
Gráfico N° 8	39
Gráfico N° 9	40
Gráfico N° 10	41
Gráfico N° 11	42
Gráfico N° 12	43
Gráfico N° 13	43
Gráfico N° 14	44
Gráfico N° 15	45
Gráfico N° 16	46
Gráfico N° 17	47
Gráfico N° 18	48
Gráfico N° 19	49
Gráfico N° 20	50
Gráfico N° 21	51
Gráfico N° 22	52
Gráfico N° 23	54

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1 MARCO LEGAL	89
ANEXO N° 2 ENCUESTAS	94
ANEXO N° 3 GUÍA DE OBSERVACIÓN	97
ANEXO N° 4 EVIDENCIAS DEL TRABAJO REALIZADO INGRESO AL HOSPITAL	99
ANEXO N° 5 FIRMAS DE LOS ASISTENTES DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	108
ANEXO N° 6 CERTIFICACIÓN DE HABER CUMPLIDO CON LA SOCIALIZACIÓN SOBRE EL PLAN DE CAPACITACIÓN	109
ANEXO N° 7 CERTIFICACIÓN AL INICIO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	110
ANEXO N° 8 CERTIFICACIÓN FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	111

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

Guaranda 12 de Septiembre del 2017.

El suscrito Dr. René Bracho Director del Proyecto de Investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema; **CONOCIMIENTO DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIAGE DE MANCHESTER POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO IESS GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO MAYO - OCTUBRE 2017.** Realizado por las estudiantes **ARÉVALO PACHALA LESLY JOMAYRA Y QUINATOA CHASI LILIANA PIEDAD**, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la carrera de enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación *pública respectiva*.


Dr. René A. Bracho J.
Especialista en Medicina Interna
C.I.: 0151522687 M.S.P.: 65399220
RUC: 0151522687001

DR. RENÉ BRACHO IRAUSQUÍN.

DIRECTOR

RESUMEN

El presente Proyecto de Titulación denominado: Conocimiento de la Guía Práctica Clínica de Triage de Manchester por el Personal Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Básico Iess, Guaranda, Provincia Bolívar, durante el Periodo Mayo – Octubre 2017. **Objetivo:** Evaluar el nivel de Conocimiento de la Guía Práctica Clínica de Triage de Manchester por el Personal Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Básico IESS Guaranda. **Métodos:** Se aplicó un cuestionario a 12 Licenciadas en Enfermería responsables del área de Triage. **Diseño:** El presente estudio es de carácter descriptivo - transversal. **Resultados:** De 12 Enfermeras, La edad promedio de las encuestadas fue de 8 de cada 12 son graduadas hace más de 6 años, el 60% labora más de 6 años en el hospital, y el 50% tiene menos de 1 año en Triage. El 92 % desconoce la definición de los términos urgencia y emergencia, el 100% dice conocer que es el MTS, pero solo el 58 % describe los contenidos o componentes de dicho sistema. El 83 % conoce solo parcialmente cuales son las funciones del Triage. Se estableció que no todo el talento humano responsable del Triage toma la decisión correcta al momento de la derivación de los pacientes y se elaboró el plan de capacitación y se socializó al personal de enfermería en la aplicación del Sistema de Triage de Manchester. **Conclusiones:** Se analizó el incumplimiento de la mayor parte de los aspectos procedimentales que constan en los algoritmos en la aplicación del MTS, y que son componentes del flujograma de decisión. El nivel de conocimiento sobre la guía práctica clínica del Triage de Manchester en el personal de enfermería es insuficiente tanto en el contenido teórico, como puesta en práctica de los procedimientos y aspectos que afectan la calidad del servicio y pueden comprometer la salud de los pacientes. Finalmente se elaboró un plan de capacitación y reforzamiento de conocimientos para el personal de enfermería acorde las normas del sistema de Triage de Manchester. (MTS), mediante la socialización del algoritmo.

PALABRAS CLAVES: SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER, URGENCIAS, EMERGENCIAS, ALGORITMO.

SUMMARY

This Project titled: Knowledge of the Clinical Triage Guide of Manchester by the Professional Staff of Nursing of the Emergency Service of the Basic Hospital Iess, Guaranda, Provincia Bolívar, during the period May - October 2017. **Objective:** To evaluate the level of Knowledge of the Clinical Practical Guide of Triage of Manchester by the Professional Staff of Nursing of the Emergency Service of the Basic Hospital IESS Guaranda. **Methods:** A questionnaire was applied to 12 nursing graduates responsible for the Triage area. **Design:** The present study is descriptive - transversal. **Results:** Of 12 Nurses, the average age of the respondents was 8 out of 12 graduated more than 6 years ago, 60% worked for more than 6 years in the hospital, and 50% had less than 1 year in Triage. 92% do not know the definition of the terms urgency and emergency, 100% say they know that it is the MTS, but only 58% describes the contents or components of said system. 83% only partially know what the Triage's functions are. It was established that not all the human talent responsible for the Triage made the right decision at the time of referral of the patients and the training plan was developed and socialized to the nursing staff in the application of the Triage System of Manchester. **Conclusions:** It was analyzed the non-compliance of most of the procedural aspects that are included in the algorithms in the MTS application, which are components of the decision flowchart. The level of knowledge about the clinical practice guide of the Manchester Triage in nursing staff is insufficient both in the theoretical content and in the implementation of the procedures and aspects that affect the quality of the service and can compromise the health of the patients. Finally, a training and knowledge enhancement plan was developed for nurses according to the rules of the Triage system in Manchester. (MTS), through the socialization of the algorithm.

KEYWORDS: MANCHESTER TRIAGE SYSTEM, EMERGENCY, EMERGENCY,ALGORITHM.

INTRODUCCIÓN

El Triage de Manchester es un proceso que nos permite determinar la complejidad de la urgencia del paciente, facilitando el desarrollo de las habilidades de las Enfermeras, para así poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de los pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

La calidad de la atención en salud y específicamente en la atención hospitalaria debe ser una de las características en la prestación de servicios la misma que debe ser evaluada, especialmente en el ámbito de los conocimientos teóricos y procedimentales de los proveedores en sus áreas específicas de actividades y de las falencias detectadas se puede propender al mejoramiento de la calidad de la atención.

El servicio de emergencias al ser una de las puertas de entrada de los usuarios, constituye un punto representativo de la calidad e imagen hospitalaria, y precisamente en este servicio se ha evaluado el grado de conocimiento teórico y procedimental sobre el proceso de Triage de Manchester que poseen las Enfermeras del Hospital Básico IESS de Guaranda.

En el presente trabajo se mide el Conocimiento de la Guía Práctica Clínica del Triage de Manchester por el Personal Profesional de Enfermería, el mismo que se encuentra estructurado de manera metodológica.

En los siguientes capítulos:

CAPITULO I: Incluye el planteamiento y formulación del problema, objetivo general, específicos y justificación de la investigación.

CAPITULO II: Contiene los datos de la investigación, bases teóricas en las cuales se obtiene científicamente el presente trabajo, y el sistema de variables que permite contextualizar el tema.

CAPITULO III: Se detalla el tipo de investigación, el estudio del método y técnica para la recolección de información y el análisis e interpretación de datos.

CAPITULO IV: Presentan los resultados obtenidos en base a los objetivos planteados.

CAPITULO V: Exponen las conclusiones pertinentes y las recomendaciones obtenidas durante el proceso investigativo.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

El término Triage de Manchester en el mundo de la emergencia claramente se ha identificado, como un proceso de clasificación de los pacientes por un equipo de atención pre e intrahospitalaria, en base a la valoración de los pacientes en el Servicio de Emergencia, con la finalidad de identificar a los pacientes en condiciones graves y así poder garantizarles una atención urgente según el nivel más adecuado que resuelva su demanda. (Erazo Beltrán, 2015).

Según estudios realizados, a nivel mundial los hospitales (privados y generales) han evidenciado un incremento del 21% de la afluencia de pacientes a los Servicios de Emergencias, siendo necesaria la priorización de su atención según indica un estudio realizado en relación al estudio (Montoya , 2011) donde la cobertura en el aseguramiento cubre al 61% de la población urbana y al 47,5% de la población rural.

Por lo que se produce aglomeración de pacientes en todos los Servicios de Emergencias siendo necesaria la priorización de su atención del usuario externo, razón más que importante para que el personal que labora en esta institución tenga un conocimiento claro y la experticia necesaria para realizar un Triage adecuado.

En el Ecuador los Hospitales que mayor demanda presentan son del sector Publico, en un porcentaje del 16.60% pertenecientes a 125 hospitales del Ministerio de Salud Pública, a diferencia de las instituciones hospitalarias pre privadas que atienden en un 2.92% que corresponde a 22 hospitales pre privados según el informe. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011)

Hospital Teodoro Maldonado Carbo del IESS es el primero en el Ecuador en implementar el Triage de Manchester un mecanismo utilizado en Europa, que se entrega bandas de colores según cada emergencia. Convirtiéndose como un plan piloto a seguir por el resto de Hospitales del IESS (Ecuavisa , 2014)

En el Hospital Básico IESS Guaranda, en el servicio de emergencia la situación es similar a la del resto del país. Por tratarse de un hospital de primer nivel tiene un comportamiento similar lo que se refleja en el alto índice de atención de pacientes con patologías diferentes.

La falta de reforzamiento de conocimientos, capacitación continua por parte del personal a cargo de la atención con el Triage de Manchester. La falta de promoción de la atención de Triage en la sala de emergencia, el desconocimiento por parte del usuario afiliado, dificulta ofrecer una atención adecuada de calidad e integral, lo que genera quejas e insatisfacción en el usuario.

La clasificación de los tipos de enfermedades o motivos por los cuales la población demanda atención de salud, conforme a la génesis de sus dolencias o lesiones a más de las frecuentes infecciosas y las crónico-degenerativas, se registra debidas a causas externas y consecuentemente de la necesidad de una atención rápida, oportuna y de calidad que debería ser satisfecha a través de los servicios de emergencias de los distintos hospitales.

La estrategia que viabiliza determinar la prioridad de atención de las denominadas y posibles emergencias es el proceso de triage, el mismo que permite hacer una adecuada selección de los pacientes en función del tipo y oportunidad de atención que ameritan, y dentro de los varios sistemas existentes, se incluye el Sistema de Triage de Manchester, (MTS) por sus siglas en inglés, el mismo que es aplicado en el servicio de emergencias del Hospital Básico IESS Guaranda.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo evaluar el nivel de conocimiento de la Guía Práctica Clínica de Triage de Manchester, por el Personal Profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital Básico IESS Guaranda?

1.2.1. Delimitación del problema

Este Trabajo Investigativo es dirigido al personal de Enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Básico IESS Guaranda, en el Periodo Mayo-Octubre 2017, el mismo que se encuentra ubicado en el sector norte de la ciudad de Guaranda, capital Provincia Bolívar.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general:

Evaluar el nivel de conocimiento de la guía práctica clínica de Triage de Manchester por el personal profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Básico IESS Guaranda, Provincia Bolívar, durante el Periodo Mayo - Octubre 2017.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Verificar el cumplimiento de las actitudes procedimentales, en la aplicación del Algoritmo del Sistema de Triage de Mánchester (MTS), por el Personal Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la guía práctica clínica del Triage de Manchester en el personal profesional de enfermería.
- Elaborar el plan de capacitación y reforzamiento de conocimientos para el personal profesional de enfermería en la aplicación del Triage de Manchester.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo se fundamenta en lo siguiente:

Como Internas Rotativas de Enfermería y representantes de la salud debemos contribuir en la solución a la problemática de la institución donde prestamos nuestros servicios en el área de emergencia con un trabajo investigativo cuyos resultados sean de aporte y sirva como una herramienta de trabajo para el personal profesional de enfermería y para el Hospital Básico IESS Guaranda.

El Triage de Mánchester es un método de selección y clasificación que define la prioridad para la atención de un paciente en el Servicio de Emergencia según la gravedad de su estado clínico, mediante la valoración clínica en el área de triage debe ser realizado por un personal profesional capacitado. (Totoy Cabezas, 2014).

Considerándose así que alrededor del mundo se tienen muchos problemas debido a la atención de emergencias en particular en los Centros Especializados en Seguridad Social siendo así que en México “Las Emergencias deben ser clasificadas y atendidas por un alto número de personal debido a la densidad poblacional haciendo que la necesidad de estrategias y nuevas estrategias para la atención de emergencias sean cada vez más necesarias.

La tasa de frecuentación de urgencias en España es notablemente más elevada que la del Reino Unido o la de los Estados Unidos. En España, la estimación del uso inapropiado de las urgencias varía en un rango entre el 24% y 79%.

(Bustillos Maldonado, 2015)

El área de Triage en los hospitales de nuestro país Ecuador, son esencialmente la puerta de entrada a la atención médica en el área de emergencias y de todo el hospital, lo que genera una aglomeración de pacientes, que impiden en muchos de los casos dar prioridad a los pacientes que requieren atención urgente.

Se menciona que en el año 2015 se implementó la dependencia de Triage de Manchester en el Hospital Básico IESS Guaranda, con una atención inicial de

8 horas al día, 5 días a la semana, atendido por una enfermera que realizaba Triage y 1 médico en un solo consultorio para atender la demanda espontánea e insatisfecha que rebotaba de la consulta externa.

En el Hospital Básico IESS Guaranda en el servicio de emergencia , la situación es similar a la del país y aún más siendo un hospital de primer nivel, como lo refleja la demanda de usuarios/as atendidos en el Servicio de Emergencia durante el año 2016 se atendió 66430 pacientes, observando un mayor ingreso al Servicio de Medicina Interna con una cantidad anual de pacientes de 17.958 que corresponde al 2.15 % (Hospital Básico IESS - Guaranda Dpto de Estadística, 2016)

La inconformidad de los usuarios al no acceder a turnos programados mediante el Call Center, para controles subsecuentes, tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, incremento la atención por el área de emergencia exigiendo una atención rápida oportuna y eficiente, esta exigencia se justifica por la aportación fija y mensual que se hace al instituto ecuatoriano de seguridad social, donde acuden los pacientes con la esperanza de ser atendidos con oportunidad y eficacia, garantizándoles que la información y trato recibido supere sus expectativas, creando una imagen positiva o negativa de la atención recibida.

Como toda actividad de salud en la que esté presente la atención de pacientes y especialmente en los servicios de emergencias, es necesario no solo evaluar aspectos relativos a las condiciones de infraestructura, equipamiento, y tecnología, ya que es importante conocer el grado de conocimiento sobre aspectos específicos de la atención que posee el personal profesional de enfermería.

En este caso se pretende conocer el grado de conocimiento teórico y de aptitudes sobre el MTS y su aplicación que poseen las enfermeras responsables del proceso de Triage de Manchester en el mencionado hospital, partiendo del principio que toda actividad humana es perfectible, y que en base a ese diagnóstico, proponer medidas que conlleven al mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencias y específicamente en los procedimientos del Triage de Manchester.

Cabe mencionar que la finalidad es evaluar el nivel de conocimiento de la guía práctica clínica de Triage de Manchester para brindar una adecuada atención médica a los pacientes del centro de atención Ambulatoria del servicio de emergencias del Hospital Básico Iess Guaranda.

1.5. LIMITACIONES

- Este es el primer trabajo de investigación sobre el conocimiento de la Guía Práctica Clínica del Triage de Manchester en la institución, por lo que existe poco material bibliográfico de apoyo.
- No existió una capacitación adecuada de las profesionales que laboran en la dependencia de Triage de Manchester por parte de la misma Institución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel nacional la palabra “Triage” es la más reconocida siendo utilizada por los principales grupos de investigación y expertos, por lo que en el presente estudio nos enfocaremos a este término. Esta palabra se utiliza para referirse a la jerarquización de necesidades, y a su vez proviene del término francés “trier” que significa seleccionar o escoger o elegir o clasificar. (Gonzales Romero, 2011)

El fundador en emplear este término fue el Barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842), Médico Cirujano Militar, jefe de servicios sanitarios del ejército de Napoleón, como un método de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla. En la Guerra de Crimea entre 1853 y 1856 el trabajo de triage empezó a ser rescatada por enfermeras en las zonas habilidades para dicha actividad. (Gonzales Romero, 2011)

Con el triage se comenzó a tratar a los heridos más graves en primera lugar con las prácticas y conocimientos científicos de las enfermeras en el campo de batalla la cual fueron asignadas para tratar a los heridos de manera rápida evitando la muerte del paciente.

En el siglo XX este término se trasladó a nivel civil, donde empezaron a manejar este tipo de sistemas en los servicios sanitarios a nivel mundial. A partir de la década de los años 60, se implantaron en los servicios de urgencias hospitalarias de Estados Unidos. En España aproximadamente en 1980, comenzó a utilizarse el triage para clasificar a los pacientes según su nivel de prioridad. (Muyulema Muyulema, 2017)

La Sociedad Española de Enfermería en Urgencias encomienda emplear el término RAC; entendiéndose como Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes, aplicados en situaciones catastróficas, que fue su asignación inicial. (Gonzales Romero, 2011)

Los ejércitos napoleónicos fueron los primeros en aplicar la clasificación de sus bajas en el campo de batalla. Transportados en carretas de caballos o por hombres protegiendo al personal médico del frente de batalla, es ahí donde aparece el termino Ambulancia que significa camina o deambula. Sin embargo pasaron muchos años hasta que comenzó a pensar hacer tratamiento a pacientes mientras eran trasladados, siendo muy importantes en estas situaciones de batallas. (Muyulema Muyulema, 2017)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Definición de Triage de Manchester.

Desciende del término francés triage que significa “seleccionar o escoger”, "elegir o clasificar”. Es un procedimiento de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia.

De acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos favorables, trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por el aplazamiento en su atención. (Reyes Flores, 2012)

2.2.2. Funciones de triage de manchester:

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

(W. Soler, 2010)

2.2.3. TIPOS DE TRIAGE:

2.2.3.1. Triage Básico

Es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento. (Álvarez Leiva, Macías Seda, 2013)

2.2.3.2. Triage Estructurado

Se lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles. En este momento existen 5 sistemas de triage estructurado: (Álvarez Leiva, Macías Seda, 2013)

- ATS (Australian Triage Scale), Escala australiana de triaje.
- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), Escala de triage y Agudeza del Departamento de Emergencias de Canadá
- MTS (Manchester Triage Scale), Sistema de Triage de Manchester.
- ESI (Emergency Severity Index) El Índice de Severidad de Emergencia.

2.2.3.3. 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. (Álvarez Leiva, Macías Seda, 2013)

2.2.3.4. Triage Médico

Es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo. (Álvarez Leiva, Macías Seda, 2013)

2.2.3.5. Triage en Equipo

La enfermera y el médico funcionan como un equipo, en nuestro medio, se utiliza las modalidades de triage médico, el triage no profesional y el triage básico realizado por la enfermera profesional. Con disponibilidad de enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas con este recurso. (Álvarez Leiva, Macías Seda, 2013)

2.2.4. NIVELES DE PRIORIZACIÓN

PRIORIDAD I: Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata, incluyendo pacientes con dolor extremo.

PRIORIDAD II: Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación

PRIORIDAD III: Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación. (IESS-Guaranda, 2013)

2.2.5. NIVELES DE ATENCIÓN

Nivel I: Prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

Nivel II: Situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

Nivel III: Urgente pero estable hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

Nivel IV: Urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.

Nivel V: No urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora 240 minutos. (W. Soler, 2010)

Gráfico N° 1

NIVEL	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION SIGNOS Y SÍNTOMAS: -Disnea, sensación de ahogo, asfixia, agitación, cianosis. - Pérdida de conciencia, convulsiones, paro cardíaco, respiratorio. - Heridas, fracturas, golpes múltiples y severos en cualquier parte del cuerpo. - Hemorragias, intoxicaciones severas, quemaduras graves.	ROJO	Atención inmediata
2	EMERGENCIA SIGNOS Y SÍNTOMAS: -Dolor torácico con signos vitales alterados, malestar general. - Sangrado abundante, heridas que requieren suturas, quemaduras, - Inhalación de tóxicos, alteraciones psiquiátricas. - Fiebre o síntomas relacionados con el embarazo. - Dolor abdominal agudo y piel amarilla.	NARANJA	10-15 Minutos
3	URGENCIA SIGNOS Y SÍNTOMAS: - Dolor menor a 12 horas de evolución. - Fiebre alta, disnea, taquicardia, diarrea con deshidratación, vomito persistente, reacciones alérgicas. -Embarazadas y ancianos con síntomas agudos. - Infecciones de piel y articulaciones con dolor y fiebre. - Hemorragias leves.	AMARILLO	60 minutos
4	URGENCIA MENOR SIGNOS Y SÍNTOMAS: - Dolor mayor a 3 días. - Infecciones respiratorias e Infecciones urinarias. -Infecciones gastrointestinales sin deshidratación. - Infecciones localizadas sin dolor, golpes menores, heridas pequeñas.	VERDE	120 minutos
5	SIN URGENCIA SIGNOS Y SÍNTOMAS: - Dolor de garganta, alergia - Alteraciones menstruales, reflujo, estreñimiento. - Chequeos programados, lesiones crónicas de piel no infectados. - Pacientes que requieren medicamentos para continuar su tratamiento.	AZUL	240 minutos

(IESS- Guaranda, 2013)

2.2.6. MODELOS DE SISTEMA DE TRIAGE

Se describe de manera esquemática las características de los dos sistemas de triage con mayor implantación en España, el SET y el MTS (Sánchez Bermejo, Gomez Jimenes, 2013).

2.2.6.1. Sistema Español de Triage (SET)

Es un modelo de triage estructurado holístico, aplicable tanto a niños como a adultos y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia. Se consigue así un sistema de mejora continua de la calidad, que define un estándar de motivos de consulta a urgencias.(Sánchez Bermejo, Gomez Jimenes, 2013)

2.2.6.2. Sus principios fundamentales son:

- Modelo de triage de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.
- Integrado en un sistema de mejoría continua de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triage.
- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

En esta tabla se muestran las asociaciones previstas entre escalas, nivel de gravedad y tiempo de atención. (Gómez Jiménez, 2013)

Gráfico N° 2

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

(Gómez Jiménez, 2013)

2.2.6.3. Sistema Triage de Manchester (MTS)

Este modelo clasifica al paciente que llega al servicio de urgencias en 52 motivos diferentes según signos y síntomas, con discriminantes y en cada motivo se despliega un árbol de preguntas cuya contestación es de si/no. Tras estas 3 o 4 preguntas clasifica al paciente en 5 categorías, cada una se traduce con un color y un tiempo máximo de atención.

Esta clasificación permite priorizar al paciente en función de la gravedad, este sistema de triage facilita información clara al usuario sobre su estado general y el tiempo máximo de espera, brindando eficiencia y eficacia al paciente, se crea así el primer contacto con el paciente y se da una respuesta clara a su petición.

Su clasificación se basa en los signos observados por el personal de enfermería y en los síntomas expresados por el paciente, que los agrupan según los discriminadores generales clasificadas en: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel

de conciencia, temperatura aplicando a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación. (Gonzales Romero, 2011)

2.2.7. SISTEMA DE TRIAGE HOSPITALARIO DE NAVARRA

El 12 de mayo de 2008 se crea un grupo de trabajo con el objetivo de implantar un sistema de triage estructurado de 5 niveles de priorización que aporta la mayor sensibilidad y fiabilidad, aplicando en base a 46 motivos de consulta con discriminantes, escalas de gravedad y pruebas complementarias.

Gráfico N° 3

(W. Soler, 2010)



2.2.7.1. Discriminadores y escalas de gravedad

Un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de triage. El SET (Sistema Español de Triage) utiliza:

- Constantes: discriminan a los pacientes con la misma sintomatología, entre el nivel II y el III (temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, Glasgow).
- Signos vitales anormales (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y somnolencia o confusión).
- Dolor: el SET dispone de una guía clínica de evaluación el dolor en el triage que permite objetivar los valores que los pacientes manifiestan. (García, 2013)

2.2.8. MÉTODO (RAC):

2.2.8.1.1. Definición

Es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias.

En el que nos encontremos, realizado todo ello en un contexto de relaciones interpersonales básicas en cualquier relación humana de respeto, atención y cuidado, que enmarcamos en la acción fundamental de recibir y acoger al demandante y su ecosistema. (Rivera, 2014)

2.2.8.1.2. Clasificación

- Recepción y acogida.
- Valoración.
- Clasificación.
- Distribución.

2.2.8.1.3. Recepción

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

Valoración primaria:

- Declaración del problema
- Reconocimiento inmediato de signos vitales
- Valoración riesgo vital
- Actuación inmediata.

2.2.8.1.4. Acogida

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

medidas asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud. (Hernansanz Iglesias, Clavería Fontán,, 2012)

2.2.8.1.5. Valoración

La Licenciada/o Enfermera/o de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente, en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe. (Muyulema Muyulema, 2017)

2.2.8.1.6. Clasificación

El Triage de Enfermería se establecerá siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y hacer diferencia cuando es:

- Emergencia.
- Urgencia.
- No Calificada.

Emergencia: Acontecimientos que ponen en peligro la vida de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro de los primeros 10 minutos a su llegada a Emergencia.

Motivos:

- Paro cardiorrespiratorio presenciado.
- Pérdida del estado de alerta.
- Focalización neurológica.
- Pérdida aguda de la visión.
- Dificultad respiratoria aguda
- Dolor torácico.

Urgencia: Paciente que puede deteriorarse, obteniendo a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primero 30 a 60 minutos.

Motivos:

- Cefalea sin signos neurológicos.
- Obstrucción de la vía aérea incompleta.
- Dificultad respiratoria moderada.
- Dolor abdominal agudo.
- Deshidratación moderada.

No Calificada: Paciente que no pone en peligro su vida, no existe un tiempo límite para su atención debe ser clasificado a la sala de espera del área de emergencia. (Muyulema Muyulema, 2017)

Motivo

- Cefalea leve.
- Contusiones menores
- Contusiones no recientes.
- Pacientes recomendados.

2.2.8.1.7. Distribución.

En la clasificación del paciente la Enfermera Triagista debe estar preparada para satisfacer en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará al paciente.

Por lo tanto debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio:

- Qué áreas están más saturadas.
- La presión asistencial.
- La cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados.

En base a estas situaciones tomará sus decretos, aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya otorgado en el triage. (Muyulema Muyulema, 2017)

2.2.9. FORMAS DE APLICACIÓN DE TRIAGE

El proceso de triage se puede llevar a cabo con diferentes sistemas de triage, por distintos profesionales, en diversos ámbitos, e incluso con soportes variados para ello, admitiendo matices. (Muyulema Muyulema, 2017)

2.2.9.1. Los principales soportes de triage son:

- **En Hoja de Registro (Papel).**

Este soporte actualmente ya no se usa, salvo en lugares donde existen la posibilidad de contar con un software informático por barreras medio ambientales o físicas, o bien no se dispone de medios económicos para ello. (Cobo Barquín, 2012)

- **Computarizado.**

Este sistema es el más utilizado, se ha demostrado que se acorta el tiempo empleado en el proceso de triage, para los profesionales es el mejor método por que mejora el ambiente de trabajo, y el Triage se realiza con mayor fluidez disminuyendo los tiempos de interrupción. (Cobo Barquín, 2012)

2.2.10. UBICACIÓN DE LA UNIDAD DE TRIAGE

Espacio físico propio

Equipado con el material básico

Buena comunicación tanto con la:

- Sala de espera
- Consultorios 1,2
- Exploración y Emergencia.

2.2.11. EQUIPO BÁSICO EN EL TRIAGE.

Para llevar a cabo el método de Triage de Manchester de una manera óptima y eficiente, basándose en las prioridades de atención y la posibilidad de la

estabilidad del paciente, actualmente se dispone de acuerdo a las necesidades terapéuticas.

Además, esta consulta está dotada al menos con los siguientes elementos:

- Camilla.
- Mesa.
- 2 sillas.
- Esfigmomanómetro.
- Pulsioxímetro.
- Termómetro.
- Computadora
- Bandas de colores
- Balanza

2.2.12. POLÍTICAS DE TRIAGE DE MANCHESTER

Se debe realizar Triage a todos los pacientes que soliciten atención por urgencias o consulta prioritaria.

La clasificación se debe hacerlo dentro del tiempo establecido (antes de 15 minutos de la recepción del paciente). Solo deberán realizar Triage los médicos, enfermeras profesionales o personal de salud capacitado que hayan recibido entrenamiento para ello durante al menos 8 horas teórico – práctico.

En ningún momento se podrá delegar el Triage en vigilantes, auxiliares de Enfermería ni otro personal diferente a médicos.

El tiempo de clasificación debe ser entre 4y 5 minutos por paciente, no debe convertirse en una consulta rápida e incompleta ya que esto aumenta el tiempo de Triage y lleva a fallos en la atención e insatisfacción del paciente.

El centro de salud debe realizar un proceso de calificación semestral mediante evaluaciones teóricas a estos profesionales.

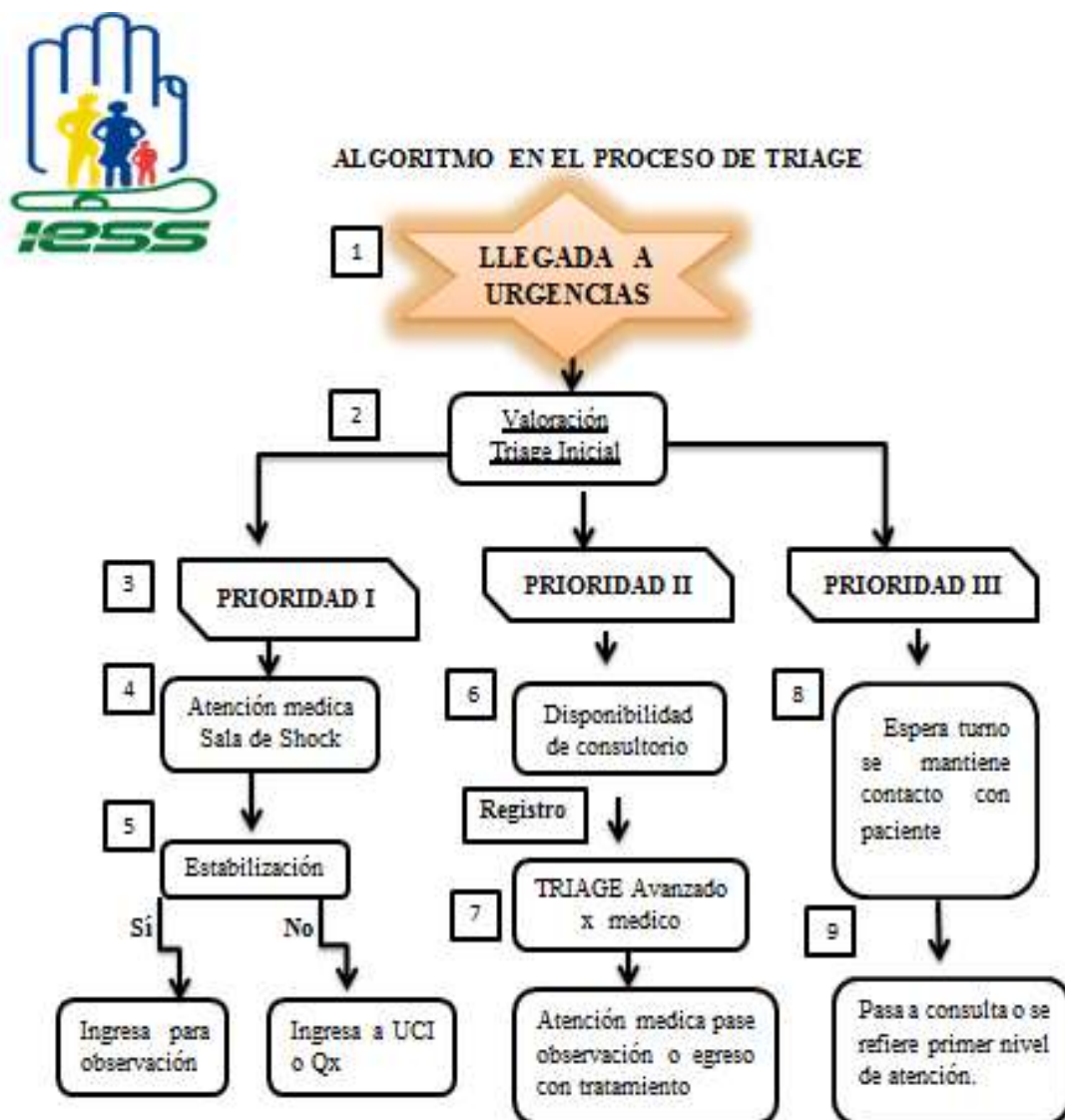
A los pacientes que llegan remitidos de otros centros de atención se les realizará Triage de manera inmediata y, una vez clasificados, se pasarán

directamente a la sala de observación para ser atendidos en el tiempo pertinente de acuerdo a su nivel de clasificación. Por ningún motivo los pacientes remitidos deben ser dejados en sala de espera. (Cabeza Fernández, 2015)

2.2.13. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE TRIAGE

La estandarización del paciente el algoritmo que describe la ruta del paciente de acuerdo con la prioridad de atención; el responsable de la atención y las actividades.

Gráfico N° 4



ELABORADO POR: LIC CECILIA LIMACHE

(Limache, 2015)

2.2.14. LA ENFERMERA DE TRIAGE

La enfermera de urgencias es aquella que somete al paciente a un triage (RAC) determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales, por tanto, la práctica de la enfermera de triage comprende la valoración, diagnóstico y al tratamiento de la respuesta humana a los problemas presentados por el paciente.

El papel de la enfermera de triage es valorar al paciente en busca de signos y síntomas que puedan comprometer su vida con la ayuda de una estimación del número de recursos y que el paciente necesitara para ser tratados de acuerdo a la gravedad de su patología y pacientes que no necesitan de una atención inmediata pero se encuentran en el área de triage para que sean atendidos sin importar la situación de paciente. (Cabeza Fernández, 2015)

2.2.14.1. Características

Los rasgos personales de la enfermera son caracterizados de la siguiente manera:

- Habilidades de comunicación
- Estabilidad emocional
- Empatía
- Flexibilidad
- Habilidades interpersonales
- Habilidades por resolver problemas
- Respuesta rápida
- Respeto
- Trabajo en equipo
- Bases éticas
- Autonomía
- Confidencial. (Cabeza Fernández, 2015)

2.2.14.2. CONOCIMIENTO

Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

El término conocimiento indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia. Así mismo, conocimiento hace referencia a una persona con la que se tiene relación o trato pero sin llegar a tener una amistad como yo tengo conocimiento de lo que hace ese señor. (Cabeza Fernández, 2015)

2.2.15. GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA

Son conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.

Guías de práctica clínica son documentos informativos que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, en base a una revisión sistemática de la evidencia y a la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud. (Sanabria,Rigau, 2015)

2.2.15.1. PERSONAL DE ENFERMERÍA

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (León Román, 2012)

Funciones

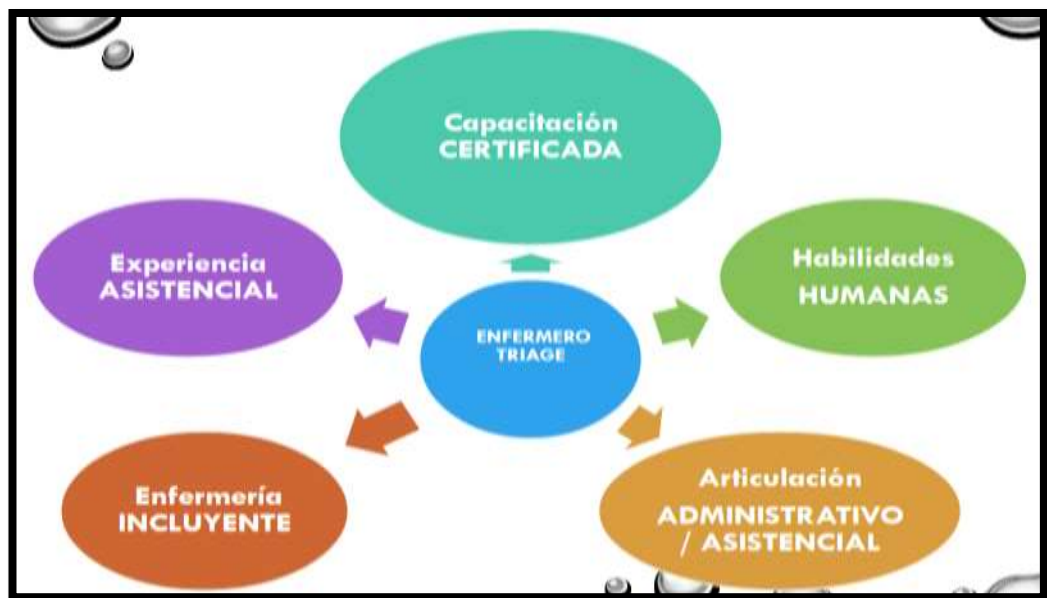
- Por lo tanto, las funciones de la enfermería en el proceso del triage se pueden resumir de esta forma:

- Recibir a los pacientes y a sus acompañantes en un ambiente seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad.
- Realizar una rápida evaluación clínica, recogiendo los datos expresados por el paciente para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta.
- Dar la información registrada al equipo multidisciplinar encargado del proceso diagnóstico y terapéutico en el área asignada.
- Reevaluar periódicamente a los pacientes del área de espera. (Hospital Quirónsalud San José, 2017)

Principios

Son las siguientes:

- Debe construirse en un modelo de calidad
- Tomar en cuenta el entorno e indicadores de calidad
- Debe construirse en un modelo de calidad sobre cualquier otro planteamiento
- Prioriza la urgencia del paciente
- Fiable, válido, útil, relevante y aplicable. (D. C, 2011)



(Correa García)

LA MEJOR ETIQUETA

La más visible, durable y con el suficiente espacio para transmitir información. Existen varios tipos de tarjeta de triage, las más empleadas y conocidas son las de que siguen el criterio cromático anteriormente definido. Las tarjetas deben ir bien atadas a la muñeca o al tobillo del paciente, pero nunca a los vestidos o al calzado.

Si no disponemos de tarjetas, podemos hacer un marcaje de los pacientes con rotuladores indelebles, con una “X” en la frente, dependiendo de su gravedad.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Urgencia.- Urgencia hace referencia a la cualidad de urgente (que urge, apremia o requiere de pronta atención). Una urgencia es algo que debe resolverse de forma inmediata.

Emergencia.- Se designa con el término de emergencia al accidente o suceso que acontece de manera absolutamente imprevista.

No calificada.- Paciente que no pone en peligro su vida, no existe un tiempo límite para su atención debe ser clasificado a la sala de espera del área de emergencia.

Triage.- Es una palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o elegir. Así se ha denominado también al proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados.

Jerarquización.- Acción o práctica común que se lleva a cabo en varios campos, áreas, materias, entre otros, y que consiste en organizarlos o clasificarlos en distintos niveles. Comprende el proceso por el cual se diseña un sistema basado en algún tipo de escalafón.

Paradigma.- Proviene del griego latín paradigma, cuyo significado es ejemplo o modelo.

Recepción.- Es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del paciente.

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

Triage avanzado.- Se trata de un proceso secuencial realizado por el personal sanitario, dirigido a clasificar a las víctimas y priorizar su estabilización y evacuación a otros niveles asistenciales.

Triage estructurado.- Sistema de triage de cinco niveles, fiable, válido, útil, relevante y reproducible, y disponibilidad de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias.

Triage multidisciplinar.- Sistema de Triage que Incluye entre el personal sanitario que lo realiza un equipo en el que participa médicos, enfermeras, personal administrativo y auxiliar de enfermería.

Sistema español de triage.- Nace de una adaptación conceptual y convierte una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico.

Método (RAC).- Es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias.

Recepción.- es un proceso mediante el cual se realizan varias actividades, que incluyen desde recibir un nuevo ingreso en la unidad de hospitalización, hasta el inicio de los servicios de atención para promover y restaurar la salud

Acogida.- es el modo relacional en el que se desarrolla el primer encuentro sanitario-paciente y conlleva la puesta en práctica de todo el bagaje de valores humanos hacia el paciente y la familia desde la personalidad enfermera, predisponiendo favorablemente a la relación terapéutica positiva.

Clasificación.- determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente con relación a su estado de salud, adecuando esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana, que presenta cada unidad asistencial.

2.4. SISTEMA DE VARIABLES

2.4.1. Variable independiente

Conocimiento de la Guía Práctica Clínica del Triage de Manchester.

2.4.2. Variable dependiente.

Personal Profesional de Enfermería

			<p>En qué consiste el sistema de Triage de Manchester</p> <p>Mencione las 8 funciones del Triage</p> <p>Conoce usted sobre el nivel de atención de prioridad en el servicio de emergencia</p> <p>Conoce usted los tiempos de atención en el Triage de Manchester</p> <p>Conoce usted si se aplica el Triage de Manchester en el Servicio de Emergencia</p> <p>Conoce usted desde cuándo se aplica el proceso de Triage en este Hospital.</p>	<p>Correcta Incorrecta</p> <p>De 1 a 4 De 5 a 8</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>	
--	--	--	--	---	--

		DISCRIMINANTES	Conoce qué son los Discriminadores en Triage de Manchester	SI NO NS/NC	
		CAPACITACIÓN	Ha recibido capacitaciones sobre el Manejo de la Guía de Triage	SI NO	
			Duración de cada evento de capacitación	Menos de 1 hora De 1- 3 horas Mas 4 horas	
			Hace qué tiempo recibió la última capacitación	Menor de 3 meses De 3-6 meses De 6-12 meses Más de 1 año	

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIONES CONCEPTUALES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALAS	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
Personal Profesional de Enfermería.	Profesional de Enfermería que brinda atención a los pacientes, en el momento oportuno, realizando la valoración y la categorización del estado de salud, que permite priorizar la atención inmediata mediante las manifestaciones clínicas con el fin de evitar complicaciones al usuario.	Cumplimiento del Algoritmo en la aplicación del Triage de Manchester. ENFERMERAS	Identificación del Personal de Enfermería al paciente Recibe al paciente con amabilidad. Registra los datos generales del paciente en el sistema Valoración inicial -Signos Vitales. -Escala de Glasgow -Manifestaciones clínicas.	Cumple No cumple. Cumple No cumple. Cumple No cumple. Cumple No cumple.	Guía de Observación

			<p>Clasifica al paciente de acuerdo a la gravedad y urgencia del caso.</p> <p>Colocación de manillas de colores de acuerdo a la prioridad de la atención según el Triage de Manchester</p> <p>Pase del paciente para la valoración por el médico de acuerdo a la prioridad.</p>	<p>Cumple No cumple.</p> <p>Cumple No cumple.</p> <p>Cumple No cumple.</p>	<p>Guía de Observación</p>
--	--	--	---	--	----------------------------

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

3.1.1. Investigación Descriptiva.

Se trata de una investigación descriptiva porque no interviene en modificar las variables nos permite describir los hechos como son detectados a través de las encuestas aplicado a las enfermeras en el conocimiento del Sistema de Triage de Manchester.

3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.2.1. Cuantitativa

Es cuantitativa porque durante la investigación se analizó el nivel de conocimiento de la Guía Práctica Clínica del Triage de Mánchester al Personal Profesional de Enfermería.

3.3. DISEÑO METODOLÓGICO

Se aplicó la metodología transversal en razón que se realizó en un tiempo determinado, en este caso, Mayo-Octubre 2017.

3.4. POBLACIÓN DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se lleva a cabo en el servicio de Emergencia en el área de Triage del Hospital IESS Guaranda.

- La población en estudio es de un total de 12 Personal Profesional de Enfermería.
- 11 Licenciadas en enfermería
- 1 Interna Rotativa de enfermería

Suman un Total de 12 personas a investigar pertenecientes al sexo femenino.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA	INSTRUMENTO
Observación	Guía de Observación: Está dirigido a 12 personal profesional de enfermería, para Verificar el cumplimiento de las actitudes procedimentales en la aplicación del Algoritmo del Sistema de Triage de Manchester, durante turnos rotativos mañana, tarde y noche.
Encuestas	Cuestionario: Se aplica al personal profesional de enfermería, para Identificar el Nivel de Conocimiento de la Guía Práctica Clínica del Triage de Manchester.

3.5.1. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

- Tabulación de resultados.
- Elaboración de cuadros, gráficos o barras.
- Análisis e interpretación de resultados.

3.5.2. Herramientas informáticas utilizadas para el procesamiento de datos

Se realiza en base a la recolección de datos mediante la realización de encuestas y guías de observación, las mismas que serán elaboradas en el programa de Excel y Word y luego analizadas e interpretadas mediante tablas y gráficos, aplicando estadísticos descriptivos (porcentajes a través de análisis e interpretación, mismos que posibilitaran obtener las conclusiones y recomendaciones).

3.6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

TABULACIÓN DE ENCUESTAS.

3.6.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

1.- Hace que Tiempo se graduó

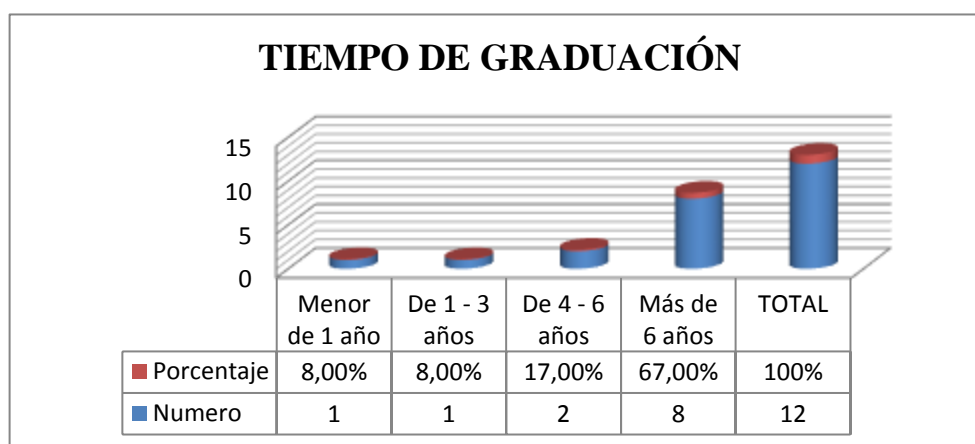
Tabla N° 1

Tiempo	Número	Porcentaje
Menor de 1 año	1	8,00%
De 1 - 3 años	1	8,00 %
De 4 - 6 años	2	17,00%
Más de 6 años	8	67,00%
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 5



Fuente: Tabla 1

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

Si se considera que la antigüedad en el trabajo, influye en el conocimiento de sus labores, en el presente estudio encontramos que 8 de cada 12 profesionales tienen más de 6 años de haberse graduado, lo que implicaría un factor favorable para el desempeño de sus funciones.

2.- ¿Qué tiempo tiene laborando en este Hospital?

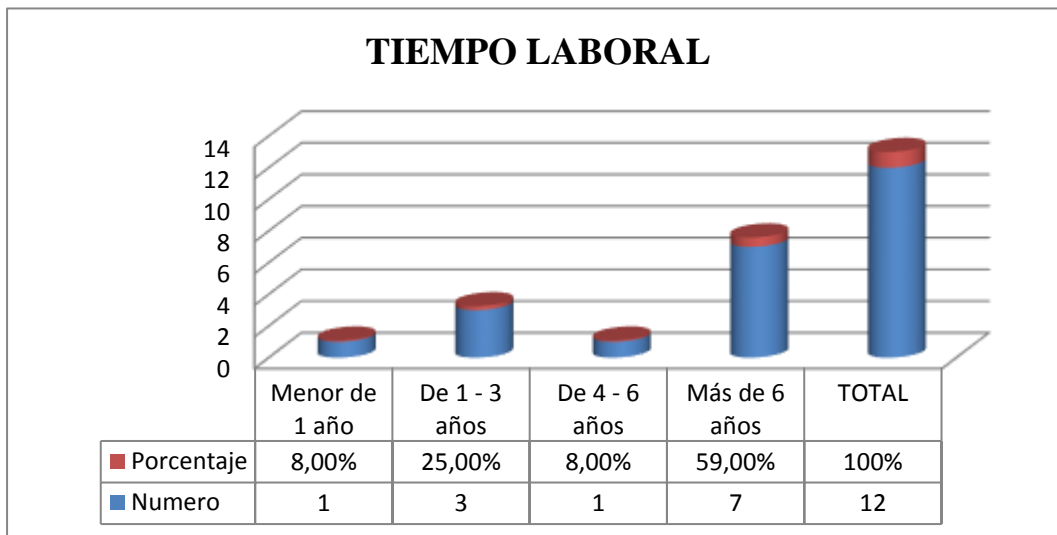
Tabla N° 2

Tiempo	Número	Porcentaje
Menor de 1 año	1	8,00 %
De 1 - 3 años	3	25,0 %
De 4 - 6 años	1	8,00 %
Más de 6 años	7	59,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 6



Fuente: Tabla 2

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

Aproximadamente el 60 % de las enfermeras encuestadas, labora en el Hospital Básico Iess Guaranda, por más de 6 años, hecho que es favorable pues ya conoce plenamente su ámbito de trabajo.

3.- ¿Qué tipo de relación laboral tiene?

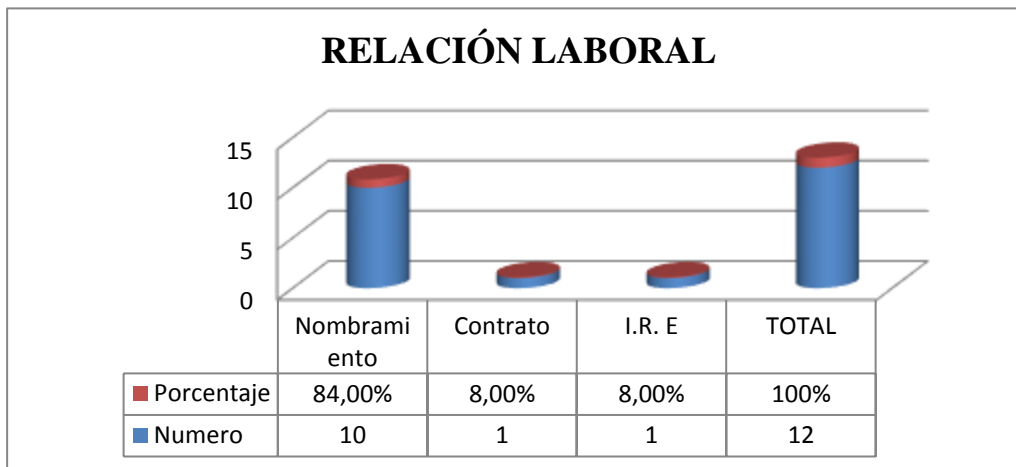
Tabla N° 3

Tiempo	Número	Porcentaje
Nombramiento	10	84,00 %
Contrato	1	8,00 %
I.R. E	1	8,00 %
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 8



Fuente: Tabla 3

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Analisis e Interpretacion

La estabilidad laboral incide en el desempeño de las funciones. Es así que el 84 % de las encuestadas posee nombramiento lo que daría una percepción de cierta seguridad en su relación laboral y por ende en su desempeño. Debe destacarse la presencia de una IRE, desempeñando funciones de Triage.

4.-Tiempo que ha laborado en el área de Triage:

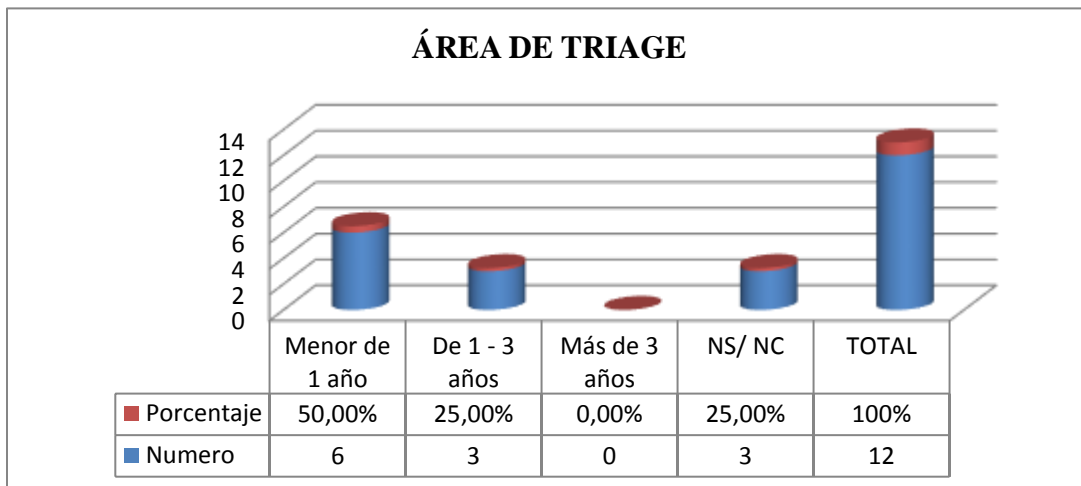
Tabla N° 4

Tiempo	Número	Porcentaje
Menor de 1 año	6	50,00 %
De 1 - 3 años	3	25,00%
Más de 3 años	0	0,00%
NS/ NC	3	25,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 9



Fuente: Tabla 5

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

De las encuestas realizadas a las 12 Enfermeras se indica que el 50 % tienen menos de un año laborando en el área de triage, lo que significaría un alto grado de rotación en ese servicio.

3.6.2. CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRIAGE DE MANCHESTER

5.- Conoce usted cuál es la diferencia entre los términos Urgencia y Emergencia?

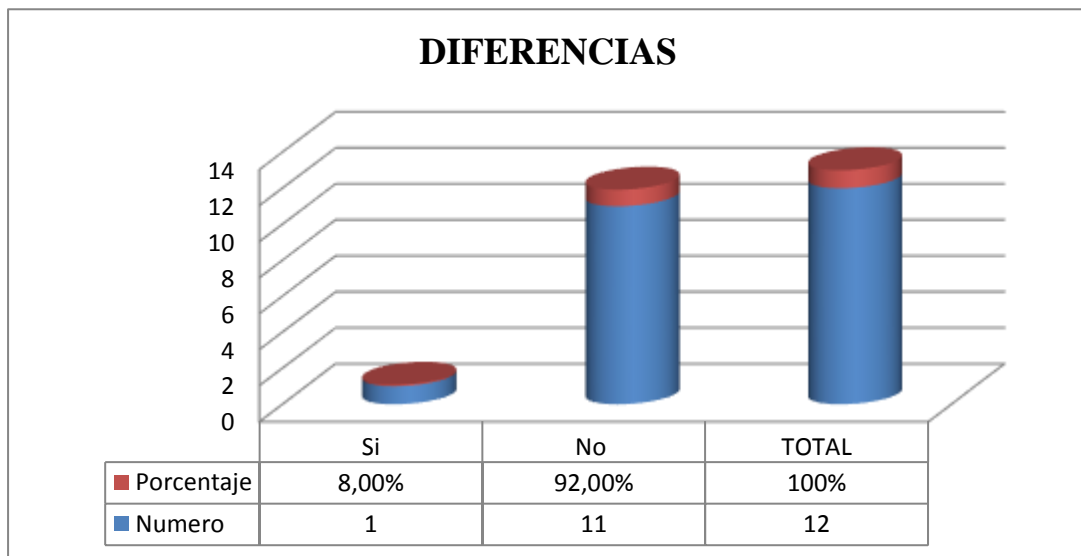
Tabla N° 5

Opciones	Número	Porcentaje
Si	1	8,00 %
No	11	92,00%
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 10



Fuente: Tabla 5

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

De las encuestas realizadas a 12 Enfermeras se analizó que 11 enfermeras que corresponden al 92% no saben diferenciar entre los términos de emergencia y urgencia, lo cual habla del conocimiento teórico del área específica de su trabajo.

6.- Conoce usted qué es el Sistema o modelo de Manchester?

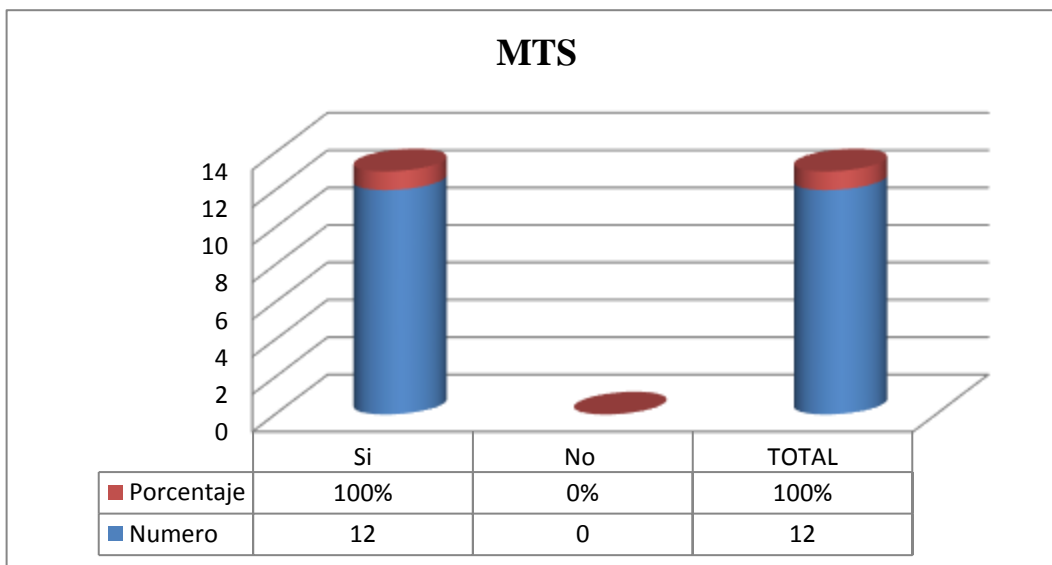
Tabla N° 6

Opciones	Número	Porcentaje
Si	12	100 %
No	0	0,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 11



Fuente: Tabla 6

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

Este dato se debe considerar como favorable, pues todas las enfermeras dicen conocer que es el Sistema de Triage de Manchester (MTS), lo cual puede interpretarse como un aspecto favorable para su desempeño.

7.- En qué consiste el sistema de Triage de Manchester?

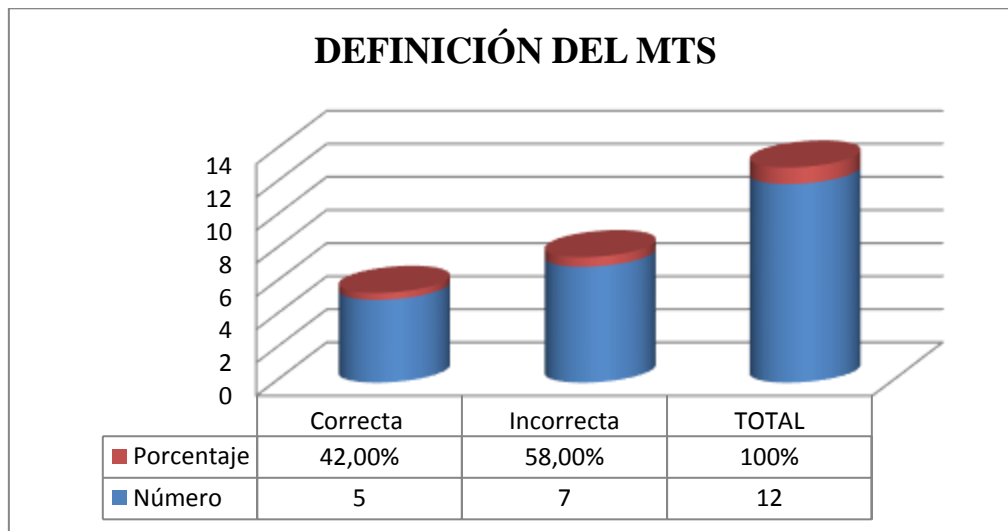
Tabla N° 7

Respuesta	Número	Porcentaje
Correcta	5	42,00 %
Incorrecta	7	58,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 12



Fuente: Tabla 7

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

Se debe resaltar que si bien, el 100% de las encuestadas dice conocer el MTS, únicamente 7 de cada 12 contestó de manera incorrecta a la pregunta de comprobación sobre en qué consiste el MTS.

8.- La teoría mencionó que el Triage tiene 8 funciones, mencione las que conozca.

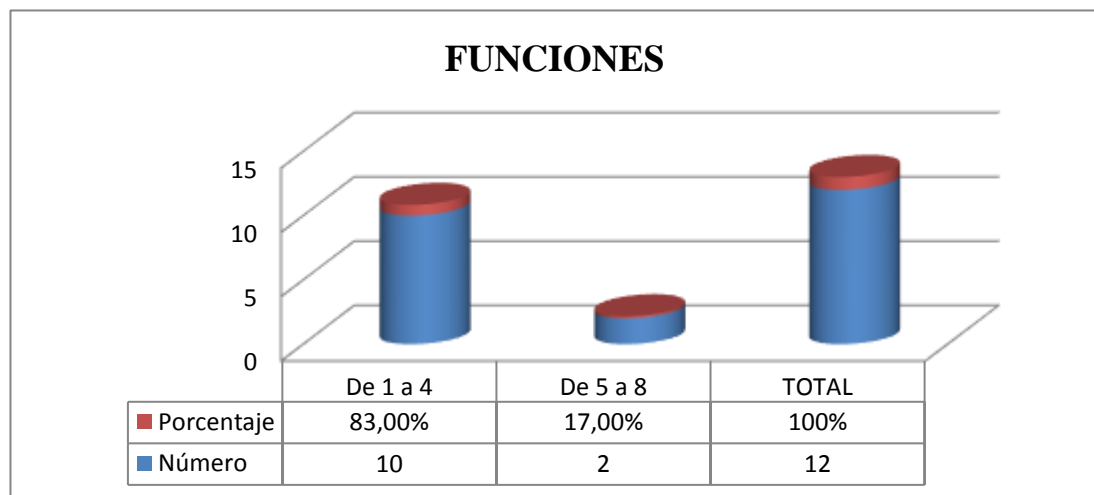
Tabla N° 8

Funciones en Triage	Número	Porcentaje
De 1 a 4	10	83,00 %
De 5 a 8	2	17,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 14



Fuente: Tabla 8

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

De las encuestas realizadas a las 12 Enfermeras se analizó que 10 enfermeras que corresponden a un 83% conocen menos de 4 funciones de triage mientras que 2 enfermeras que corresponden a un 17 % conocen en si las 8 funciones de triage, lo cual influye negativamente en su ámbito práctico laboral.

9.- Conoce usted sobre el nivel de atención de prioridad en el servicio de emergencia?

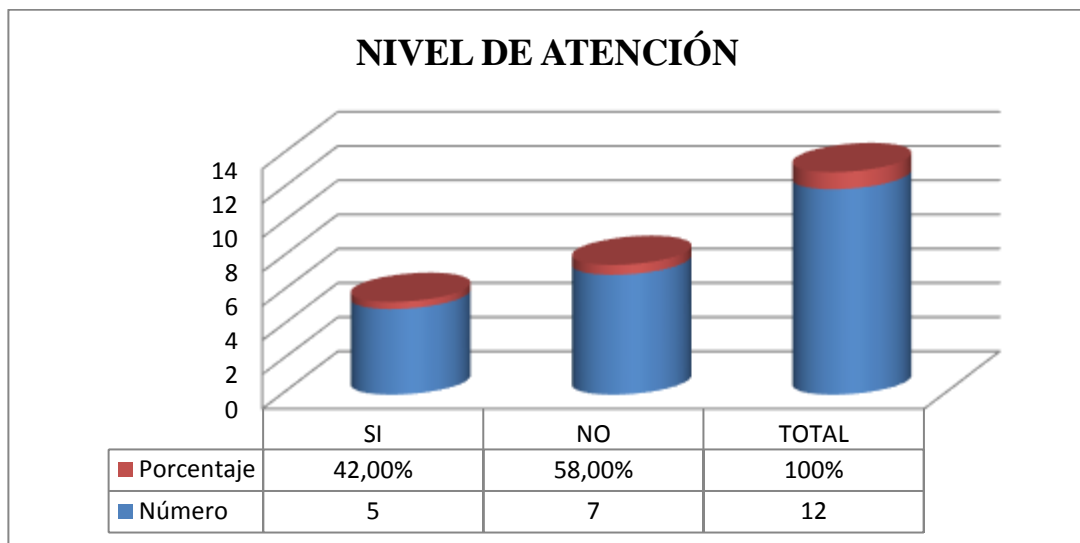
Tabla N° 9

Funciones en Triage	Número	Porcentaje
SI	5	42,00 %
NO	7	58,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 15



Fuente: Tabla 9

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

De las encuestas realizadas a las 12 Enfermeras, se analizó que 7 enfermeras que representan el 58% que es un porcentaje elevado tiene dificultad en los niveles de prioridad en la atención al usuario y es un problema en el área de triage y para la salud del paciente, por no ser clasificados de acuerdo a su color, patología y los tiempos de espera para ser atendidos.

10.- Conoce usted los tiempos de atención en el Triage de Manchester?

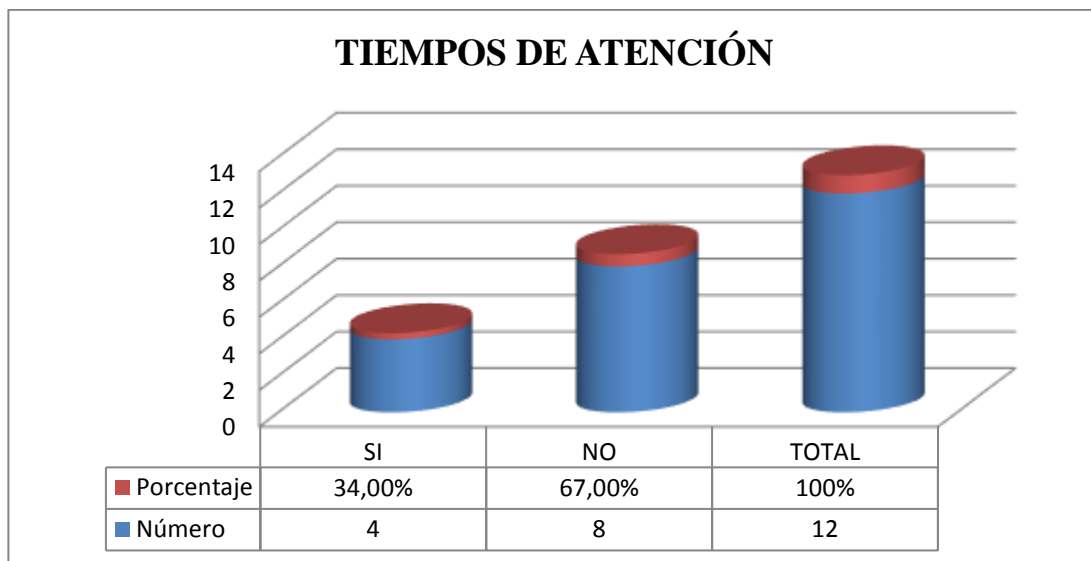
Tabla N° 10

Funciones en Triage	Número	Porcentaje
SI	4	34,00 %
NO	8	67,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 16



Fuente: Tabla 10

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

De las encuestas realizadas a las 12 Enfermeras sobre el MTS se analizó que 8 Enfermeras que representan el 67%, que es un porcentaje elevado responden que no conocen sobre los tiempos de atención en el Triage, siendo un problema en la acumulación de pacientes en el área, por los tiempos de espera y por no ser atendidos de manera inmediata de acuerdo a la situación del paciente.

11. Conoce usted si se aplica el Triage de Manchester en el Servicio de Emergencia?

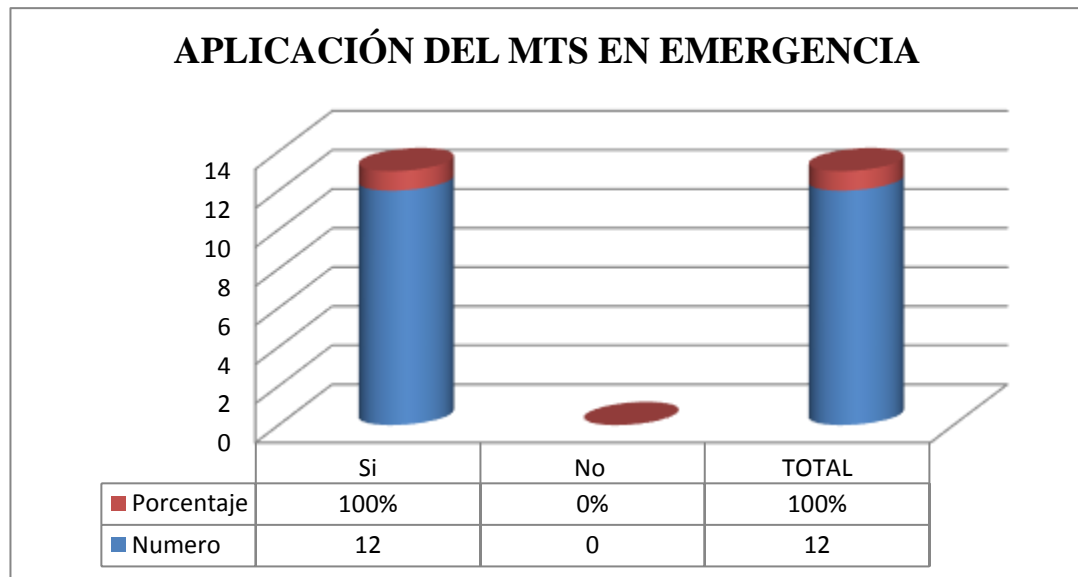
Tabla N° 11

Opciones	Número	Porcentaje
Si	12	100 %
No	0	0,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 17



Fuente: Tabla 11

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

Todas las encuestadas saben que en el servicio de emergencia se aplica el MTS, lo que es un aspecto favorable pues tiene un adecuado marco teórico de acción en su trabajo.

12. Conoce usted desde cuándo se aplica el proceso de Triage en este Hospital?

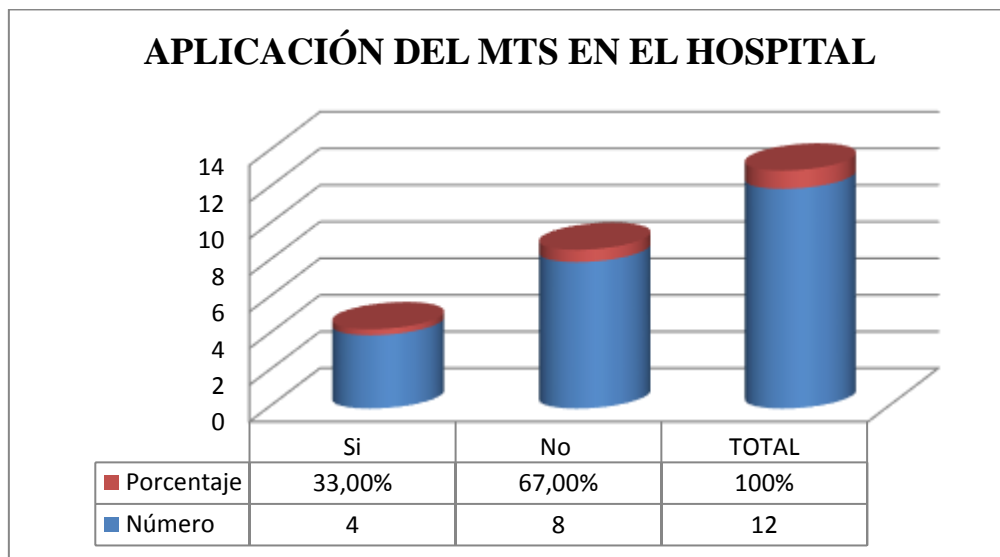
Tabla N° 12

Opciones	Número	Porcentaje
Si	4	33,00 %
No	8	67,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 18



Fuente: Tabla 12

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

De las encuestas realizadas a las 12 enfermeras se analizó que 8 enfermeras que corresponden al 67% no conocen desde cuando se aplica el proceso de triage en el hospital, ya que esta información implicaría, que no hay una adecuada difusión y socialización del área en la que prestan sus servicios, y lo ideal sería que el 100% del talento humano conozca todo lo relacionado con su sitio de trabajo.

13.- Conoce qué son los discriminadores en Triage de Manchester?

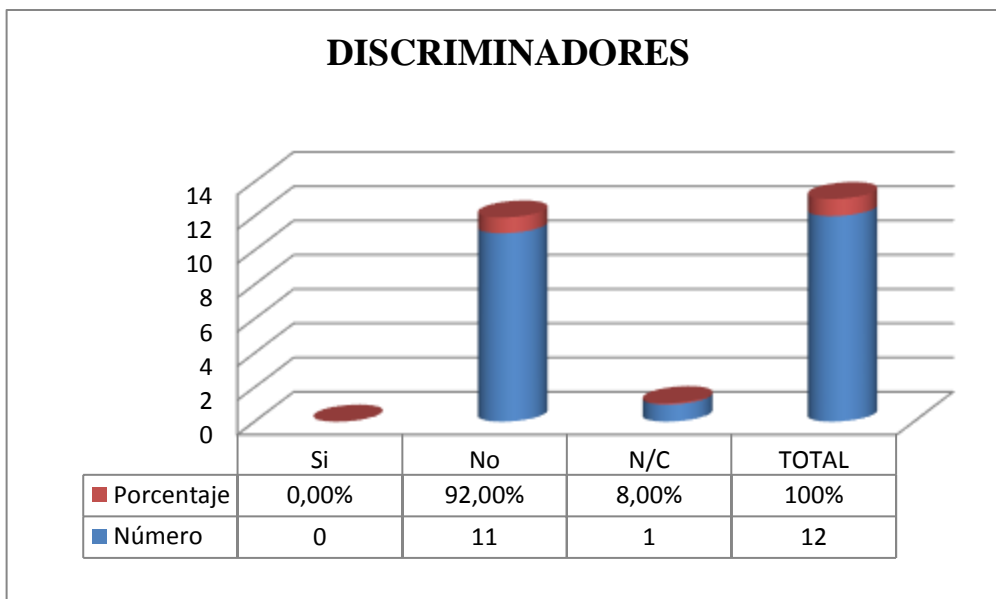
Tabla N° 13

Opciones	Número	Porcentaje
Si	0	0,00 %
No	11	92,00 %
N/C	1	8,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 19



Fuente: Tabla 13

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

De las encuestas realizadas a 12 enfermeras se analizó que 11 enfermeras que corresponden a un 92% se manifiesta que hay un desconocimiento total de aspectos teóricos del Triage, pues ninguna de las encuestadas conoce uno de los elementos que componen el flujo del Triage.

14.- Ha recibido capacitaciones sobre el Triage de Manchester?

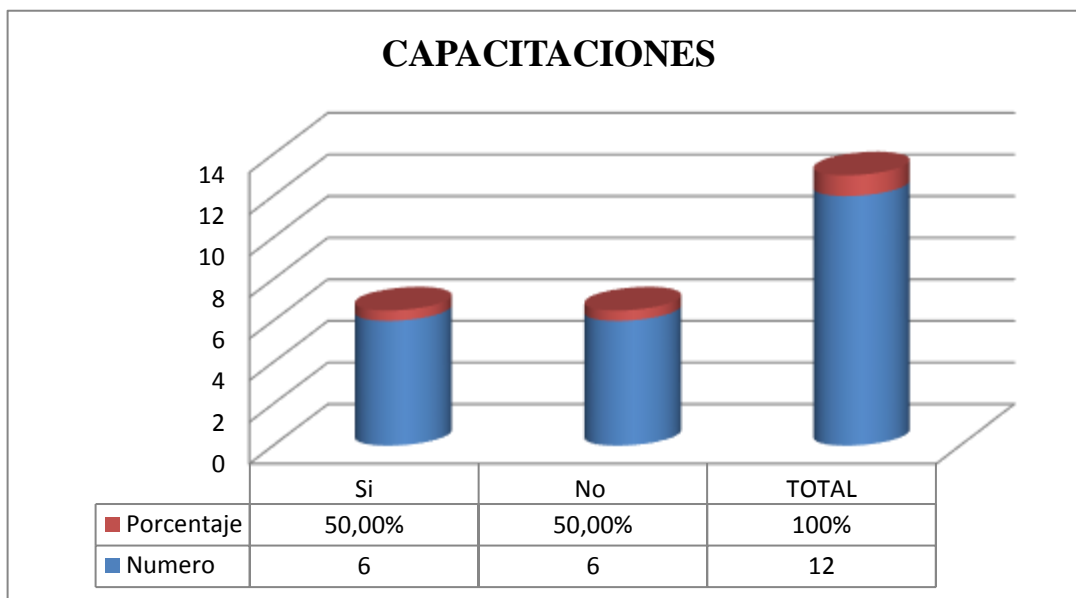
Tabla N° 14

Opciones	Número	Porcentaje
Si	6	50,00 %
No	6	50,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 20



Fuente: Tabla 14

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

Esta información también refleja que no hay una adecuada gerencia del servicio, pues la mitad de las encuestadas no ha recibido capacitación en el ámbito específico de las labores de Triage, lo cual incidiría en la calidad de la atención.

15.- Qué duración en promedio ha tenido cada evento de capacitación?

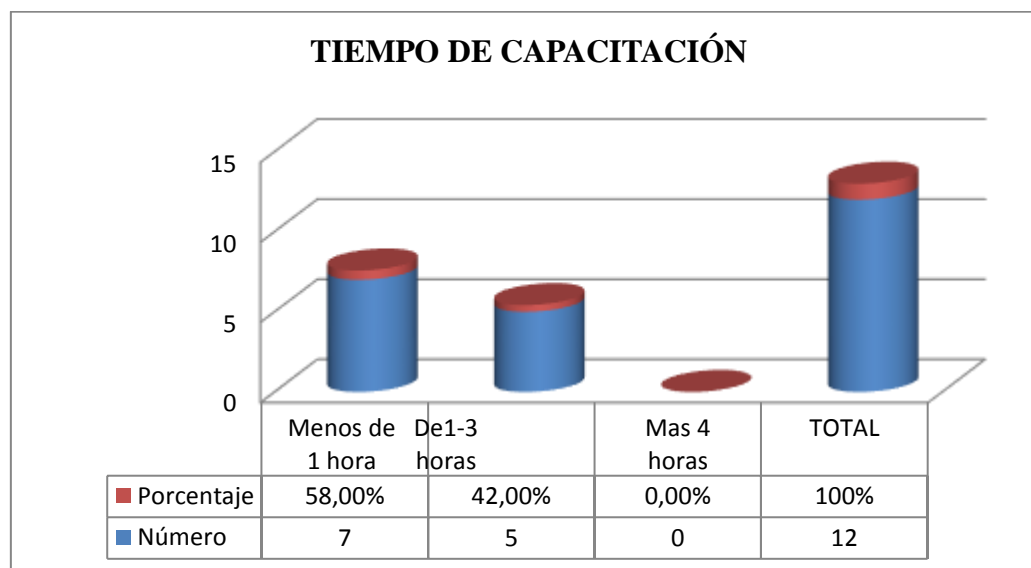
Tabla N° 15

Tiempo	Número	Porcentaje
Menos de 1 hora	7	58,00 %
De 1- 3 horas	5	42,00 %
Mas 4 horas	0	0,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 21



Fuente: Tabla 15

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

Esta información refleja que no se ha dado una real importancia a la capacitación, pues dichos eventos, en el mejor de los casos han durado menos de 1 hora, y por lo tanto no existe una política de capacitación sistematizada de mediana o larga duración.

16.- Hace qué tiempo recibió la última capacitación sobre el MTS?

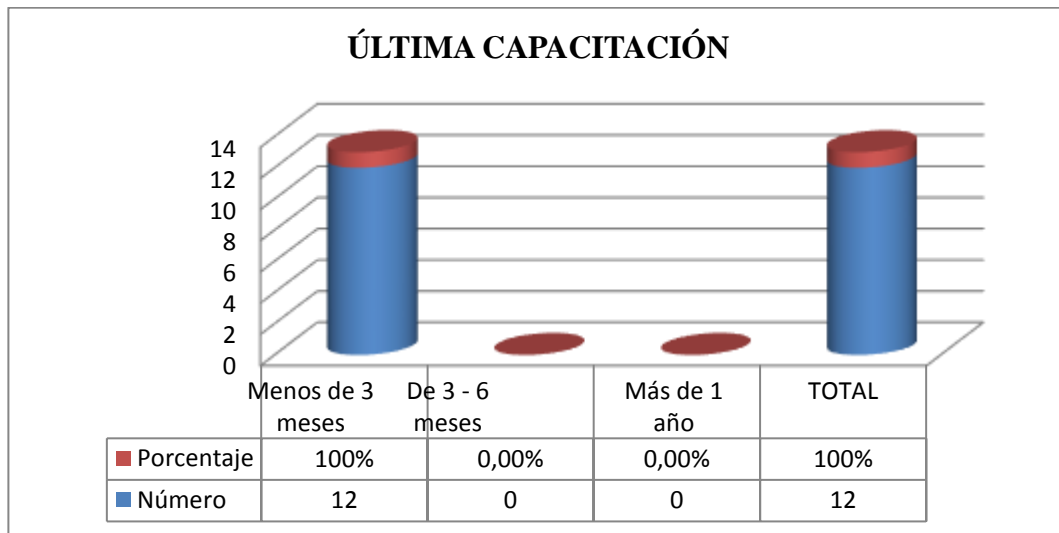
Tabla N° 16

Tiempo	Número	Porcentaje
Menos de 3 meses	12	100%
De 3 - 6 meses	0	0,00 %
Más de 1 año	0	0,00 %
TOTAL	12	100 %

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 22



Fuente: Tabla 16

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

Todas las enfermeras que fueron capacitadas, han recibido la misma capacitación en tiempo reciente, lo que debe entenderse como actividad de inducción al personal recién asignado.

3.6.3. TABULACIÓN DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

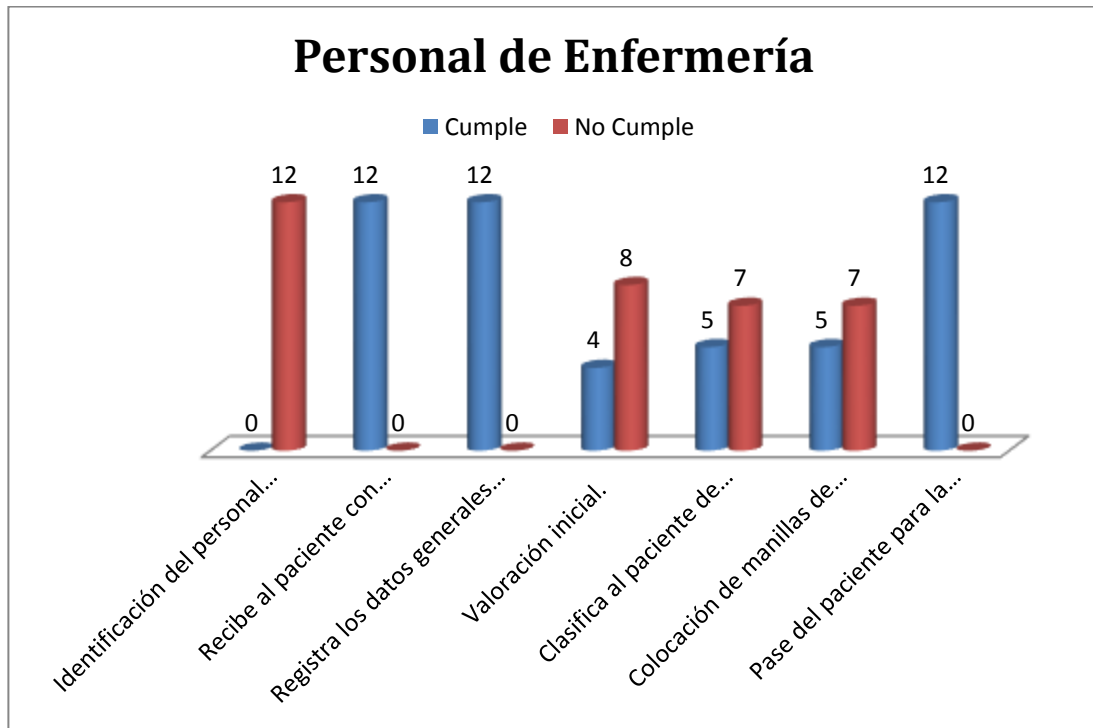
Tabla N° 17 Ficha de Observación aplicada al Personal Profesional de Enfermería

PROFESIONAL	Detalle	Cumple		No Cumple		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
ENFERMERAS	Identificación del Personal de Enfermería al paciente	0	0	12	100	12	100
	Recibe al paciente con amabilidad.	12	100	0	0	12	100
	Registra los datos generales del paciente en el sistema	12	100	0	0	12	100
	Valoración inicial -Signos Vitales. -Escala de Glasgow -Manifestaciones clínicas.	4	34	8	67	12	100
	Clasifica al paciente de acuerdo a la gravedad y urgencia del caso.	5	42	7	58	12	100
	Colocación de manillas de colores de acuerdo a la prioridad de la atención según el Triage de Manchester	5	42	7	58	12	100
	Pase del paciente para la valoración por el médico de acuerdo a la prioridad de atención.	12	100	0	0	12	100

Fuente: Guía de Observación en el área de Triage del hospital Básico IEES Guaranda

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Gráfico N° 23



Fuente: Tabla 17

Elaborado por: Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana IRE- UEB.

Análisis e Interpretación

De acuerdo con las actividades establecidas dentro del Algoritmo en la aplicación del Triage de Manchester, se evidencia que el Personal Profesional de Enfermería no cumple al 100% la Identificación del Personal al paciente, mientras que un 67% no realizan la Valoración inicial (Signos vitales, Escala de Glasgow, Manifestaciones clínicas.) y un 58% no realizan Colocación de manillas de colores de acuerdo a la prioridad del atención según el Triage de Manchester, siendo un factor negativo para la atención inmediata al paciente impidiendo la comodidad y confort. Por esta razón el no cumplir con una de las actividades establecidas en el Algoritmo, indica que no existe calidad de atención al paciente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

OBJETIVOS	LOGROS ALCANZADOS
1. Verificar el cumplimiento de las actitudes procedimentales, en la aplicación del Algoritmo del Sistema de Triage de Mánchester (MTS), por el Personal Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia.	1. A través de la Guía de Observación al Personal de Enfermería, se verifica el cumplimiento de las actitudes procedimentales del Algoritmo de Triage de Manchester, detectando que no todo el talento humano responsable del Triage toma la decisión correcta al momento de la derivación de los pacientes
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre la guía práctica clínica del Triage de Manchester por el personal profesional de enfermería.	2. Se identificó mediante la encuesta y la observación, el grado diferencial que corresponde a un 58% sobre el conocimiento teórico - práctico que posee, en las encuestadas en aspectos básicos del sistema de Triage de Mánchester. (MTS).
3. Elaborar el plan de capacitación y reforzamiento de conocimientos para el personal profesional de enfermería en la aplicación del Triage de Manchester.	3. Se dejó planteado y propuesto un plan de capacitación en el manejo de los usuarios que son objetos de Triage, acorde las Normas del sistema de Triage de Mánchester. (MTS).

4.1. Logro alcanzado objetivo 3

**PLAN DE CAPACITACIÓN
HOSPITAL IESS GUARANDA
DR. HUMBERTO DEL POZO SALTOS.
SERVICIO DE EMERGENCIA
AREA DE TRIAGE**



TEMA:

**CONOCIMIENTO DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIAGE DE
MANCHESTER POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO IESS
GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO MAYO -
OCTUBRE 2017.**

AUTORAS:

Arévalo Pachala Lesly Jomayra

Quinatoa Chasi Liliana Piedad.

TUTOR:

DR. René Bracho Irausquín.

GUARANDA - ECUADOR

2017

INTRODUCCIÓN

La presente capacitación está enfocada al fortalecimiento de las bases teóricas y la capacidad operativa procedimental del triage aplicando el sistema Manchester MTS en el manejo de la educación al Personal Profesional de Enfermería sobre el Conocimiento de La Guía Práctica Clínica del Triage de Manchester.

El Triage de Manchester es un proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes según al grado de gravedad de su salud y prioriza la asistencia de los mismos garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente.

La disponibilidad de un sistema de Triage de Manchester estructurado, es una medida fundamental para mejorar la calidad de los servicios de urgencias y emergencias, proteger a los pacientes aumentando la satisfacción de los usuarios, optimizando recursos y evitando demoras en la atención de aquellos pacientes que presentan mayores riesgos.

El plan de capacitación se realiza con el interés de orientar y actualizar conocimientos al personal profesional de enfermería sobre el Triage de Manchester por tanto se mejore la atención inmediata a los usuarios en correspondencia de la clasificación de colores.

La educación no es educación es capacitación al personal se realiza mediante la guía práctica clínica, normas y protocolos para la atención en el Triage de Manchester, dentro de ello comprendido de un flujograma que describe la ruta del paciente de acuerdo a las prioridades de atención brindada.

Cabe mencionar que las enfermeras con frecuencia son responsables de la clasificación inmediata y la evaluación inicial de los pacientes mediante la escala de Glasgow nos permite valorar el nivel de conciencia de las personas evaluando tres criterios primordiales: respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

Por tanto, un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de Triage, que clasifica al paciente en 52 motivos diferentes entre ellos discriminan a los pacientes con la misma sintomatología, entre el nivel II y el III: Signos vitales anormales, y dispone de una guía clínica de evaluación el dolor en el Triage que permite objetivar los valores que los pacientes manifiestan.

JUSTIFICACIÓN

En el Hospital Básico IESS Guaranda en el Servicio de Emergencia se realizó la guía de observación y la encuesta al Personal Profesional de Enfermería, donde se comprobó que existen ciertas falencias y desconocimiento de elementos teóricos y procedimentales en la aplicación del sistema de Triage de Manchester (MTS).

Por tanto, es importante realizar este Plan de Capacitación ya que, mediante los núcleos de contenido contemplados, se pretende mejorar la capacidad de respuesta al paciente al aplicar adecuadamente los protocolos de dicho sistema de triage.

El contenido establecido capacitaremos al personal profesional de enfermería sobre el Triage de Manchester y con esto llevaremos a que las Enfermeras brinden una atención con calidad y calidez y se pueda clasificar correctamente a los pacientes así evitando complicaciones y demoras en el área de Triage.

Con las funciones de la Enfermera en el área de Triage se evitará las muertes y complicaciones en la vida de los pacientes y se brindará una correcta atención para así disminuir las quejas de los mismos por una incorrecta clasificación, mejorando así el área de Triage, ya que con los niveles de prioridad se clasificarán en atención a lo establecido en la normativa existente por colores a los pacientes desde los que presentan patologías más graves a patologías moderadas.

OBJETIVOS:

❖ General

- Fortalecer la capacidad del manejo del MTS, y consecuentemente mejorar la calidad de atención en el servicio de emergencias.

❖ Específicos:

- Conocer y aplicar los protocolos del sistema de Triage de Manchester (MTS), en forma adecuada
- Mejorar la atención del paciente en el área de Triage de Manchester con conocimientos recibidos sobre la capacitación.
- Desarrollar una valoración rápida y ordenada evitando la saturación de los pacientes en el área de Triage de Manchester.

CONTENIDO.

ANTECEDENTES

El término triage o triage es un neologismo que proviene de la palabra francesa trier que se define como escoger, separar o clasificar. Desde que este término comenzó a utilizarse en las batallas napoleónicas persiste como concepto de clasificación o priorización de la atención urgente de pacientes.

Paralelamente, en esta década se ha asistido a una transformación profunda de los servicios de urgencias hospitalarios con cambios estructurales, organizativos y funcionales para adaptarse a esta situación, siendo el sistema de triage hospitalario uno de los puntos clave en dichas modificaciones. (W. Soler, 2010)

DEFINICIÓN:

Proviene del término francés triage que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar”. Es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. (Reyes Flores, 2012)

FUNCIONES DEL TRIAGE:

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

8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio. (W. Soler, 2010)

TIPOS DE TRIAGE:

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

Triage Estructurado

Se lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles. En este momento existen 5 sistemas de triage estructurado:

-ATS (Australian Triage Scale), Escala australiana de triaje.

- La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), Escala de triage y Agudeza del Departamento de Emergencias de Canadá

-MTS (Manchester Triage Scale), Sistema de Triage de Manchester.

-ESI (Emergency Severity Index) El Índice de Severidad de Emergencia

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 Médico: es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.

Triage en Equipo: la enfermera y el médico funcionan como un equipo, en nuestro medio, se utiliza las modalidades de triage médico, el triage no profesional y el triage básico realizado por la enfermera profesional. Con disponibilidad de

enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas con este recurso. (Velandia Escobar, 2012)

NIVELES DE PRIORIZACIÓN

PRIORIDAD I: Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata, incluyendo pacientes con dolor extremo.

PRIORIDAD II: Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación

PRIORIDAD III: Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación. . (IESS-Guaranda, 2013)

NIVELES DE ATENCIÓN

- **Nivel II:** Situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

- **Nivel III:** Urgente pero estable hemodinámica mente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

- **Nivel IV:** Urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.

- **Nivel V:** No urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citas, etc. Demora de hasta 240 minutos.

SIGNOS Y SINTOMAS

Nivel I (Rojo)

- Trauma mayor
- Estado de shock
- Insuficiencia respiratoria grave
- Estado mental alterado (inconsciente/delirando)

Nivel II (Naranja)

- Trauma craneal
- Reacción alérgica severa
- Dolor abdominal
- Asma severa
- Dificultad en respirar
- Sangrado vaginal agudo, signos vitales alterados
- Vómitos y Diarrea.

Nivel III (Amarillo)

- Traumatismo craneal, alerta, vómitos
- Abuso-negligencia-agresión
- Signos de infección
- Leve - moderado asma
- Sangrado gastrointestinal con signos vitales normales
- Escala de dolor 8-10/10 con daños menores

Nivel IV (Verde)

- Traumatismo
- Dolor abdominal (agudo)
- Dolor de oído
- Dolor torácico, trauma menor o músculo-esquelético

- Reacciones alérgicas (menor)
- Síntomas de IVU.
- Dolor de cabeza (No migraña, no súbito)

Nivel V (Azul)

- Traumatismo menor.
- Dolor de garganta, sin síntomas respiratorios
- Diarrea (sin deshidratación)
- Vómitos, estado mental normal, (sin deshidratación)
- Alteraciones menstruales
- Síntomas menores
- Dolor abdominal (crónico). (W. Soler, 2010)

MODELOS DE SISTEMA DE TRIAGE

Se describe de manera esquemática las características de los dos sistemas de triage con mayor implantación en España, el SET y el MTS. (Sánchez Bermejo, Gomez Jimenes, 2013)

Sistema Español de Triage (SET)

Gómez Jiménez y colaboradores desarrollan en junio de 2000, en el Hospital Nuestra Señora de Andorra, un nuevo sistema de triage estructurado denominado, que nace de una adaptación conceptual y convierte una escala basada en categorías sintomáticas con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en formato electrónico. (Sánchez Bermejo, Gomez Jimenes, 2013)

Sus principios fundamentales son:

- Modelo de triage de enfermería no excluyente, que prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento.

- Integrado en un sistema de mejoría continúa de la calidad, con seguimiento de indicadores de calidad en el triage.

- Debe integrarse en un modelo global de historia clínica electrónica.

SISTEMA TRIAGE DE MANCHESTER (MTS)

Este modelo clasifica al paciente que llega al servicio de urgencias en 52 motivos diferentes según signos y síntomas, con discriminantes y en cada motivo se despliega un árbol de preguntas cuya contestación es de si/no. Tras estas 3 o 4 preguntas clasifica al paciente en 5 categorías, cada una se traduce con un color y un tiempo máximo de atención.

Esta clasificación permite priorizar al paciente en función de la gravedad, este sistema de triage facilita información clara al usuario sobre su estado general y el tiempo máximo de espera, brindando eficiencia y eficacia al paciente, se crea así el primer contacto con el paciente y se da una respuesta clara a su petición.

Su clasificación se basa en los signos observados por el personal de enfermería y en los síntomas expresados por el paciente, que los agrupan según los discriminadores generales clasificadas en: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura aplicando a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación. (Gonzales Romero, 2011).

Discriminantes y escalas de gravedad

Un discriminante es un factor que permite diferenciar el grado de urgencia entre niveles de triage. El SET (Sistema Español de Triage) utiliza:

- Constantes: discriminan a los pacientes con la misma sintomatología, entre el nivel II y el III (temperatura, presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, Glasgow).
- Signos vitales anormales (estado de la piel, estado del pulso radial, frecuencia y profundidad respiratoria y somnolencia o confusión).

- Dolor: el SET dispone de una guía clínica de evaluación el dolor en el triage que permite objetivar los valores que los pacientes manifiestan. (W. Soler, 2010)

MÉTODO (RAC):

Definición

Es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes desde la óptica asistencial por niveles de gravedad y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias. (Rivera, 2014)

Clasificación

- Recepción y acogida.
- Valoración.
- Clasificación.
- Distribución.

Recepción

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

Valoración primaria:

- Declaración del problema
- Reconocimiento inmediato de signos vitales
- Valoración riesgo vital
- Actuación inmediata.

Acogida

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

asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud. (Hernansanz Iglesias, Clavería Fontán,, 2012)

Valoración

La Licenciada/o Enfermera/o de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente, en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe. (Muyulema Muyulema, 2017)

Clasificación

El Triage de Enfermería se establecerá siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y hacer diferencia cuando es:

- Emergencia.
- Urgencia.
- No Calificada.

Emergencia: Acontecimientos que ponen en peligro la vida de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro de los primeros 10 minutos a su llegada a Emergencia.

Motivos:

- Paro cardiorrespiratorio presenciado.
- Pérdida del estado de alerta.
- Focalización neurológica.
- Pérdida aguda de la visión.
- Dificultad respiratoria aguda
- Dolor torácico.

Urgencia: Paciente que puede deteriorarse, obteniendo a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda

presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos.

Motivos:

- Cefalea sin signos neurológicos.
- Obstrucción de la vía aérea incompleta.
- Dificultad respiratoria moderada.
- Dolor abdominal agudo.
- Deshidratación moderada.

No Calificada: Paciente que no pone en peligro su vida, no existe un tiempo límite para su atención debe ser clasificado a la sala de espera del área de emergencia.

Motivo

- Cefalea leve.
- Contusiones menores
- Contusiones no recientes.
- Pacientes recomendados.

Distribución.

En la clasificación del paciente la Enfermera Triagista debe estar preparada para satisfacer en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará al paciente. (Muyulema Muyulema, 2017)

Por lo tanto debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio:

- Qué áreas están más saturadas.
- La presión asistencial.
- La cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados.

En base a estas situaciones tomará sus decretos, aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya otorgado en el triage. (Muyulema Muyulema, 2017)

FORMAS DE APLICACIÓN DE TRIAGE

El proceso de triage se puede llevar a cabo con diferentes sistemas de triage, por distintos profesionales, en diversos ámbitos, e incluso con soportes variados para ello, admitiendo matices. (Muyulema Muyulema, 2017)

Los principales soportes de triage son:

- **En Hoja de Registro (Papel).**

Este soporte actualmente ya no se usa, salvo en lugares donde existen la posibilidad de contar con un software informático por barreras medio ambientales o físicas, o bien no se dispone de medios económicos para ello.

- **Computarizado.**

Este sistema es el más utilizado, se ha demostrado que se acorta el tiempo empleado en el proceso de triage, para los profesionales es el mejor método porque mejora el ambiente de trabajo, y el Triage se realiza con mayor fluidez disminuyendo los tiempos de interrupción. (Cobo Barquín, 2012)

UBICACIÓN DE LA UNIDAD DE TRIAGE

Espacio físico propio

Equipado con el material básico

Buena comunicación tanto con la:

- Sala de espera
- Consultorios 1,2
- Exploración
- Emergencia

EQUIPO BÁSICO EN EL TRIAGE.

Para llevar a cabo el método de Triage de Manchester de una manera óptima y eficiente, basándose en las prioridades de atención y la posibilidad de la estabilidad del paciente, actualmente se dispone de acuerdo a las necesidades terapéuticas.

Además, esta consulta está dotada al menos con los siguientes elementos:

- Camilla.
- Mesa.
- 2 sillas.
- Esfigmomanómetro.
- Pulsioxímetro.
- Termómetro.
- Computadora
- Bandas de colores
- Balanza

POLÍTICAS DE TRIAGE DE MANCHESTER

Se debe realizar Triage a todos los pacientes que soliciten atención por urgencias o consulta prioritaria.

La clasificación se debe hacerlo dentro del tiempo establecido (antes de 15 minutos de la recepción del paciente). Solo deberán realizar Triage los médicos, enfermeras profesionales o personal de salud capacitado que hayan recibido entrenamiento para ello durante al menos 8 horas teórico – práctico.

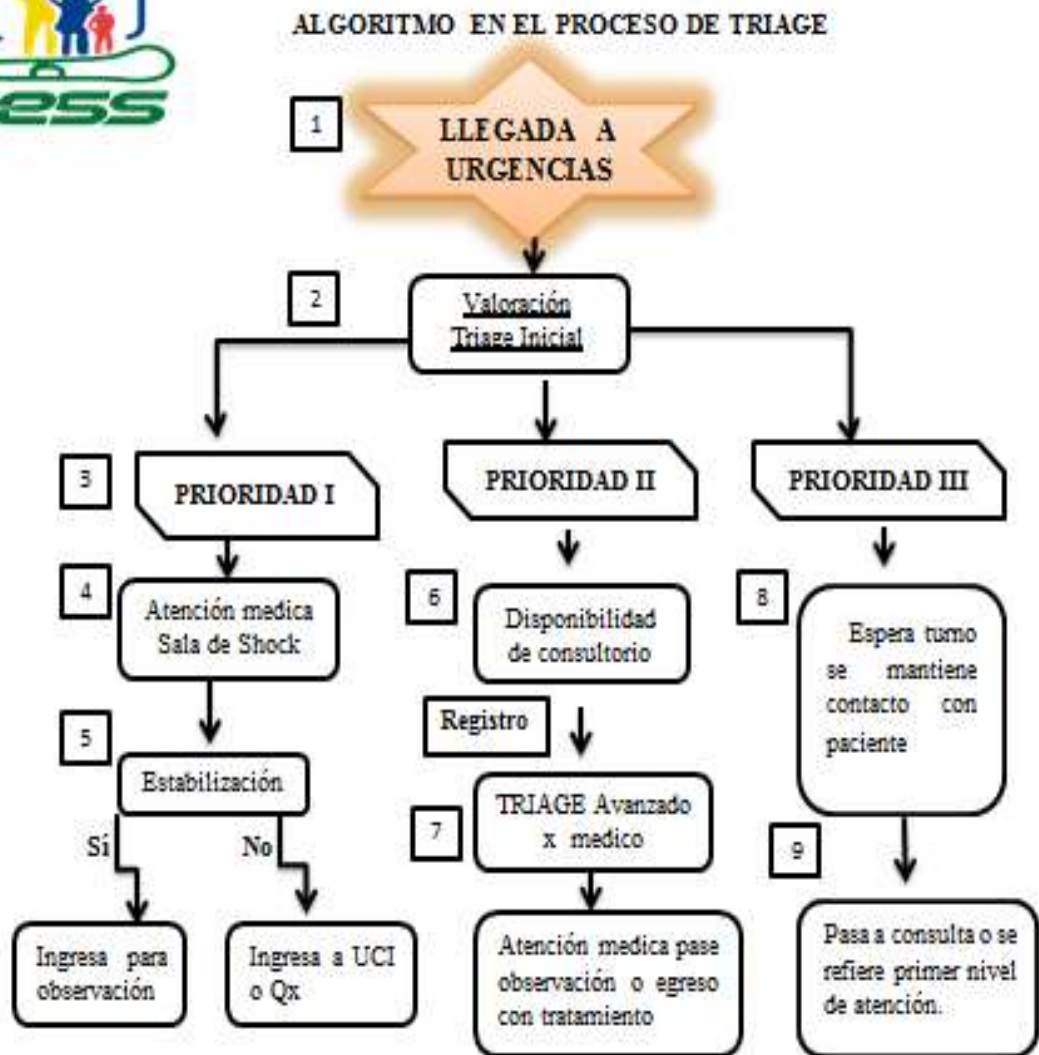
En ningún momento se podrá delegar el Triage en vigilantes, auxiliares de Enfermería ni otro personal diferente a médicos. El tiempo de clasificación debe ser entre 4y 5 minutos por paciente, no debe convertirse en una consulta rápida e incompleta ya que esto aumenta el tiempo de Triage y lleva a fallos en la atención e insatisfacción del paciente.

El centro de salud debe realizar un proceso de calificación semestral mediante evaluaciones teóricas a estos profesionales.

A los pacientes que llegan remitidos de otros centros de atención se les realizará Triage de manera inmediata y, una vez clasificados, se pasarán directamente a la sala de observación para ser atendidos en el tiempo pertinente de acuerdo a su nivel de clasificación. Por ningún motivo los pacientes remitidos deben ser dejados en sala de espera. (Cabeza Fernández, 2015)

ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE TRIAGE

La estandarización del paciente el algoritmo que describe la ruta del paciente de acuerdo con la prioridad de atención; el responsable de la atención y las actividades.



ELABORADO POR: LIC CECILIA LIMACHE

(Limache, 2015)

LA ENFERMERA DE TRIAGE

La enfermera de urgencias es aquella que somete al paciente a un triage (RAC) determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales, por tanto, la práctica de la enfermera de triage comprende la valoración, diagnóstico y al tratamiento de la respuesta humana a los problemas presentados por el paciente.

El papel de la enfermera de triage es valorar al paciente en busca de signos y síntomas que puedan comprometer su vida con la ayuda de una estimación del número de recursos y que el paciente necesitara para ser tratados de acuerdo a la gravedad de su patología y pacientes que no necesitan de una atención inmediata pero se encuentran en el área de triage para que sean atendidos sin importar la situación de paciente. (Cabeza Fernández, 2015)

Características

Los rasgos personales de la enfermera son caracterizados de la siguiente manera:

- Habilidades de comunicación
- Estabilidad emocional
- Empatía
- Flexibilidad
- Habilidades interpersonales
- Habilidades por resolver problemas
- Respuesta rápida
- Respeto
- Trabajo en equipo
- Bases éticas
- Autonomía
- Confidencial

CRONOGRAMA PARA EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DEL PLAN DE CAPACITACIÓN

TRIAGE DE MANCHESTER.				
TEMA: Fortalecimiento de la capacidad de atención en emergencia aplicando el sistema de Triage de Manchester				
TEMA: -Antecedentes del sistema de Triage de Manchester				
FECHA	HORA	LUGAR	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
04/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	- Exposición sobre el tema. - Intercambio de ideas
TEMA: -Funciones de Triage de Manchester				
04/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	- Socializar el tema explicado -Lluvias de ideas
TEMA: -Tipos de Triage de Manchester				
04/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	- Exposición sobre el tema tratado. - Simulación de cómo se realiza el triage.

TEMA: -Niveles de Priorización				
-Niveles de Atención				
11/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	-Preguntas realizadas al personal - Cuestionario de preguntas a realizarse.
TEMA: -Modelos de Sistema de Triage de Manchester.				
-Discriminantes y escalas de gravedad.				
11/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	- Mesa redonda - Lluvias de ideas
TEMA: Procedimiento de Triage (Método de Recepción Acogida y Clasificación del usuario)				
11/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	- Se analiza el tema mediante el tratado - Intercambió de ideas - Reflexión del tema a tratar

TEMA: -Formas de aplicación de Triage de Manchester.				
18/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo LeslyI/E Quinatoa Liliana	-Evaluar los resultados mediante el conocimiento de la enfermera. - Conocer los equipos básicos que se encuentran en el área de Triage.
TEMA: - Ubicación de la Unidad de Triage de Manchester - Equipo básico en el Triage de Manchester				
18/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E. Arévalo Lesly I/E. Quinatoa Liliana	-Socialización sobre el tema. -Preguntas al personal profesional. -Intercambio de ideas.
TEMA: Políticas del Triage de Manchester				
18/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	- Mesa redonda. - Evaluar conocimientos sobre las políticas del triage.
TEMA: Algoritmo del proceso de Triage de Manchester.				
25/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	- Mesa redonda. - intercambio de ideas. - Evaluar los resultados

TEMA: La Enfermera de Triagista y sus Características.				
25/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	-Socializar el flujograma del triage. - Preguntas al personal.
TEMA: Conclusiones y Recomendaciones				
25/08/2017	12:00am a 13:00 pm	Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda.	I/E Arévalo Lesly I/E Quinatoa Liliana	- Lluvias de ideas - Analizar las recomendaciones

Fuente: Cronograma de actividades de Triage de Manchester

Elaborado por: Lesly Arévalo y Liliana Quinatoa

CONCLUSIONES:

- Se concluye que mediante el plan de capacitación para el Personal Profesional de Enfermería sobre el Triage de Manchester se fortalecerá la aplicación técnica del MTS en la atención de calidad y calidez así mejorando la satisfacción del paciente ya que es un elemento muy importante para clasificarlos de acuerdo a la realización del Triage.
- El área de Triage ha sido destinada para clasificar a los pacientes correctamente, de acuerdo a los niveles de gravedad de su patología y de acuerdo a los tiempos de espera, recibiendo una atención rápida y eficaz.

RECOMENDACIONES:

- El personal de enfermería que atiende el triage, debe realizar pasantías en hospitales de mayor complejidad
- Capacitar al Personal de Enfermería para el uso correcto de clasificación de pacientes de acuerdo a la gravedad de su patología.
- El paciente debe ser atendido por el personal de enfermería capacitado para que sea clasificado correctamente y con los conocimientos actualizados, habilidades y destrezas que cumple el Personal Profesional de Enfermería.

CAPITULO V

MARCO ADMINISTRATIVO

RECURSOS

➤ Talento Humano

➤ Autoras Proyecto de Titulación:

- Arévalo Pachala Lesly Jomayra.
- Quinatoa Chasi Liliana Piedad.

➤ Director del Proyecto de Titulación:

- Dr. René Bracho Irausquín

➤ Recursos Institucionales

- Hospital básico IEES Guaranda

➤ Recursos Tecnológicos

- Laptop
- Pendrive
- Celular
- Calculadora

➤ RECURSOS MATERIALES

- Impresiones
- Anillados
- Carpetas
- Cd
- Transporte

DETALLE GENERAL DEL PRESUPUESTO

RECURSOS Y MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Impresiones de oficios, para la denuncia del tema del proyecto de titulación.	6	\$ 0.15	\$ 0.90
Impresiones de oficios para autorizaciones	8	\$ 0.50	\$ 4.00
Impresiones de oficios para cambio de tema	1	\$ 0.50	\$ 0.50
Impresiones del proyecto para las revisiones durante las tutorías	110	\$ 0.05	\$ 5.50
Impresiones de encuestas aplicadas al personal de enfermería	20	\$ 0.10	\$ 2.00
Impresiones de borradores del proyecto de titulación.	3	\$ 15.00	\$ 45.00
Impresiones del proyecto de titulación para la defensa.	3	\$ 15.00	\$ 45.00
Anillados del proyecto de titulación.	6	\$ 2.00	\$ 12.00
Impresiones de plan de capacitación	20	\$ 0.35	\$ 7.00
Carpetas	3	\$ 0.50	\$ 1.50
Horas de internet	86	\$ 0.70	\$ 60.20
Transporte	120	\$ 0.35	\$ 42.00
Estampado de CD para proyecto.	2	\$ 2.00	\$ 4.00
Grabación del proyecto de titulación	2	\$1.00	\$ 2.00
TOTAL			\$ 231.60

Presupuesto de Recursos Económicos.

RECURSOS Y MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Computadora portátil	1	\$700	\$ 700
Pen drive	1	\$ 8.00	\$ 8.00
TOTAL			\$ 708

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE
EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

ACTIVIDADES	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	RESPONSABLES
Elección de tema del proyecto	X						Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana
Desarrollo y planteamiento del problema	X						Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana
Designación del tutor encargado para la realización del proyecto.	X						Consejo Universitario
Primer encuentro: Desarrollo del primer capítulo del proyecto que consta: tema, Planteamiento del problema, Formulación del problema- Objetivos Justificación, Antecedentes de la Investigación		X					Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana Dr.: René Bracho
Segundo encuentro: Desarrollo de la segunda parte del capítulo del proyecto: Marco teórico, Sistema de variables, Operacionalización de variables.		X					Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana Dr.: René Bracho
Tercer encuentro: Desarrollo de la tercera parte del capítulo del proyecto Diseño metodológico.			X				Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana Dr.: René Bracho

Cuarto encuentro: Aplicación de encuestas			X				Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana Dr.: René Bracho
Quinto encuentro: Tabulación y análisis de la información.				X			Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana Dr. René Bracho
Sexto encuentro: revisión general del proyecto, conclusiones, recomendaciones, y resultados.				X			Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana Dr. René Bracho
Presentación del primero borrador.					X		Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana Dr. René Bracho
Designación de pares académicos y presentación de borradores.					X		Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana
Defensa del trabajo de Investigación.						X	Arévalo Pachala Lesly Quinatoa Chasi Liliana

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

5.1. Conclusiones

- Durante el periodo de investigación se aplicó una guía de observación donde se analizó el incumplimiento de la mayor parte de los aspectos procedimentales que constan en los algoritmos en la aplicación del MTS, y que son componentes del flujograma de decisión.
- El nivel de conocimiento sobre la guía práctica clínica del Triage de Manchester en el personal de enfermería es débil tanto en el contenido teórico, como en la puesta en práctica de los procedimientos implicados en la diferenciación de los casos urgentes dentro de los recibidos en la emergencia, la clasificación de la urgencia una vez identificada y en determinar el tiempo de espera de los pacientes para la atención médica, aspectos que afectan la calidad del servicio y pueden comprometer la salud de los pacientes.

Los hallazgos demostraron en relación al objetivo de la presente investigación, los resultados demostraron en relación al perfil profesional de enfermería que, en su mayoría, tienen más de seis años trabajando en el hospital con nombramiento dentro de la institución, no obstante, tienen menos de un año laborando en el área de Triage lo cual indica una alta rotación del personal, pudiendo incidir en un menor dominio de experiencias y procedimientos a seguir en este servicio.

En relación a los conocimientos evaluados sobre la guía práctica clínica del Triage de Manchester, las enfermeras en su totalidad manifestaron conocer el Sistema de Triage de Manchester (MTS) y que éste se aplica en el servicio de emergencia, sin embargo en su mayoría evidenciaron desconocer sus preceptos teóricos en cuanto en qué los elementos que componen el flujo del Triage, cuáles son sus funciones, y la diferencia

entre términos de emergencia y urgencia, lo cual influye negativamente en su ámbito práctico laboral.

Por otra parte, más de la mitad del personal manifestó dificultad para discriminar los niveles de prioridad en la atención al usuario y los tiempos de atención en el Triage según la urgencia de la atención médica de acuerdo a la situación del paciente.

Es de hacer notar que las enfermeras indicaron haber recibido en el hospital una capacitación breve y esporádica sobre el manejo de la guía de Triage al parecer efectuada como actividad de inducción al personal recién asignado.

- Basado en los resultados de la investigación se elaboró un plan de capacitación y reforzamiento de conocimientos para el personal profesional de enfermería acorde las normas del sistema de Triage de Mánchester. (MTS).

5.2. Recomendaciones

- La institución incluya en la evaluación del algoritmo para el personal de enfermería porque constituye un indicador de calidad en el componente del Sistema de Triage de Manchester.
- Colocar en cartelera de la emergencia el flujograma del algoritmo del Sistema de Triage de Manchester (MTS), para que pueda ser fácilmente consultado por el personal profesional de enfermería del servicio de emergencia.
- Realizar talleres trimestrales con la participación del personal de enfermería del servicio de triage y facilitado por la enfermera jefe del servicio, para efectuar revisiones conjuntas sobre el desarrollo de los procedimientos incluidos en la guía de manejo de triage de Manchester, de forma que se puedan reforzar conocimientos teórico-procedimentales, aplicar medidas correctivas de ser necesarias y trabajar en equipo para la mejora continua de este servicio de apoyo a la atención médica en la emergencia.
- Dar seguimiento al cumplimiento del Plan de Capacitación al Personal Profesional de Enfermería propuesto para el servicio de emergencia con la finalidad de fortalecer conocimientos sobre el MTS y en consecuencia brindar una adecuada atención al paciente. El paciente debe ser atendido por el personal de enfermería adecuadamente capacitado, para la toma de decisiones correctas al momento de la derivación considerando las distintas calificaciones de prioridad de la atención médica requerida.

BIBLIOGRAFÍA:

- Álvarez Leiva, Macías Seda, C. (2013). Triage. Sevilla.
- Bustillos Maldonado, E. (2015). ESTRATEGIAS DE GESTIÓN PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE ESPERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL IEES AMBATO ENERO A JUNIO DEL 2014. Ambato.
- Cobo Barquín, J. (2012). Validación del sistema de triaje T.A.P. en urgencias de atención primaria. España.
- García, M. (2013). Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario.
- Gómez Jiménez, J. (2013). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Meritxell.
- González Romero, G. (2011). Precisión del sistema de triaje en urgencias (Manchester) en relación. Madrid.
- Hernansanz Iglesias, Clavería Fontán,, F. (2012). La atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. España.
- IESS- Guaranda. (2013). Implementa modelo de triaje Manchester en Centro de Atención. Guaranda.
- León Román, C. (2012). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Habana.
- Pulido Rios, P. (2015). Triage Médico. Bogota - Colombia.
- Sanabria,Rigau, A. (2015). Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. España.
- Totoy Cabezas, L. (2014). Conocimiento de triaje en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Riobamba.
- Cabeza Fernández, D. (2015). Fundamentos básicos del triaje y de la RAC.
- Correa García, C. (s.f.). PERFIL DEL PROFESIONAL DE FERMERIA EN TRIAGE .

- D. C, W. (2011). Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. Estados Unidos : ISBN 978-92-75-33165-1.
- Ecuavisa . (9 de Diciembre de 2014). Video tutorial del sistema de Triage - YouTube. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=-Vac1lleaMQ>
- Erazo Beltrán, G. (2015). Diseño de un proceso de calidad a través de un plan estratégico de atención para el servicio de emergencia. Quito.
- Gonzales Romero, G. (2011). El triaje.
- Hospital Básico IESS - Guaranda Dpto de Estadadistica. (2016). IESS DIR.SEG. GEN. de salud individual. Guaranda.
- Hospital Quirónsalud San José. (2017). La importancia de la enfermería: el triaje. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadisitcas y Censos. (2011). En J. Yunga, Anuario de la Estadística Recursos y Actividades de Salud (pág. 16). Quito.
- Limache, C. (2015). Estandarizacion del proceso de triaje. Guaranda.
- Montoya , C. (2011). Sistema autmatico digital de triaje médico para los niveles de prioridad.
- Muyulema Muyulema, C. (2017). Plan de capacitación sobre el sistema de triaje y su relación con la satisfacción del usuario en el Hospital Provincial Docente Ambato. Ambato.
- Reyes Flores, &. (2012). Definicion del triaje de manchester.
- Rivera, A. S. (2014). Recepción, Acogida y Clasificación de Pacientes. España: Depósito Legal: J-316-2004.
- Sánchez Bermejo, Gomez Jimenes, R. (2013). El Triage en los hospitales españoles. España.
- Velandia Escobar, M. (2012). Triage de Urgencia. Bogota.
- W. Soler, M. G. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. ISSN 1137-6627.

Anexo N° 1 MARCO LEGAL



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSEJO DIRECTIVO

RESOLUCIÓN No. C.D.317

EL CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 365 establece que: "por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.;"

Que, el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud dispone que: "Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud los siguientes derechos: j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos.;"

Que, el artículo 186 de la mencionada Ley determina que "... Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.... Una vez que el paciente haya superado la emergencia, el establecimiento de salud privado podrá exigir el pago de los servicios que recibió.;"

Que, el artículo 7 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente define la situación de emergencia como: "toda contingencia de gravedad que afecta a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidente o infortunio en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.;"

Que, el artículo 9 ibidem, señala que "....Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud;....Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el servicio de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió."

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es un documento original. No copiado

Dr. PSC. Patricio Arias Lara
Presidente Consejo Directivo

18 MAY 2010



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONSEJO DIRECTIVO**

Resolución No. C.D.317
Pág. 2

Que, en el Título III "DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR", del Libro Primero de la Ley de Seguridad Social, se establecen el alcance, los límites y condiciones de la protección del asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad; especialmente en la parte pertinente del artículo 103 que dispone: "...En todo caso, las prestaciones de salud serán suficientes y adecuadas para garantizar la debida y oportuna atención del sujeto de protección. Cuando el sujeto de protección sufre complicación o complicaciones, la prestación de salud se extenderá a tales complicaciones";

Que, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, tiene como misión fundamental proteger las contingencias de sus afiliados, jubilados y beneficiarios en enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, invalidez, vejez y muerte;

Que, la protección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, incluye las prestaciones de salud a sus asegurados, mediante servicios médicos asistenciales necesarios, y oportunos; y,

En uso de las atribuciones que le confiere el Art. 27, literales c) y f) de la Ley de Seguridad Social,

RESUELVE:

Expedir el siguiente **REGLAMENTO PARA EL PAGO POR SERVICIOS DE SALUD EN CASOS DE EMERGENCIA CONCEDIDOS POR PRESTADORES EXTERNOS A LOS ASEGURADOS DEL IESS:**

Art. 1.- OBJETO.- Estas normas regulan el procedimiento a aplicarse para el pago de valores ocasionados por la atención médica a asegurados del Seguro General Obligatorio y voluntarios, así como a beneficiarios con derecho, atendidos en situaciones de emergencia por unidades médicas o profesionales de la salud ajenos al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Se considera emergencia a toda contingencia de gravedad que afecta a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables.

Art. 2.- CALIFICACIÓN DE LA EMERGENCIA.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el servicio de salud al momento de su arribo, de acuerdo con lo previsto por el artículo 10 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente.

Para la calificación de la emergencia de Nivel 1 y Nivel 2, se usará el sistema de priorización del daño denominado TRIAJE, conforme el anexo que forma parte integrante de este Reglamento.

El paciente que no corresponda a los niveles de atención de emergencia señalados en el inciso anterior, deberá acudir para su tratamiento al servicio ambulatorio de los prestadores de servicios de salud registrados en el IESS, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el "Reglamento para la Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social".

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es fiel copia del original. La Carilote

Dr. MSC. Narciso Anas Lara
Presidente Consejo Directivo

19 MAY 2010



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSEJO DIRECTIVO

Resolución No. C.D.317
Pág. 3

Art. 3.- PROCEDENCIA DEL PAGO.- De manera previa al pago, el responsable provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar - SGSIF, verificará que el asegurado cumpla con los requisitos establecidos en la Ley de Seguridad Social y en las normas internas correspondientes.

El pago al prestador por las atenciones de emergencia efectuadas al afiliado, jubilado o beneficiario, se realizará hasta por el monto fijado en el Tarifario aprobado por el IESS y de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente y en la Ley Orgánica de Salud.

Art. 4.- DOCUMENTOS PARA EL PAGO.- El asegurado, por sí o por interpuesta persona, o el prestador del servicio, deberá comunicar el hecho emergente en las dependencias provinciales de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, mediante documento físico, facsímil, Internet o cualquier otro medio, hasta tres (3) días hábiles luego de producida la emergencia.

Dentro de los ocho (8) días hábiles luego de atendida la emergencia, el prestador deberá remitir al IESS los siguientes documentos:

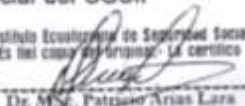
- Solicitud de pago en el formulario elaborado por el SGSIF, adjuntando fotocopia de la cédula de identidad/ciudadanía o pasaporte del asegurado;
- Copia certificada de la licencia profesional o permiso de funcionamiento del prestador (para prestadores no calificados);
- Copia certificada del expediente clínico conferido por la unidad médica donde fue atendido el paciente, el mismo que contendrá: formulario de emergencia, protocolo operatorio y otros documentos clínicos, según el caso, y epicrisis de egreso. En caso de que el paciente continúe hospitalizado, se actualizará la epicrisis; y,
- Factura en la que se incluirán la lista de cargos por atención al paciente.

Art. 5.- TRÁMITE DE PAGO.- Dentro de las veinte y cuatro (24) horas de presentada la solicitud de pago, el jefe de la dependencia provincial del Seguro General de Salud Individual y Familiar - SGSIF dispondrá la auditoría de facturación para la verificación del derecho, cumplimiento de requisitos, y, pertinencia médica y de pago, informe que se presentará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

De ser favorable el informe el Jefe Provincial del SGSIF ordenará su pago, que se efectuará en un término no mayor de cinco (5) días hábiles.

En caso de negarse el pago se podrá hacer la reclamación correspondiente por la vía administrativa o judicial.

Art. 6.- MONTOS DE PAGO.- En el caso de prestadores que no mantengan convenio con el Seguro General de Salud Individual y Familiar, los pagos se efectuarán conforme al Tarifario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, excepto cuando el paciente continuare hospitalizado o sufiere complicaciones, en cuyo caso, previa la facturación de los servicios prestados, la dependencia provincial del SGSIF analizará la posibilidad de traslado a una unidad médica del IESS.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es fiel copia del original. Lo certifico

Dr. MSc. Patricio Arias Lara
Presidente del Consejo Directivo
18 MAY 2010



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSEJO DIRECTIVO

Resolución No. C.D.317
Pág. 4

Art. 7.- CASOS DE APLICACIÓN DE OTROS SEGUROS.- El IESS no cubrirá gastos médicos generados por emergencia, cuando los asegurados tuvieren protección por parte del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT u otro seguro independiente al Seguro General de Salud Individual y Familiar; sin embargo, si los valores no fueren cubiertos en su totalidad, dicho Seguro autorizará el pago de la diferencia, mediante factura independiente, de conformidad con los montos establecidos en el Tarifario y previo el cumplimiento de los requisitos señalados en esta normativa.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Cuando el asegurado reciba atención médica de prestadores que mantienen convenios con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, se aplicará expresamente lo estipulado en los convenios.

SEGUNDA.- Cuando del análisis de la documentación para el pago de servicios de salud por situaciones de emergencia se encontraren indicios de irregularidades o falsedad, se remitirá el expediente a la delegación de la Procuraduría General del IESS, a fin de que se inicien las acciones legales correspondientes.

TERCERA.- La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar difundirá en forma permanente y obligatoria, mediante campañas masivas de comunicación, los beneficios y los procedimientos de aplicación de esta Resolución, para lo cual se asignará los recursos económicos necesarios.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Las solicitudes de compensación de pago por gastos médicos en situaciones de emergencia presentadas con anterioridad a la fecha de expedición de este Reglamento, se resolverán de conformidad con las normas vigentes a la fecha en que ocurrió la contingencia.

SEGUNDA.- En casos de contingencias en situaciones de emergencia ocurridas a partir de la fecha de vigencia de este Reglamento, por las que el asegurado al IESS hubiere pagado directamente al prestador por servicios de salud, por esta sola vez y hasta por sesenta (60) días a partir de esta fecha, el Seguro General de Salud Individual y Familiar procederá a la compensación de gastos en cuanto corresponda y previa auditoría de facturación.

TERCERA.- La Dirección General dispondrá a la Dirección de Desarrollo Institucional para que, en coordinación con la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, en un plazo no mayor a treinta (30) días desde la aprobación de esta Resolución, desarrolle los aplicativos informáticos correspondientes para su cumplimiento.

Handwritten initials and signature in the left margin.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es fiel copia del original. Lo certifico

Handwritten signature of Patricia Arias Lara
Dr. MSc. Patricia Arias Lara
Presidencia del Consejo Directivo

18 MAY 2010



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONSEJO DIRECTIVO

Resolución No. C.D.317
Pág. 5

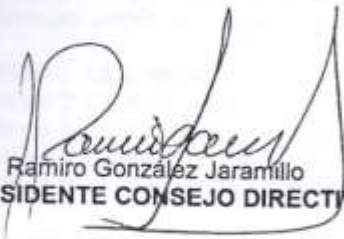
DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- Derogase el Reglamento para Compensación de Gastos Ocasionados por Urgencias y Emergencias atendidas en Unidades de Salud ajenas al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, expedido mediante Resolución No. C.D.283 de 14 de octubre de 2009.

SEGUNDA.- Esta Resolución entrará en vigencia a partir de la presente fecha, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.


TERCERA.- De la ejecución de la presente Resolución encárguese el Director General del IESS, el Director del Seguro General de Salud Individual y Familiar y los jefes de las dependencias provinciales de dicho Seguro, dentro de sus competencias.

COMUNÍQUESE.- Quito, Distrito Metropolitano, a 10 de mayo de 2010.


Ramiro González Jaramillo
PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO


Ing. Felipe Pezo Zúñiga
MIEMBRO CONSEJO DIRECTIVO


Ab. Luis Idrovo Espinoza
MIEMBRO CONSEJO DIRECTIVO


Ec. Fernando Guijarro Cabezas
DIRECTOR GENERAL DEL IESS

CERTIFICO.- Que la presente Resolución fue aprobada por el Consejo Directivo en dos discusiones, en sesiones celebradas el 21 de abril y el 10 de mayo de 2010.


Dr. Patricio Arias Lara
PROSECRETARIO CONSEJO DIRECTIVO

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es fiel copia del original. Lo certifico

Dr. M.Sc. Patricio Arias Lara
Prosecretario Consejo Directivo
18 MAY 2010



Anexo N° 2 ENCUESTAS

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.

TEMA: Conocimiento de la guía práctica clínica de Triage de Manchester por el personal profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Básico Iess, Guaranda, Bolívar, Mayo-Octubre 2017.

OBJETIVO: Identificar el nivel de conocimientos sobre la guía práctica clínica del Triage de Manchester por el personal profesional de enfermería.

INSTRUCCIONES: La presente encuesta tiene la finalidad de recopilar información de importancia investigativa, con el propósito de establecer datos reales en el proyecto de investigación, razón por lo cual se pide responder con la veracidad posible la siguiente encuesta marcando con una "X" dentro del cuadro la respuesta que considere correcta. Gracias.

DATOS PERSONALES:

Sexo: Edad: Estado civil:

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.- En qué Universidad se graduó?.....

2.- Hace que Tiempo se graduó?

Menos de 1 año De 1 a 3 años De 4 -6 años Más de 6 años
[] [] [] []

3.- Qué tiempo tiene laborando en este Hospital?

Menos de 1 año De 1 a 3 años De 4 -6 años Más de 6 años
[] [] [] []

4.- Qué tipo de relación laboral tiene?

-Nombramiento

-Contrato

5.- Tiempo que ha laborado en el área de Triage:

Menor de 1 año

De 1 a 3 años

Más de 6 años

NS/NC

II CONOCIMIENTOS SOBRE TRIAGE DE MANCHESTER:

6.Cuál cree usted que es la diferencia entre los términos?

Emergencia:

Urgencia:

7.- Conoce usted que es el Sistema o modelo de Manchester?

SI

NO

Si la respuesta es positiva:

8.- En que consiste el sistema de Triage de Manchester?

.....

9.-La teoría menciona que el Triage tiene 8 funciones, mencione las que conozca?

.....

.....

10.-Conoce usted el nivel de atención de prioridad en el servicio de emergencia?

SI

NO

11.-Conoce usted los tiempos de atención en el servicio de emergencia?

SI

NO

12. Conoce usted si se aplica el Triage de Manchester en el Servicio de Emergencia?

Si

No

Si la respuesta es positiva:

13. Conoce usted desde cuándo se aplica el proceso de Triage en este hospital?

SI

NO

NS / NC

14.- Conoce que son los discriminadores en Triage de Manchester?

Si

No

15.- Ha recibido capacitaciones sobre el Manejo de la Guía de Triage?

Si

No

Si la respuesta es positiva:

16.- Que duración en promedio ha tenido cada evento de capacitación?

17.- Hace que tiempo recibió la última capacitación sobre esa Guía?

Menor de 3 meses

De 3 – 6 meses

Más de 1 año

GRACIAS POR SU AMABLE COLABORACIÓN



Anexo N° 3 GUÍA DE OBSERVACIÓN

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.

GUIA DE OBSERVACION AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL BASICO IESS GUARANDA.

OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de las actitudes procedimentales, en la aplicación del Algoritmo del Sistema de Triage de Mánchester (MTS), por el Personal Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia.

Observadoras.....

Fecha	Turno			Personal	Indicador	Cumple	No Cumple
	AM	P M	HS				
				ENFERMERIA	Identificación del Personal de Enfermería al paciente		
					Recibe al paciente con amabilidad.		
					Registra los datos generales del paciente en el sistema		
					Valoración inicial -Signos Vitales. -Escala de Glasgow -Manifestaciones clínicas.		
					Clasifica al paciente de		

					acuerdo a la gravedad y urgencia del caso.		
					Colocación de manilas de colores de acuerdo a la prioridad del atención según el Triage de Manchester		
					Pase del paciente para la valoración por el médico de acuerdo a la prioridad.		

NOTA:

Anexo N° 4 EVIDENCIAS DEL TRABAJO REALIZADO INGRESO AL HOSPITAL



ENTRADA DE EMERGENCIA



ÁREA DE TRIAGE

IESSS **HOSPITAL HUMBERTO DEL POZO IESS GUARANDA**

IMPORTANTE

Clasificación de emergencias (triaje de Manchester)
Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RESUCITACIÓN	ROJO	Atención de forma inmediata
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

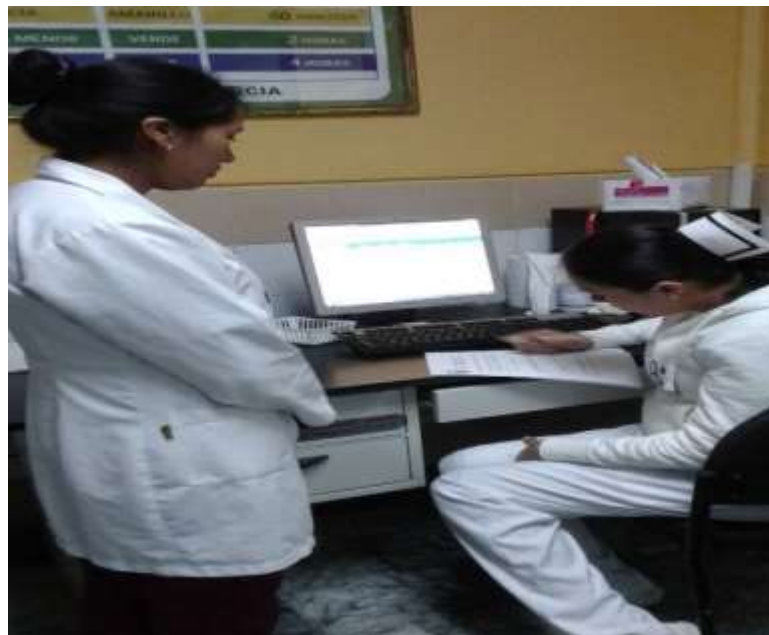
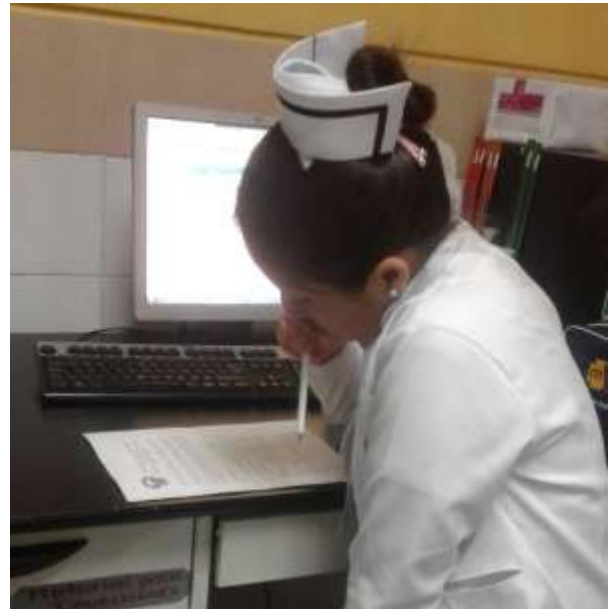
SERVICIO DE EMERGENCIA



APLICANDO LAS ENCUESTAS AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA



APLICANDO LAS ENCUESTAS AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE TRIAGE DE MANCHESTER



GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.

Registro de datos generales del paciente



VALORACIÓN DEL PACIENTE



COLOCACIÓN DE MANILLAS DE COLORES DE ACUERDO A LA PRIORIDAD DE LA ATENCIÓN





**PASE DEL PACIENTE PARA LA VALORACIÓN POR EL MÉDICO
(OBSERVACIÓN)**



CAPACITACIÓN AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SOCIALIZACIÓN SOBRE EL ALGORITMO DEL SISTEMA DE TRIAGE DE
MANCHESTER





ANEXO N° 5 FIRMAS DE LOS ASISTENTES DEL PLAN DE CAPACITACIÓN


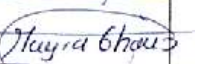
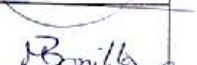




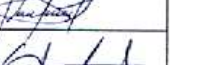
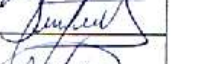





LISTADO DE ASISTENTES

TEMA: Fortalecimiento de la capacidad de atención en emergencia aplicando el Sistema de Triage de Manchester.

LUGAR: Auditorio del Hospital Básico Iess Guaranda

RESPONSABLES: I.R.E. Arévalo Lesly y Quinatoa Liliana

FECHA: 25 de Agosto del 2017.

N	NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN	CÉDULA	FIRMA
1.	Rene Brocho	Médico Internista Doctores	0151527687	
2.	Hayra Chávez	Lic. Enfermera	0201514453	
3.	Maria Isabel Bonilla	Enfermera	0201582913	
4.	Lorena Hachi Beruete	Enfermera	0201269578	
5.	Karina Chico	Enfermera	020192779	
6.	Mery Arzuello	Enfermera	0201719499	
7.	Jelva Cantillán Estrella	Enfermera	0201303014	
8.	Sayra Lara	Enfermera	0201892403	
9.	Cecilia Hery	enfermera	0201931250	
10.	Gonzalez Karla	enfermera	021566833	
11.	Jiménez Cecilia	Enfermera	020170111-4	
12.	Ruiz Karina	Enfermera	020139363-7	
13.	Diana Roxana Mónica Salazar	Enfermera Enfermera	020177843-8 0201574399	 

Anexo N° 6 CERTIFICACIÓN DE HABER CUMPLIDO CON LA SOCIALIZACIÓN SOBRE EL PLAN DE CAPACITACIÓN



HOSPITAL BÁSICO GUARANDA
DIRECCIÓN MÉDICA
SERVICIO DE EMERGENCIA

Nosotros, Dra. Stephanie Arregui, Dr. René Bracho, Lic. Mayra Chávez, Directora Médica, Coordinador Docente y Coordinadora de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Básico Iess Guaranda respectivamente

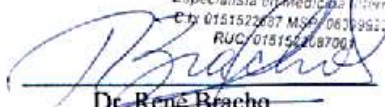
CERTIFICAMOS


Que las Srtas. Arévalo Pachala Lesly Jomayra con C.I: 020236222-4 y Quinatoa Chasi Liliana Piedad con C.I: 020234508-8, realizaron su respectivo Proyecto de Investigación con el tema: **CONOCIMIENTO DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIAGE DE MANCHESTER POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO IESS, GUARANDA, BOLÍVAR, MAYO - OCTUBRE 2017**, en esta institución con la autorización de todos los que conformamos esta institución. De igual manera entregaron y ejecutaron el plan de capacitación propuesto para resolver la problemática planteada y así cumplir con los objetivos propuestos en la investigación.

Es todo cuanto puedo informar a la verdad, facultando a la parte interesada hacer uso del presente documento de acuerdo a sus necesidades.


Lic. Mayra Chávez
Coordinadora Enfermería
Servicio de Emergencia




Dr. René Bracho
Coordinador Docente
Hospital IESS Guaranda


Dra. Stephanie Arregui Salazar
Directora Médica (E)
Hospital Básico Guaranda

Dra. Stephanie Arregui
Directora Médica
Hospital IESS Guaranda

Anexo N° 7 CERTIFICACIÓN AL INICIO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



Guaranda 13 de Junio del 2017.

Doctora.

Mayra Stefphanie Arregui Saltos.
DIRECTORA MÉDICA – HOSPITAL BÁSICO GUARANDA, ENCARGADA.

Presente:

De nuestras consideraciones:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo, cumpliendo con lo establecido en el reglamento de Titulación, como Director del Proyecto de Investigación, de las Internas Rotativas de Enfermería : Arévalo Pachala Lesly Jomayra con C. I: 020236222-4 y Quinatoa Chasi Liliana Piedad con C.I: 020234508-8, indico a usted que he reestructurado como modalidad de titulación con el siguiente Tema: **CONOCIMIENTO DE LA GUIA PRACTICA CLINICA DE TRIAGE DE MANCHESTER POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO IESS, GUARANDA, BOLÍVAR, OCTUBRE 2016-ABRIL 2017.** Por lo que solicito comedidamente se nos preste las facilidades pertinentes para la ejecución del mismo ya sea en la recolección de información y estadísticas pertinentes.

Por la atención a la presente, le anticipamos nuestro agradecimiento.

Atentamente:

Lesly Jomayra Arévalo Pachala

C.I. 020236222-4

Liliana Piedad Quinatoa Chasi

C.I. 020234508-8

Autorizado *Dr. Stephanie Arregui Saltos*

favor colaborar con información pertinente a esta distinción de triage.

Anexo N° 8 CERTIFICACIÓN FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.



**HOSPITAL BÁSICO GUARANDA
DIRECCIÓN MÉDICA
SERVICIO DE EMERGENCIA**

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES

Nosotras, Dra. Stephanie Arregui y Lic. Mayra Chávez, Directora Médica y Coordinadora de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Básico IESS Guaranda respectivamente

CERTIFICAMOS

Que las Srtas. Arévalo Pachala Lesly Jomayra con C.I: 020236222-4 y Quinatoa Chasi Liliana Piedad con C.I: 020234508-8, realizaron su respectivo Proyecto de Investigación con el tema: **CONOCIMIENTO DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE TRIAGE DE MANCHESTER POR EL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BÁSICO IESS, GUARANDA, BOLÍVAR, MAYO - OCTUBRE 2017**, en esta institución con la autorización de todos los que conformamos esta institución.

Es todo cuanto puedo informar a la verdad, facultando a la parte interesada hacer uso del presente documento de acuerdo a sus necesidades.


Lic. Mayra Chávez
Coordinadora Enfermería
Servicio de Emergencia




Dra. Stephanie Arregui Saltos
DIRECTORA MÉDICA (E)
HOSPITAL BÁSICO GUARANDA
Dra. Stephanie Arregui
Directora Médica
Hospital IESS Guaranda

