



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL
SERHUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN CIENCIAS
DE LA ENFERMERÍA

TEMA:

CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO
NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA,
PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL
2019.

AUTORAS:

CRISTHINA ALEXANDRA GARCES FONSECA
JESSICA ABIGAIL TUALOMBO CHELA

TUTORA

LIC. VILMA ELIZABETH VILLACIS VILLEGAS
GUARANDA – ECUADOR

2019

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme hasta el final de la meta que me propuse, y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres Javier Garcés y Mercedes Fonseca por ser los principales promotores de mis sueños, por darme la vida, por ser quienes con sus palabras de aliento no me dejaban de caer para que siguiera adelante y cumplir con mis ideales, a mi madre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada palabra que me guiaron durante mi vida, los amo.

A mis hermanos Dayana María José Israel por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

De todo corazón aquel hombre muy especial, a quien amo mucho, mi esposo, Cristian Zuñiga, que con su valor y entrega ha sido una persona incondicional en mi vida, ha sido mi soporte, mi mejor amigo, mi apoyo, mi guía, para seguir adelante y no bajar los brazos en los momentos difíciles en todos estos años de estudio.

A mi hijo por su afecto y cariño que son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para ti, aun a tu corta edad, me has enseñado y me sigues enseñado muchas cosas de esta vida, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

CRISTHINA GARCES

Dedicatoria

Quiero agradecer a Dios quien me permitió llegar hasta el final de mi carrera, quien fue mi guía, mi apoyo incondicional y me dio las fuerzas para no rendirme ante las adversidades en mi camino.

A mis abuelos quienes son un ejemplo de veracidad y perseverancia para conseguir lo que uno anhela en la vida y no rendirse ante los obstáculos de la vida.

A mis padres que me apoyaron en todo momento, me dieron la fortaleza para seguir adelante y poder luchar por mis sueños, gracias por su amor infinito.

A mi hermano Stalin quien es mi ejemplo a seguir, quien me enseñó a no rendirme nunca hasta conseguir la meta propuesta, a mi hermana Yadira, agracias por tus consejos y tu apoyo incondicional.

Quiero agradecer a mi esposo David por compartir todo mi camino universitario, por estar siempre a mi lado en los buenos y malos momentos, gracias por enseñarme a ser optimista, perseverante y a luchar por lo que quiero, gracias por tu amor y tu comprensión.

A mi hijo Alejandro quien es mi motivo para seguir adelante y no rendirme, gracias por cambiar mi vida y hacerme una mejor persona.

A mis familiares y a mis amigas quienes me apoyaron emocionalmente y me dieron sus consejos durante mi formación académica.

JESSICA TUALOMBO

Agradecimiento

En primer lugar, queremos agradecer todo su esfuerzo, experiencia, apoyo y motivación constante a nuestra Tutora de Tesis Lic. Vilma Villacis, ya que ha sido un privilegio contar con su ayuda en este camino, por su confianza depositada en nosotras y su estímulo para llevar a cabo este trabajo.

A la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser humano Carrera de Enfermería, forjadora del conocimiento, la cual abrió sus puertas para darnos la oportunidad de formarnos para un futuro y ser personas de bien, a nuestros docentes a quienes debemos gran parte de nuestros conocimientos, y enseñanza.

A la Lic. María Olaya quien nos ha colaborado guiando durante nuestra elaboración del proyecto de investigación para demostrar todo nuestro conocimiento durante nuestra vida universitaria.

A las autoridades del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, quienes permitieron que podamos realizar la investigación de campo.

También agradecer a todos los usuarios que participaron en nuestra investigación, por la colaboración, la sinceridad de sus palabras. y que por lo tanto lo han hecho realidad.

A ellos: muchas gracias y que Dios los bendiga siempre.

Tema:

CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019.

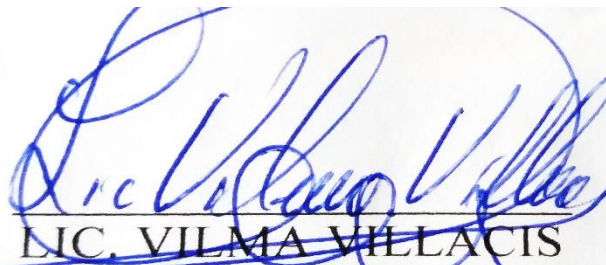
Certificado de la tutora

Guaranda 5 de Abril del 2018.

La suscrita, Lic. Vilma Elizabeth Villacis Villegas.

CERTIFICO QUE:

El proyecto de investigación titulado: “CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CUIDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019”. Elaborado por las estudiantes Cristina Alexandra Garcés Fonseca con CI.0202411872 y Jessica Abigail Tualombo Chela con CI.1751527688, han cumplido con todos 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 publica respectiva.



LIC. VILMA VILLACIS
DIRECTOR/TUTOR

Resumen

La calidad de atención representa una de las mayores modas del presente milenio, ya que instituciones prestadoras del servicio de salud necesitan del mejoramiento continuo. Ante esta situación y con los riesgos que representan los tiempos de espera prolongado, el objetivo de esta investigación es conocer la calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia, del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

En la actualidad la calidad de atención en salud es un tema prioritario que amerita investigarse a fin de encontrar la línea de base que permita la formulación y el desarrollo de intervenciones para su mejoramiento, tomando en cuenta la investigación bibliográfica y los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios, se recomienda a las autoridades del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, mejorar la calidad de atención del establecimiento, aportando información sobre el sistema de triaje de Manchester que se aplica en dicha institución además reconocer los aspectos considerados deficientes por ellos, información que permitirá al personal de salud como proveedores de las prestaciones, tener un claro panorama de utilidad para la toma de decisiones y el diseño de estrategias que originen una mejora en la prestación de los servicios.

La presente investigación alcanza un grado de profundidad de tipo descriptivo, que permite comprender de manera clara la información recabada en el marco teórico y los resultados obtenidos de la recolección de datos a los usuarios.

Palabras claves: Calidad de atención, Servicio de emergencia, Sistema de triaje de Manchester, usuario, personal de salud.

Summary

The quality of care represents one of the greatest fashions of the present millennium, since institutions providing health services need continuous improvement. In view of this situation and the risks represented by long waiting times, the objective of this research is to know the quality of care in the triage area of the emergency service, of the Alfredo Noboa Montenegro hospital.

Currently the quality of health care is a priority issue that deserves research in order to find the baseline that allows the writing and development of the writing of the literature survey and the results of the survey applied to the users, the authorities of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital are recommended, the quality of the system's attention is improved, the information about the Manchester triage system is provided. Enable personal information as providers of benefits, have a clear picture of usefulness for decision making and the design of strategies that originate an improvement in the provision of services.

The present investigation reaches a depth level of descriptive type, that allows to clearly understand the information gathered in the theoretical framework and the results obtained from the data collection to the users.

Keywords: Quality of care, Emergency service, Manchester triage system, user, health personnel

Índice

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento	IV
Tema:	V
Certificado de la tutora	VI
Resumen	VII
Summary.....	VIII
Índice	IX
Introducción.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo General:	5
1.3.2. Objetivos Específicos:	5
1.4. Justificación	6
1.5. Limitaciones.....	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Bases teóricas.....	10
2.2.1. Calidad de atención	10
2.2.1.1. Calidad	10
2.2.1.2. Calidad en el sector salud.....	10

2.2.1.3.	Conceptos de calidad en salud de diferentes autores	11
2.2.1.4.	Evolución histórica de la calidad en salud.	12
2.2.1.5.	Dimensiones de la calidad en salud	14
2.2.1.6.	Indicadores de calidad en salud	16
2.2.1.7.	Métodos de evaluación de calidad en salud	19
2.2.1.8.	Modelos de evaluación de la calidad en salud	21
2.2.1.9.	Diferentes perspectivas de la calidad	24
2.2.1.10.	La calidad: desde el punto de vista del usuario	25
2.2.1.11.	Acreditación Canadá para evaluar y certificar los estándares de calidad	27
2.2.2.	Triaje	28
2.2.2.1.	Historia del triaje.....	28
2.2.2.2.	Definición del triaje	29
2.2.2.3.	Clases de Triaje.....	29
2.2.2.4.	Modelos de triaje.....	29
2.2.2.5.	Sistema de triaje de Manchester.....	32
2.2.2.6.	Objetivos del Triaje.....	35
2.2.2.7.	Funciones del triaje	35
2.2.2.8.	Funciones de la enfermería en triaje	36
2.2.2.9.	Triaje como indicador y control de calidad	37
2.2.3.	Servicio de Emergencia.....	38
2.2.3.1.	Urgencia y emergencia sanitaria	39
2.2.3.2.	Definición	39
2.2.3.3.	Organización del servicio de Emergencia.....	39
2.2.3.4.	Funciones Generales del Servicio	49
2.3.	Glosario:.....	50

2.4. Sistema de variables:.....	53
2.5. Operalización de variables	53
CAPÍTULO III	58
MARCO METODOLÓGICO	58
3.1. Nivel de investigación.....	58
3.2. Diseño	58
3.3. Población y muestra	59
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	61
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	61
CAPITULO IV	72
RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS	72
4.1. Resultado según objetivo general	72
4.2. Resultados según objetivo específicos	73
CAPITULO V.....	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
5.1. Conclusiones	75
5.2. Recomendaciones.....	76
Bibliografía.....	77
CAPITULO VI.....	80
MARCO ADMINISTRATIVO.....	80
6.1 Recursos.....	80
6.2 Presupuesto	81
6.3 Cronograma.....	82
Anexos:.....	84

Introducción

La calidad de atención en los servicios de salud se ha transformado en uno de los aspectos fundamentales de la medicina actual, teniendo la presión urgente de convertir y desarrollar los servicios de salud hacia mejores niveles de calidad y competitividad, principalmente en servicios como emergencia.

Los servicios de emergencia presentan un aumento progresivo de la demanda de atención médica, dicha demanda sin un sistema de triaje estructural compromete la atención del paciente pudiendo aumentar el tiempo de espera, la estancia media y el uso de los recursos. El triaje es un método de selección y clasificación de pacientes que evalúa las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Este sistema es un indicador de la calidad y necesita de un equipo de profesionales que puedan identificar las necesidades y decidir las prioridades.

Según Donabedian, La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.

A nivel mundial existe un mayor interés por la calidad de la atención en salud, ya que se ha convertido en un requisito importante para la supervivencia.

De acuerdo con un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Grupo Banco Mundial, los servicios de salud de baja calidad generan gastos adicionales para las familias y los sistemas de salud y están frenando el avance de las mejoras en el ámbito de la salud en países de todos los niveles de ingreso.

Los países Latinoamericanos aún enfrentan carencias importantes de recursos, y esto afecta de manera secundaria la calidad de los servicios de salud, la mala infraestructura y a la falta de insumos representan un serio problema, además del personal y los sistemas administrativos.

Actualmente, el Gobierno Nacional del Ecuador y el Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria, enfatizan al individuo de la salud como eje estratégico del desarrollo del país dado que los lineamientos normativos son más claros y coherentes, haciendo que se facilite la implementación de los diversos estándares de calidad en la atención, ofertas de servicios y de distribución de recursos aplicando principios de equidad, transparencia y eficiencias, todo esto con el fin de brindar una atención de calidad y así satisfacer las necesidades de la población. El sistema de salud pública del Ecuador se considera como un referente mundial por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

En la ciudad de Chone en el Hospital General de Chone en el servicio de emergencia se ha implementado un área de triaje para descongestionar la demanda de pacientes basado en el protocolo del Manual del Sistema de Triage de Manchester, permitiendo mejorar la calidad de la atención, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de emergencia el tiempo de atención es factor clave para la calidad del servicio.

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro se encuentra ubicado en el centro de la ciudad de Guaranda, cuenta con una sala de emergencia totalmente remodelada, donde el personal de enfermería tiene el primer contacto con el paciente y es quien recepta y distribuye a los usuarios según prioridad de atención, mediante el sistema de triaje de Manchester. Pero el uso inapropiado de la misma por la población y la falta de información ha provocado aglomeración, generando una alta demanda del servicio, lo que se refleja finalmente en la calidad de los servicios prestados.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro es un hospital general correspondiente al segundo nivel de atención de salud que pertenece al ministerio de salud pública, atiende en un horario de 24 horas en la ciudad de Guaranda.

En los últimos años se viene dando aumento progresivo en la demanda de asistencia en los servicios de emergencia, a esta institución acude una gran cantidad de personas diariamente, siendo la principal puerta de entrada el servicio de emergencia, donde existe el área de triaje, que prioriza y clasifica a los usuarios según la gravedad.

Por lo general los usuarios llegan a este servicio en busca de ayuda y de atención inmediata, pero desafortunadamente muchos de ellos no lo consiguen, debido a la falta de información y conocimiento del usuario sobre el procedimiento del triaje.

La principal deficiencia que existe en el área es la desinformación sobre el tiempo que deben esperar, por lo cual muchos optan por irse afectando la calidad del proceso que brinda el Hospital, otro problema es la falta de las pulseras, que se les coloca a los usuarios luego que se realizan la valoración, donde puedan clasificar en qué nivel de priorización se encuentran y el tiempo de espera designada de acuerdo al color.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar, periodo Diciembre 2018, Abril 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Conocer la calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia, del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar los indicadores de calidad en el área de triaje del servicio de emergencia.
- Identificar la calidad en el área de triaje del servicio de emergencia a través de la encuesta aplicada a los usuarios.
- Socializar al personal de salud sobre los resultados obtenidos y el Sistema de Manchester como indicador de calidad.

1.4. Justificación

En la actualidad la calidad de atención en salud es un tema prioritario que necesita ser investigado, para mejorar la realidad existente en los servicios y aportar a la institución bases que ayuden a su mejoramiento en pro del servicio que brindan a la población.

La presente investigación es **importante** porque determina la calidad de atención en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, permitiendo identificar las falencias existentes en el servicio de emergencia, para garantizar al usuario una atención satisfactoria.

El proyecto es **factible** realizar porque radica en su afán de encontrar evidencia de la calidad de atención que brinda el hospital, donde se aplica los sistemas de triaje a los usuarios en el servicio de emergencia, de manera que se agilice la atención de aquellas personas, quienes acuden con patologías que comprometen seriamente su vida.

Los **beneficiarios** de esta investigación son: el Hospital Alfredo Noboa Montenegro que tendrá una información clara y real sobre la calidad de atención que brinda el área de triaje y sobre todo los usuarios que acuden a esta casa de salud, quienes buscan ser atendidos de forma oportuna, garantizando que la atención recibida sea de calidad.

Es **pertinente** realizar este proyecto, porque, la calidad en salud está recibiendo una creciente en todos los hospitales y ha tenido la presión urgente de convertir y desarrollar los servicios de salud hacia mejores niveles de calidad y competitividad, además representa un desafío o incluso una prioridad para los profesionales en salud, para cumplir las expectativas del usuario.

Este trabajo es **original** y novedoso porque hacemos énfasis a la calidad de atención en el área de triaje, donde la satisfacción del usuario debe ser de calidad, siendo esta un elemento de vital importancia, dando confiabilidad, credibilidad y prestigio tanto a la institución como al profesional de salud donde se brinda el cuidado directo, dando información clara y precisa sobre el sistema de Manchester y el uso correcto del servicio de emergencia.

1.5. Limitaciones

- Carencia de antecedentes sobre la calidad de atención en el área triaje.
- No existe suficiente bibliografía sobre la calidad de atención en el área de triaje del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- Algunos usuarios de la muestra a recolectar tienen desinterés por el tema.
- Los libros que tiene la biblioteca universitaria no son actualizados y no están dentro de los parámetros que pide la bibliografía.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Con la finalidad de conocer más acerca de esta investigación fue necesario acceder a los repositorios de las diferentes universidades, al ministerio de salud pública y páginas Web; donde se obtuvo lo siguiente:

En España en la ciudad de Burgos se realizó la investigación denominada Evaluación de la Calidad del Sistema De Triage del HUBU. Con el objetivo de mejorar la calidad del sistema de triage del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Burgos (HUBU). En el presente trabajo se evalúa la calidad del sistema de triage MAT-SET, del SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarios) del Hospital Universitario de Burgos (HUBU), con la finalidad de determinar si su funcionamiento es el adecuado, obteniendo así la información necesaria acerca de la calidad, que permita proponer los cambios pertinentes, en caso de que sean necesarios, para satisfacer a todos los agentes implicados. (Cristóbal, 2016)

Dentro del contexto nacional en la ciudad de Loja se desarrolló el trabajo investigativo: Mejoramiento de la Gestión de calidad en el servicio de Emergencia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el periodo Abril-Septiembre del 2011. Con el objetivo de mejorar la gestión de calidad mediante la implementación de herramientas (Normas, protocolos y sistema de triage) que permitan disminuir los tiempos de espera en los usuarios/as que acuden al servicio de emergencia. Para ello se utilizó la metodología del Marco Lógico que constituye una herramienta dinámica para diseñar, ejecutar y evaluar los resultados obtenidos, utilizando como instrumentos la matriz de involucrados, árbol de problemas, árbol de objetivos y matriz del marco lógico. Con esto se logró que el 80% del personal de salud esté capacitado. Sin duda el proyecto ejecutado disminuyó la insatisfacción del usuario y el tiempo de espera en la atención recibida, lo que mejoró la calidad en la atención sanitaria de los usuarios/as. (Chamba, 2011)

En nuestra provincia sea realizado el siguiente trabajo investigativo: Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Humberto del Pozo IEES Guaranda. Año 2013, en busca de mejorar la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital IEES Guaranda, mediante la realización y aplicación de protocolos terapéuticos de las patologías más frecuentes en dicho servicio, los mismos que permanecerán estandarizados por el IEES, para disminuir la tasa de reingreso hospitalarios, en donde concluyen :el 90 % del personal médico del servicio de emergencia está capacitado en la capacitación y priorización de pacientes en el servicio de emergencia permitiendo de esta forma una atención rápida efectiva y humanizada. La participación de cada uno de los directivos, médicos, enfermeras, y de más personal permitieron comprometernos en la organización supervisión y vigilancia del proyecto para mejoras del desarrollo institucional del hospital. La implementación del área del triaje permite priorizar las patologías emergentes descongestionando el área de emergencias. (Mayra, 2014)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Calidad de atención

2.2.1.1. Calidad

La raíz del término calidad es de origen griego Kalós, que significa, bueno y bello y de ambos modos fue trasladado al latín como Qualitas, la cual los diccionarios la definen como el conjunto de cualidades que contribuyen en la manera de ser de una persona o cosa. Se entiende por calidad de servicio la relación mutua de satisfacción y expectativas entre un cliente y la organización que resuelve sus necesidades. (Jemes Campaña, 2018)

El concepto de calidad trasciende las características físicas y funciones del servicio. Esta idea está enmarcada en un ambiente competitivo, que requiere una cultura de gestión orientada hacia los procesos, las personas y los servicios mediante el mejoramiento continuo, y en el caso de la salud, el énfasis en la humanización como elemento transversal de todos los procesos clínicos y administrativos. (Martinez Bermudez, 2014)

2.2.1.2. Calidad en el sector salud

La calidad en salud se refiere a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, es el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del cliente.

En la literatura existen variadas definiciones para el concepto de calidad en el de sector salud. Veamos algunas:

En el contexto de salud, calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos

e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera, es el desempeño adecuado (de acuerdo con las normas) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición.

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.

La calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y con la satisfacción de la comunidad. (Barrios, 2014)

En la actualidad la calidad de atención en salud representa una de las mayores modas del presente milenio, donde se debe aplicar la ciencia, tecnología e innovación para brindar una atención con calidad y calidez, cumpliendo las expectativas que tienen los usuarios, contribuyendo así a mejorar a las instituciones que prestan servicios de salud.

2.2.1.3. Conceptos de calidad en salud de diferentes autores

Donabedian (1984) define calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en dos (2) dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes. (Torres, 2015)

El Proyecto Ibérico (España y Portugal, 1989) se refiere a la calidad como “provisión de servicios de accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

Mientras, el instituto de medicina de EEUU. Define a la calidad como “grado en los cuales los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la privacidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual”. (Martinez, 2015, pág. 193)

La Organización Mundial de Salud (OMS) define: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". (Molina, 2016)

2.2.1.4. Evolución histórica de la calidad en salud.

Los primeros informes de la calidad en medicina se originaron a fines del siglo XIX. El escenario fue la guerra de Crimea y el registro más importante fue la mortalidad en los hospitales de campaña, elaborado en el Florence Nightingale.

Durante muchos años casi todos los esfuerzos estaban dirigidos a desarrollar metodologías para la evaluación de la calidad; sin embargo, los hallazgos obtenidos durante las evaluaciones no eran complementados con mecanismos que realmente pudieran mejorar los servicios proporcionados.

En 1848 se publicó en el Reino Unido el primer informe sobre muerte relacionada con anestesia. En este caso, se trataba de una paciente a quien se le había administrado cloroformo; por tanto, se recomendó la monitoria continua del pulso como medida para prevenir accidentes. Posteriormente aparecieron diversos estudios de mortalidad asociada a la anestesia, muchos de los cuales contribuyeron a la evaluación de la calidad en la especialidad, generando mejoras de equipo, de entrenamiento médico y de conciencia de riesgo anestésico.

Tal vez uno de los aportes más conocidos es el realizado por Lee y Jones en 1933, quienes definían la calidad en salud en “8 artículos de la fe”:

1. “La buena atención medica se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas”.
2. “La buena atención medica enfatiza la prevención”.
3. “La buena atención medica requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica”.
4. “La buena atención medica trata al individuo como un todo”.
5. “La buena atención medica mantiene una relación personal estrecha y continuada entre el médico y el paciente”.
6. “La buena atención medica está coordinada con el trabajo y la asistencia sociales”.
7. “La buena atención medica coordina todos los tipos de servicios médicos”.
8. “La buena atención medica implica la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna a las necesidades de toda la gente”.

En estos artículos se dice que los “criterios de calidad” no son nada más que juicios de valor que se aplicaran a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica. En este sentido, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiere que sea.

En 1954, se creó en Estados Unidos la Joint Commission For The Accreditation Of Hospitals o en español, la comisión para la Acreditación de los hospitales, quien estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos organización administrativa y profesional y calificaciones profesionales. Utilizando índices numéricos sobre la organización y su funcionamiento. Esto corresponde a los “estándares”

“Cada vez se presta más atención a la medición y mejora de la calidad de los servicios de salud en general y de la asistencia hospitalaria en particular” (MindelC.Sheps,1955)

Peterson y colaboradores en 1956 realizaron un estudio extraordinario sobre la relación entre la clasificación de la calidad y las características de los médicos, incluso su formación y métodos de práctica.

En la década de los años 60 el Seguro Social Mexicano inicia programas de evaluación de Calidad en Salud. En 1965 España realiza sus primeros pasos hacia la estandarización y acreditación de la calidad en los servicios de salud. En Barcelona donde primero se realizan estos esfuerzos.

En los Estados Unidos y en el Reino Unido, aunque los sistemas de salud poseen característica y tamaños distintos, el enfoque de la calidad es bastante similar al de los organismos multilaterales, ellos se deben en buena parte a que dichos países son los que han dado origen al enfoque multilateral de calidad, aunque en los últimos años se ha venido perfeccionando hacia un perfil de auditoría médica.

La Calidad en salud es difícil de definir Donabedian (1966) decía “La calidad de Atención Medica es una idea extraordinariamente difícil de definir”. (Londoño, 2001, págs. 49 - 50)

2.2.1.5. Dimensiones de la calidad en salud

- **Eficacia**

Se define como el grado de consecución de los objetivos propuestos sin tener en cuenta el costo empleado. Un procedimiento, programa, servicio, será eficaz cuando cumple el objetivo para el que ha sido diseñador. Lo que valoramos en este caso es lo adecuado del procedimiento que precisa

- **Eficiencia**

Mide el grado de consecución de los objetivos propuestos al mínimo coste posible. Un procedimiento programa, servicio, será más eficiente que otro si, consiguiéndolos mismos objetivos, emplea menos recursos.

- **Accesibilidad**

Posibilidad real de disponer del personal o del servicio que se precise en el momento en el que se precise. Un servicio sanitario tendría una elevada accesibilidad si durante 24 horas al día los 365 días del año, pudiesen acceder a ellos usuarios.

- **Adecuación**

Mide lo apropiado de los servicios que se oferta en relación con las necesidades de la población que se atiende. Al estudiar lo idóneo de los servicios que se prestan, tendremos que completar no solo el número y la cantidad de servicios de que disponemos, si no su distribución.

- **Continuidad**

Seguimiento de las necesidades sanitarias del individuo o a la población. Es una característica de la Atención Primaria que, entre otras fuentes, cumple con la misión de prestar servicios sanitarios de forma ininterrumpida a la población.

- **Participación**

Indica el nivel en que se implica a los mismos usuarios en el cuidado de su salud.

- **Aceptabilidad**

Es una característica que nos indicaría el nivel de aprobación que tiene la atención sanitaria que se presta. Algunos autores denominan a esta característica como “satisfacción del usuario”, observando que no tiene por qué estar relacionada directamente con la calidad técnica de los servicios ofrecidos.

- **Equidad**

Capacidad del sistema sanitario de ofrecer, a cada ciudadano o conjunto de ellos, una atención según sus propias necesidades. Concepto cercano al de justicia e igualdad, que pretende volcar el máximo de sus recursos en aquellos individuos o grupos poblacionales que, por diferentes circunstancias, más puedan necesitarlo.

- **Nivel científico-técnico**

Es la característica más aceptada y menos discutida al hablar de calidad, tiene una doble vertiente. Por un lado, podemos considerar la calidad de los tiempos y las

instalaciones en donde se presta la atención sanitaria y por otro el nivel de competencia de los profesionales que la aplican, que debe estar regulada académicamente.

- **Satisfacción**

Nos podemos referir a dos aspectos bien diferenciado, satisfacción de los usuarios denominada por algunos autores aceptabilidad y por otro, satisfacción de los profesionales. La satisfacción de los profesionales tiene que ver con cuestiones organizativas, de cargas laborales, retribuciones, de relación, de forma genérica, se puede afirmar que, un personal satisfecho motivado, dispensara una atención sanitaria de calidad. (Martinez, 2015, págs. 194 - 195)

Cuadro 1.

Características de la calidad (atributos, dimensiones)			
Según el esquema empleado			
JACHO	DONABEDIAN	P. IBERICO	N. VUORI
Accesibilidad		Accesibilidad	
Efectividad	Efectividad		Efectividad
Eficiencia	Eficiencia		Eficiencia
Eficacia	Eficacia		
Adecuación			Adecuación
Continuidad			Continuidad
Participación			Participación
Aceptabilidad	Aceptabilidad		
	Equidad		
		Nivel científico técnico	Nivel científico técnico
		Satisfacción	Satisfacción

Fuente: Enfermería, conceptos generales/ Domingo Gómez Martínez- Bogotá Ediciones de la U 2015

2.2.1.6. Indicadores de calidad en salud

Los indicadores son instrumentos esenciales para medir la calidad. En general se define como elementos que se usan para medir fenómenos específicos, y que al ser

aplicados muestran la tendencia y/o la desviación de una actividad (sujeta a influencias internas y externas) con respecto a una unidad de medida convencional.

En materia de salud constituyen parámetros que sirven con referencia para evaluar si la calidad de la asistencia corresponde a una práctica profesional aceptable. Cada institución debe establecer sus propios indicadores (que reflejan su misión y valores de la institución y del servicio de enfermería) con base en su estructura, actuación profesional, riesgos o complicaciones, utilización de recursos, resultados obtenidos y satisfacción del usuario.

Los indicadores se clasifican según las siguientes categorías:

- Enfoque: estructura, proceso y resultado.
- Su origen: normativos, empíricos.
- Su carácter: implícito, explícito.
- Su capacidad de medición: cualitativos, cuantitativos.
- Los resultados: eficacia, productividad, impacto, eficiencia.

Todos están interrelacionados y funcionan como señales o avisos que permiten identificar las áreas de oportunidad que han de ser analizadas con mayor profundidad. En este contexto se ubican los denominados indicadores centinela cuyo objetivo consiste en prevenir los efectos adversos, los cuales se definen como desfavorables, daños o lesiones, no intencionados, causados por el tratamiento de la enfermedad, que afecta a un paciente, por los profesionales de salud o por sus subyacentes que dan como resultado incapacidad, invalidez persistente o significativa, alguna anomalía congénita o un defecto de nacimiento. Entre los indicadores centinela más utilizados en los centros hospitalarios se encuentran los siguientes (que se expresan en porcentajes): pacientes con extubación accidental, los que fallecen por errores en la administración de medicamentos, sujetos que reciben transfusión sanguínea incompatible, material esterilizado sin control adecuado, pacientes que sufren caídas y los que desarrollan úlceras por presión.

Los atributos que debe poseer un indicador para evaluar la asistencia sanitaria son: validez, sensibilidad, especificidad, confiabilidad o comparabilidad en el tiempo y en el espacio, así como su sencillez de su proceso de cálculo. Se llama validez al

grado de congruencia lógica entre lo que se quiere medir y el método de medición que se emplea; la sensibilidad alude a la capacidad del indicador para identificar todos los casos positivos; la especificidad se refiere a la capacidad para discriminar los casos negativos; la confiabilidad o comparabilidad atañe a la posibilidad de reproducir en repetidas ocasiones la misma observación o resultado, y la sencillez del cálculo implica la factibilidad de la aplicación del indicador y de la interpretación de los resultados.

También se deben establecer las normas o estándares de calidad, que sirvan para medir o calificar la capacidad, determinar la cantidad, el alcance el valor o la calidad de algo, generalmente aceptado o utilizado. Dichos estándares son instrumentos de medición cuantitativos o cualitativos que permiten evaluar la práctica y el nivel de competencia. Asimismo proporcionan directrices para la realización de las funciones y actividades de un rol, una profesión o para el otorgamiento de un servicio, ya que establece el desempeño mínimo y máximo aceptables.

Hay algunas características que deben reunir los estándares, entre ellas destacan:

- Ser consientes o congruentes con los objetivos y las metas.
- Ser prácticos para que sirvan como criterios de operación
- Su contenido tiene que plantear soluciones perfectibles.
- Deben especificar los procedimientos relevantes para alcanzar las metas.
- Deben poder revisarse continuamente para mejorarlos.
- Ajustarse al marco conforme al cual fueron elaborados.
- Especificar claramente el proceso para establecer normas basadas en él.
- Establecer claramente las responsabilidades y la competencia.
- Estar documentados en manuales.
- Contener las medidas temporales para emergencias.
- Ser validados para su eficiencia.
- Considerar en su elaboración la difusión, instrucción y entrenamiento.

En la calidad asistencial constituye en componente subjetivo que mide y señala el límite diferenciador entre lo que es y no aceptable; asimismo proporciona un marco para la ejecución de cuidados de alta calidad e incrementa la responsabilidad del profesional ante el paciente mediante la articulación, el apoyo y la protección de los

derechos de los enfermos, y finalmente refleja, el grado de excelencia en el ejercicio de una profesión.

En enfermería los estándares se establecen y expresan en términos de comportamiento ya que deben servir como modelo para guiar las acciones de todo su personal, lo que permite conocer y valorar su grado de calidad en relación con la propia institución o con otros organismos externos. (Vargas, 2009)

2.2.1.7. Métodos de evaluación de calidad en salud

La evaluación, sea del tipo que fuera, deberá ser un proceso sistemático que intentara comprobar en qué medida, un conjunto de actividades se ajusta a los criterios o estándares propuesto. Podremos, una vez recogidos y analizados los datos, emitir una valoración sobre la situación en la que se encuentra la calidad del servicio, protocolo, etc., que estemos evaluando e introducir, en su caso, las correcciones oportunas.

Motivos éticos, de eficiencia por tener que decir donde se emplean los limitados recursos disponibles y legales, nos obligan a velar de forma permanente por la calidad de los servicios ofertados. En 1980, el Comité Regional para Europa de la OMS estableció un programa para todos los países europeos, plasmado en 38 objetivos cuyo cumplimiento se consideraba necesario para lograr la meta de “salud para todos en el año 2000”. En el Objetivo 31 explicitaba “todos los Estados miembros tienen que haber estructurado mecanismo que garanticen efectivamente la calidad de la atención al paciente en su propio sistema de salud.

La LGD 14/1986, del 25b de abril, dice en referencia de calidad:

- Todos los hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecer los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial.
- La administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de la calidad asistencial, oídas las Sociedades Científicas Sanitarias.
- La Evaluación compara la situación real del centro, con los estándares previamente fijados y, dependiendo de quién las realice, pueden ser internas,

realizadas por la propia institución sanitaria o externa, realizadas por la propia institución sanitaria o externas, realizadas por organismos ajenos al centro.

Métodos externos de evaluación. Acreditación y auditorias

La evaluación externa se realiza por expertos ajenos a la institución. El centro a valorar a esta obligado, según veíamos en el apartado anterior, por la LGS a “facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos”.

Las acreditaciones son procesos de verificación externa a los que se someten voluntariamente los centros. Se realizan por órganos independientes que poseen criterios y estándares prefijados, y que otorgan, en el caso de que el resultado se ajuste al baremo, la certificación correspondiente durante un determinado periodo de tiempo, pasado el cual habrá que volver a solicitarlo.

El organismo evaluador puede ser privado o gubernamental, y encontrarse a mucha distancia del centro, por ejemplo la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, JCAH (Comisión para la acreditación de los hospitales) pero el equipo evaluador, compuesto por profesionales del mismo tipo a los que se evalúa, deberá desplazarse hasta el lugar que ha solicitado la acreditación. La acreditación se solicita básicamente con objetivos asistenciales o docentes. La acreditación asistencial presupone un reconocimiento, público y profesional, de que los servicios sanitarios que se presenta en esa institución son de calidad. Mientras que la acreditación docente reconoce la capacidad para enseñanza del centro evaluado.

Métodos internos de evaluación.

Son los llevados a cabo por cada institución, abordando fundamentalmente aspectos de proceso y resultados, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial. No son programas impuestos y lo que pretenden es prevenir posibles deficiencias mediante la instauración de programas periódicos de formación, entrenamiento, reciclaje, sin duda, la existencia de programas internos refleja el interés real de las instituciones por la calidad de atención prestada.

Las formas que adopten los grupos de evaluación interna de calidad pueden ser diversas. El BOE de 16 de 1987 obliga a los hospitales a crear una comisión de garantía de calidad, en la que se integraran diferentes comisiones clínicas que, como mínimo, evaluaran los temas de infecciones, Mortalidad, Farmacia, Utilización de recursos diagnósticos, Docencia e Investigación e Historias clínicas.

Existen comisiones médicas, Comisiones de enfermería que asesoran a la junta de enfermería en todo lo referente a los cuidados, Grupos o equipos de mejora que puede ser multidisciplinario y desarrollan una labor preventiva. Pueden realizarse auditorías internas que en este caso a diferencias de las auditorías externas se realiza por miembros de la propia institución evaluada. La revisión se realiza analizando los protocolos, historias clínicas y , en general todos los registros escritos y es llevada a cabo por individuos de mismo nivel de los evaluados. Es lo que se denomina peer review (revisión de pares), aplicable tanto a los procedimientos de enfermería como a los médicos. Esta forma de evaluación interna mediante audits, es la más frecuente en EE.UU y Canadá, donde específicamente emplean el método de la JCAH denominado PEP (performance Evaluation Procedure) o el Mas (Medial Audit Study)de la Commission Professional and Hospital Activities. (Martinez, 2015, págs. 200-202)

2.2.1.8. Modelos de evaluación de la calidad en salud

Se describen a continuación algunos de los modelos de mayor referencia en la literatura científica, considerando los cuestionamientos publicados a los mismos, sus aplicaciones, o por sus contribuciones teóricas en la evaluación de la calidad del servicio. Entre estos:

1. El modelo de calidad de la atención médica de Donabedian de 1966.

Establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado, además de sus respectivos indicadores para evaluarla. Esta relación entre proceso y resultado, y la sistematización de criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la calidad de este tipo de servicio.

En este modelo, la estructura describe las características físicas, de organización y otros rasgos del sistema asistencial y de su entorno; el proceso es lo que se hace

para tratar a los pacientes, finalmente el resultado es lo que se consigue, normalmente traducido en una mejora en la salud, aunque también en la actitud, los conocimientos y en la conducta adoptada para una salud futura.

Para el caso de este modelo, que la calidad del servicio concebida desde un enfoque técnico obliga que su evaluación sea competencia de los profesionales de la salud, y escasamente mida la perspectiva de los pacientes, esto es, la calidad funcional percibida.

2. *El modelo nórdico de Grönroos de 1984.*

Propone un modelo que integra la calidad del servicio en función de tres (3) componentes: a) la calidad técnica, referida al “qué” representa el servicio recibido por los usuarios como consecuencia de la compra; según Grönroos este aspecto de la calidad tiene carácter objetivo; b) la calidad funcional, representa el “cómo” el usuario recibe y experimenta el servicio, relacionada con la forma en la cual se ha prestado el servicio a los usuarios por el personal del establecimiento; c) la imagen corporativa, re-presenta el resultado de cómo el usuario percibe la empresa a través del servicio que presta, afecta su percepción de la calidad del servicio y está asociada a la imagen que se forma sobre la organización.

Una evaluación satisfactoria de la calidad percibida se obtiene cuando la experimentada cumple con las expectativas del usuario, es decir, lo satisface, es así como un exceso de expectativas puede generar problemas en la evaluación de su calidad.

3. *El modelo americano Service Quality(SERVQUAL) de Parasuraman, Zeithaml y Berry de 1988.*

Apoyados en una investigación cuantitativa, estable cinco dimensiones para valorar la calidad del servicio; a) Empatía: muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus usuarios; b) Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa; c) Seguridad: conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad

y confianza; d) Capacidad de respuesta: disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido, finalmente, e) Elementos tangibles: apariencia física de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Plantearon 22 preguntas desde el punto de vista del usuario asociadas a sus expectativas, e igual número de ítems sobre sus percepciones del servicio recibido, evaluados en una escala de Likert de siete puntos, conformando así el instrumento con 44 ítems.

De esta manera, cuando las expectativas son superadas, el servicio puede considerarse de excepcional calidad. Cuando no se cumplen las expectativas del usuario, el servicio se califica como deficiente. Finalmente, cuando se cumple exactamente el nivel de expectativas del usuario, se define como un servicio de calidad satisfactoria.

4. *El Modelo Service Performance (SERVPERF) de Cronin y Taylor en 1992.*

Surge a raíz de las críticas realizadas por diversos autores al modelo SERVQUAL, específicamente sobre su escala para medir las expectativas. Lo proponen como modelo alternativo para evaluar la calidad del servicio basado exclusivamente en las percepciones de los usuarios sobre el desempeño del servicio. Esta escala descarta el uso de las expectativas en esta evaluación. Este utiliza una escala similar a la del SERVQUAL por lo que emplea sus 22 ítems para evaluar sólo las percepciones, simplificando así este proceso.

Esto lo justifica señalando que es escasa la evidencia respecto a que los usuarios valoren la calidad de un servicio como la diferencia entre expectativas y percepciones, además agregan que existe la tendencia de valorar como altas las expectativas. Estos autores desarrollan su escala con un considerable apoyo teórico (Duque, 2005), además de su superioridad psicométrica frente al modelo SERVQUAL probada por diversos estudios empíricos. (Stanescu, 2015)

De acuerdo a estos modelos podemos decir que los más utilizados para medir la calidad en los servicios de salud son: el Modelo SERVPERF y SERVQUAL, que son considerados como instrumentos válidos, confiables y apropiados para evaluar la calidad de los servicios desde la percepción del usuario.

2.2.1.9. Diferentes perspectivas de la calidad

- *Productos y Servicios*

La prestación de servicios surge para satisfacer determinadas necesidades de los clientes que ellos no pueden satisfacer por ellos mismos.

1. Propiedad: los clientes adquieren el uso o disponibilidad de un servicio.
2. Contacto directo: en la sanidad es muy acusado el proveedor y el usuario. Un aspecto positivo de esto es la percepción inmediata del grado de satisfacción del usuario; por otro lado, las reclamaciones y sugerencias deben ser vistas como una fuente de información gratuita acerca de la calidad del servicio.
3. Intangibilidad: Los servicios son intangibles, se producen y se consumen a la vez. Al ser al mismo tiempo la producción y el consumo, el control de calidad siempre es posterior a la prestación, y no permite error en la satisfacción del paciente. Por otro lado permite detectar de inmediato las insatisfacciones de los pacientes.
4. Caducidad: Los servicios son bienes perecederos, no pueden almacenarse. La demanda asistencial es variable e irregular, el servicio se presta tras una solicitud ya sea instantánea (urgencias) o programable.
5. Importancia del error: El error puede tener consecuencias muy peligrosas, de ahí, lograr que el error sea cero no es una meta sino una obligación.
6. Implica la fiabilidad, humana y de equipos.
7. La capacidad del equipo es tanto objetiva como subjetiva.

- *Clientes, pacientes, usuarios*

Un cliente es alguien que elige y compra algo, mientras que un usuario es aquel que recibe el beneficio pretendido de un producto, sea o no el comprador del mismo.

Los compradores de los servicios sanitarios se llaman pacientes.

En un hospital existen clientes que buscan salud (pacientes), usuarios que reciben beneficio sin pagarlo (pacientes hijos de titulares de seguros), clientes que hace uso de instalaciones sin estar enfermos (acompañantes). Y además existen los clientes

internos, es decir, los profesionales del hospital que piden un servicio a otros como, por ejemplo, un estudio de radiodiagnóstico, un hemograma, un estudio preoperatorio, etc.

- ***Atención al paciente***

Desde el punto de vista de la calidad, la atención al paciente debe ser:

1. Prudente o sensata:
 - Aptitud: Ser estudioso de los conocimientos; la ciencia, saber lo que hay que hacer.
 - Actitud: Querer hacer lo que hay que hacer
 - Habilidad: Poseer el conocimiento, saber hacer lo que hay que hacer.
 2. Humana: Son los valores que deben regir el trato del paciente, como paciencia, compasión y generosidad.
 3. Gerente: El uso adecuado y racional de las instalaciones y sus recurso.
- (Martinez, 2015, págs. 197 - 198)

2.2.1.10. La calidad: desde el punto de vista del usuario

Parasuraman, Zeithmal y Berry, (1990) Coincidieron en que la clave para alcanzar un buen servicio es alcanzar las expectativas que tiene el cliente. Una alta o baja definición sobre la calidad de servicio depende de cómo los consumidores perciben la totalidad del servicio bajo el contexto de sus expectativas. Por lo que la calidad del servicio percibido por el usuario es definida como: La extensión o discrepancia entre las expectativas o deseos de los consumidores y sus percepciones.

Desde el punto de vista del usuario, la calidad del servicio es un concepto dinámico, el mismo fluctúa según las experiencias actuales que concebirán las futuras expectativas del usuario; por lo que una manera de obtener la información necesaria para incrementar y mantener la calidad del servicio proveído por turista es a través de su constante medición. Igualmente es un constructo complejo el cual depende de muchos aspectos o dimensiones presentes en la prestación de servicios

(intangibilidad, caducidad, heterogeneidad e inseparabilidad), vinculado a la satisfacción del usuario, lo cual le confiere un nivel de complejidad superior. (Morillo Moreno, 2016)

La intangibilidad significa que los servicios son prestaciones y experiencias más que objetos; resulta difícil, por tanto, establecer especificaciones previas para su elaboración que permitan estandarizar la calidad. Contrariamente a lo que acontece en la manufactura de bienes, en los servicios los resultados no pueden ser medidos, comprobados y verificados para asegurar su calidad antes de la venta.

La heterogeneidad significa que la prestación de un servicio varía de un productor a otro, de un consumidor a otro. La calidad de la interacción que el personal de contacto establece con los clientes muy pocas veces puede ser estandarizada dentro de unas normas que permitan asegurar su calidad.

La inseparabilidad indica que no hay muchas diferencias entre la producción y el consumo y que la calidad de los servicios se produce durante su entrega o prestación en vez de ser estructurada y controlada en la planta de producción, lo que permite que el producto obtenido se entregue sin alteraciones al consumidor.

La calidad del servicio es el grado de conformidad de los atributos y características de un servicio respecto a las expectativas del cliente, o a lo que el cliente espera que va a suceder o desean en una situación. Es el resultado de la evaluación realizada por el usuario mediante la comparación entre lo que los clientes perciben de la prestación del servicio y lo que éstos esperaban; es decir, de la satisfacción de las expectativas del mismo. (Morillo Moreno, 2016)

La calidad del servicio desde el punto de vista del usuario, resulta de las experiencias que han tenido con el uso de un servicio, y con la comparación realizada por los clientes entre las expectativas y las percepciones que tienen sobre el servicio que va a recibir. El buen servicio es sumatoria de las calidades técnicas, profesionales, funcionales y humanas.

2.2.1.11. Acreditación Canadá para evaluar y certificar los estándares de calidad

La Acreditación Canadá, es un proceso mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de los mismos con base a la aplicación de prácticas, protocolos y políticas, a través de las cuales se garantiza al usuario una atención con seguridad, calidad y calidez.

Al adquirir esta acreditación la Institución de Salud podrá identificar riesgos en el flujo de atención con la finalidad de disminuirlos o eliminarlos, incrementando no sólo su calidad y calidez también la satisfacción del público externo.

El sistema está compuesto por tres niveles con los que se mide la situación actual de los hospitales, así como la implementación de las recomendaciones de los consultores para mejorar los servicios.

1. **Nivel Oro (básico):** marca los elementos fundamentales de la calidad y seguridad. Es lo más básico que debe existir en un hospital.

Ejemplo: En lavado de manos se va a pedir que haya comunicación (verbal, escrita, capacitación, entrenamiento) a todo el personal, sobre la importancia de lavarse bien las manos para evitar la propagación de infecciones.

2. **Nivel Platino:** Se concentra en el cuidado del paciente y en la consistencia de entrega del servicio.

Ejemplo: En el lavado de manos se va a controlar si existen dispensadores de jabón y gel desinfectante, dónde están ubicados, qué tipo de geles se están utilizando, etc.

3. **Nivel Diamante:** Se monitorean los resultados como evidencia de la implementación de recomendaciones para mejorar el servicio a los pacientes.

Ejemplo: Se verifica si se están haciendo las auditorías y si del resultado de estas surten efecto en la ciudadanía. (MSP, 2015)

La organización extranjera Accreditation Canada International (ACI), avala la calidad de los hospitales a nivel mundial, por eso es un honor decir que el Hospital

Alfredo Noboa Montenegro recibió dicha acreditación, pero eso es motivo para seguir trabajando cada día por una excelente atención.

2.2.2. Triage

2.2.2.1. Historia del triaje

El triaje surge al principio del siglo XIX, por las exigencias de la guerra y permanece íntimamente relacionada con la medicina militar. El médico cirujano del ejército de Napoleón, Barón Dominique Jean, observó que para mejorar la supervivencia de los soldados era necesario atender primero de la forma más rápida a los más graves.

Nunca utilizaron el término triaje pero , fue el primero en actuar antes de que acabara la batalla, ignorando el rango y bando del soldado, considerando la prioridad de su asistencia dependiendo de las lesiones que presentaban, lo que se debe realizar en estas emergencias para prevenir las consecuencias de soldados heridos sin asistencia alguna, es poner las ambulancias más cerca posible del campo de batalla y establecer cuarteles, en los que todos los heridos, que requieran delicadas intervenciones quirúrgicas, puedan ser reunidos para ser operados por el cirujano general.

Los soldados con heridas graves deben recibir la primera atención, independientemente del rango o distinción. Aquellos de menor grado de lesión deben esperar hasta que sus compañeros de armas, que estén gravemente lesionados, hayan sido operados y curados, las heridas ligeras pueden ser reparadas fácilmente en los hospitales de primera o segunda línea, especialmente en los oficiales que tienen medios de transporte, la vida no corre peligro por estas heridas. (Larrey, 1792)

El triaje sanitario se desarrolló en el campo de batalla por dar prioridad a los soldados heridos con la finalidad de conocer el estado de éstos y saber cuándo podrían volver al campo de batalla.

Durante el siglo siguiente, esta práctica se extendió por todos los campos de batalla, de esta forma los soldados que no podían ser operados inmediatamente eran

mantenidos en las mejores condiciones posibles. El triaje ha sido una ayuda muy importante en tiempos de guerra. El triaje en los servicios de urgencias empieza a introducirse durante el siglo XX, un pionero en la introducción de una sistematización del triaje en urgencias y emergencias fue E. Richard Weinerman en el año 1964 en Baltimore. En la actualidad los sistemas de selección y clasificación son muy variados y en ocasiones, complejos en su aplicación. (Benavente, 2014)

2.2.2.2. Definición del triaje

El triaje proviene de la palabra francesa trier que se define como separar, escoger o clasificar, herramienta utilizada en el servicio de Emergencia. Es un proceso de selección y clasificación de pacientes para poder manejar adecuadamente y con seguridad, permite una identificación del riesgo en base a los signos y síntomas para poder manejar adecuadamente el flujo de los pacientes en dependencia de su gravedad, debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo. (García, 2014)

2.2.2.3. Clases de Triage

Triage multidisciplinar: Enfermero y equipo médico, Posibilita resolución de determinados pacientes sin necesidad de pasar a otra consulta.

Triage avanzado: contempla, dentro del triaje estructurado, la posibilidad de realizar por enfermería determinadas pruebas complementarias antes de la visita médica.

Triage estructurado: lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles. Existen 5 sistemas de triaje estructurado en la actualidad. (Guillén, 2017)

2.2.2.4. Modelos de triaje

Actualmente existen cinco modelos de triaje estructurado ampliamente utilizadas en los diferentes hospitales del mundo:

1. Australian Triage Scale (ATS)

La ATS se clasifica en cinco niveles de priorización, cada nivel tiene unas características representadas en 66 categorías sintomáticas (signos y síntomas) utilizados para elegir la prioridad de cada paciente:

- ATS 1: Este nivel corresponde a una inminente situación de peligro vital donde es necesario una evaluación y tratamiento de forma inmediata.
- ATS 2: este nivel pertenece a un inminente peligro para la vida del paciente donde es importantísimo una evaluación y un tratamiento efectivo en menos de 10 minutos para solucionar la amenaza latente o el fallo multiorgánico y aliviar el dolor o malestar.
- ATS 3: este nivel representa un peligro vital potencial donde la adecuada evaluación y el tratamiento correcto en un período máximo de 30 minutos pueden reducir las secuelas considerablemente.
- ATS 4: este nivel coincide con situaciones potencialmente urgentes donde la complejidad o gravedad se maximiza, si no se realiza una evaluación y un tratamiento eficaz dentro de los primeros 60 minutos.
- ATS 5: este nivel afecta a situaciones menos graves donde los problemas pueden ser clínicos o administrativos, como por ejemplo resultados de revisiones, certificados médicos, recetas, etc., donde la urgencia no es preocupante.

2. Emergency Severity Index (ESI)

Este modelo sólo valora el gasto de recursos en la atención de los pacientes como la necesidad de extraer analíticas, de realizar un electrocardiograma, una radiografía o una angiografía, de administrar medicación vía intravenosa, intramuscular o en nebulización, de hacer una consulta especializada, etc. A diferencia de los otros modelos, el ESI no tiene unos tiempos de actuación predefinidos. No dispone de ninguna traducción y con lo único que cuenta es con un manual para su aplicación.

3. Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

Este modelo aporta un aspecto muy importante con respecto al modelo ATS, incorpora como síntoma el dolor, clasificándolo dentro de unos parámetros donde la subjetividad del profesional sanitario encargado del triaje no se ve influenciada. Los principales signos y síntomas correspondientes a cada nivel de triaje son:

- Nivel I: paro cardíaco o respiratorio, traumatismo mayor, traumatismo craneoencefálico con escala de Glasgow menor a 10, quemadura grave (mayor al 25% de la superficie corporal total) o quemadura de la vía aérea, traumatismo toracoabdominal con alteración del estado mental, hipotensión, taquicardia y dolor grave, estados de choque (cardiogénico, hemorrágico, insuficiencia pulmonar, síndrome séptico, etc.), alteraciones de la conciencia (intoxicaciones, sobredosis, enfermedades del SNC...), y enfermedad respiratoria grave (neumotórax, anafilaxia, cetoacidosis diabética...).
- Nivel II: alteraciones del estado mental (enfermedades infecciosas, inflamatorias, parálisis...), dolor ocular, torácico, visceral o abdominal grave, traumatismos craneoencefálicos o graves con escala de Glasgow menor a 13, hemorragia gastrointestinal, enfermedad vascular cerebral, disnea, asma, cefalea, fiebre, etc.
- Nivel III: traumatismo de cráneo con escala de Glasgow menor a 15, traumatismos moderados (fracturas o luxaciones con dolor grave en pacientes estables), asma moderada o leve (requieren broncodilatadores y vigilancia), disnea moderada (neumonía, derrame pleural y enfermedad pulmonar crónica), ideas suicidas, dolor grave o moderado (4-10/10), pacientes en diálisis o trasplantados, etc.
- Nivel IV: traumatismo de cráneo con escala de Glasgow de 15 sin vómitos, traumatismos menores (fracturas, abrasiones, laceraciones, contusiones...), dolor abdominal como apendicitis en etapas iniciales, cefalea no súbita ni migrañosa, infecciones respiratorias agudas, vómitos, diarreas, etc.
- Nivel V: pacientes con problemas crónicos, donde no existe deterioro y puede ser referido a otro nivel de atención.

4. Sistema Español de Triage (SET)- Model Andorrá de Triage (MAT)

Sistema de triaje estructurado de cinco niveles de priorización, con un programa de ayuda al triaje (PAT) que gestiona y colabora con los profesionales sanitarios en la clasificación de los pacientes.

- El profesional sanitario responsable del triaje es enfermería con o sin ayuda del médico, priorizando ante todo la urgencia clínica del paciente.
- El sistema de triaje está en constante mejora a través de unos indicadores de calidad.
- Debe basarse en un modelo global donde los pacientes son valorados y clasificados de la misma forma mediante un formato electrónico.

El Sistema Español de Triage es un sistema de clasificación de cinco niveles de priorización, donde a cada nivel se le asigna un color específico y un tiempo máximo de actuación por parte del profesional sanitario responsable.

5. Manchester Triage System (MTS)

Se basa, al igual que la CTAS. El sistema clasifica los pacientes en cinco niveles de priorización, asignándoles a cada nivel un color específico y un tiempo máximo de actuación por parte del profesional responsable. **Fuente especificada no válida.**

Podemos decir que todos los sistemas de triaje se caracterizan por disponer de cinco niveles de clasificación con sus respectivos tiempos en los cuales los profesionales sanitarios atienden a los pacientes, los sistemas de triaje CTAS, MTS y SET incorporan el empleo de diferentes colores en cada nivel de priorización con el objetivo de hacer más visible dicha clasificación y su posterior atención. En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro se utiliza el sistema de triaje de Manchester.

2.2.2.5. Sistema de triaje de Manchester

Es un sistema de clasificación y priorización de pacientes diseñado en los años 90 por profesionales de los Servicios de Urgencias de los hospitales de la ciudad inglesa de Manchester para dar respuesta a una creciente inquietud profesional en aquel ámbito de trabajo, con siglas en inglés Manchester Triage System, parte fundamental

del manejo de riesgo clínico en los Servicios de Urgencias, se basa en un sencillo método en el que, en función de la queja del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, se le asigna al paciente un nivel de prioridad que puede significar.

Descripción del Sistema Manchester

El proceso de decisión que rodea al triage de un paciente, sigue los siguientes pasos:

- 1- Identificar el problema.
- 2- Reunir y analizar la información.
- 3- Evaluar todas las alternativas y seleccionar una para su aplicación.
- 4- Aplicar la alternativa seleccionada.
- 5- Comprobar la aplicación y evaluar los resultados

Sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos:

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de triaje.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de triaje desarrollado. (Soler, 2010)

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un color un número, y un nombre que se definió en términos de tiempo clave o tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta.

Imagen 1

CLASIFICACIÓN DE EMERGENCIAS (SISTEMA DE TRIAGE)			
Prioridad	Tipo de atención	Color	Tiempo de espera
1	Atención Inmediata	Rojo	Atención Inmediata
2	Muy urgente	Tomate	10 min
3	Urgente	Amarillo	60 min
4	Normal	Verde	120 min
5	No urgente	Azul	240 min

Fuente: Hospital Alfredo Noboa Montenegro

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes:

- Conducta anormal e inusual
- Enfermedad
- Lesión
- Niños
- Catástrofes

En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención (Grafico 1), el profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad.

Los discriminadores generales son: riesgo vital:

- Dolor
- Hemorragia
- nivel de conciencia
- temperatura
- agudeza (tiempo de evolución) y se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación. (Soler, 2010)

El sistema de Manchester, a lo largo de este tiempo ha sido adoptado en muchos hospitales de todo el mundo, el sistema de triaje controla de forma continua, evaluando a los pacientes mediante su estado de salud, este sistema garantiza las necesidades de atención para que su calidad sea satisfechas, controlando los tiempos

de espera y dando información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y el tiempo de espera.

2.2.2.6. Objetivos del Triage

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida.
- Determinar el área de tratamiento más adecuado para los pacientes que acuden a los servicios de emergencia.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento en los servicios de emergencia.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes.
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las emergencias y urgencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros asistenciales.
- Permitir una información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y los tiempos de espera.
- Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de los servicios de urgencias y emergencias, con la finalidad de optimizar recursos y mejorar su gestión.
- No es objetivo del triaje hacer diagnósticos, sino solo priorizar. (Noboa, 2014)

2.2.2.7. Funciones del triaje

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. (Soler, 2010)

2.2.2.8. Funciones de la enfermería en triaje

El personal de enfermería del triaje es el primer miembro sanitario que establece contacto con los pacientes que acuden al área de triaje del hospital. La clasificación de estos se ha de hacer en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva, para poder garantizar su seguridad mientras esperan para ser atendidos por el médico. Los más urgentes serán asistidos los primeros, y el resto serán reevaluados de forma continua hasta ser atendidos por el equipo médico.

El proceso en sí consta de cuatro etapas:

- 1) recepción
- 2) acogida
- 3) valoración, clasificación
- 4) distribución.

Una vez efectuado el proceso de admisión en la recepción, cada paciente será llamado para entrar en la sala del triaje. En este momento, el enfermero se presentará al paciente, le identificará y finalmente le explicará el proceso al que va a ser sometido, dándole información básica, tanto a él como a sus acompañantes, sobre el funcionamiento y las normas del servicio de urgencias.

El enfermero se entrevistará con el paciente para efectuar una breve historia (motivo de consulta, antecedentes personales, alergias). Así mismo se tomarán los signos vitales en los casos en que sea necesario (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de O₂ y glucemia)

En este momento se determina el nivel de prioridad en la atención:

- I Rojo: Urgencia vital
- II Naranja: Emergencia
- III Amarilla: Urgencia
- IV Verde: Urgencia menor
- V Azul: Situaciones no urgentes

Por lo tanto, las funciones de la enfermería en el proceso del triaje 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, en el sitio de llegada , realizando una adecuada valoración de acuerdo a escala establecida en la institución
- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
- Realizar una rápida evaluación clínica, recogiendo los datos expresados por el paciente si estuviera en condiciones, para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta.
- Priorización y clasificación del paciente de acuerdo con la escala de Manchester
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente
- Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en un servicio de urgencias
- Dar la información registrada al equipo multidisciplinar encargado del proceso diagnóstico y terapéutico en el área asignada.
- Informar a los pacientes y a sus familias sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable. (Quirónsalud, 2017)

La función de la enfermera en el área triaje, es ejecutar el procedimiento mediante el cual un paciente es valorado por el sistema de Manchester para determinar la emergencia del problema y asignar que tipo de prioridad y el recurso apropiado para el cuidado del problema identificado.

2.2.2.9. Triage como indicador y control de calidad

Los indicadores de calidad del triaje estructurado se proponen como estándares, y por tanto su grado de cumplimiento, que puede verse influenciado por múltiples factores al margen del profesional que realiza el triaje, ha de ser entendido siempre como un objetivo de calidad. Como instrumento, su monitorización periódica nos

permitirá poner en marcha mecanismos de corrección y mejora, dentro de una dinámica de mejora continua de la calidad.

Se definen 4 indicadores de calidad del triaje:

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

- Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados: Porcentaje de pacientes que deciden dejar el cuarto de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados. Este índice está afectado directamente por la calidad del triaje.

- Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico: Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el cuarto de urgencias antes de ser visitados por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

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

3. Tiempo de duración del triaje: Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea \leq a 5 minutos en $>$ 95% de los pacientes clasificados.

4. Tiempo de espera para ser visitado: Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en \leq a 2 horas desde su clasificación y el 100% en \leq a 4 horas. (Washington, D. C.: OPS, 2010)

2.2.3. Servicio de Emergencia

2.2.3.1. Urgencia y emergencia sanitaria

Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. Según la OMS se considera urgencia a toda situación que, en opinión del paciente, su familia o quien tome la decisión requiere una atención médica inmediata. La urgencia tiene un evidente componente subjetivo que habrá de ser evaluado mediante una adecuada valoración médica inicial, que decidirá si se trata de una no – urgencia o de una autentica situación objetiva.

Emergencia es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o función de un órgano. Según la Organización Mundial de la Salud, es el caso que le falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos en la que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. La Real Academia Española define, suceso o accidente que sobreviene o también situación de peligro que requiere una atención inmediata. También se dice que en una emergencia la persona afectada puede llegar hasta la muerte en un tiempo menor a una hora. (Peñalver, 2011)

2.2.3.2. Definición

El servicio de emergencia ofrece un tratamiento inicial de pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requiere atención inmediata. Brinda su atención las 24 horas al día, los 365 días del año, cuenta con profesionales especializados así como personal de apoyo altamente capacitado. (Pinos, 2018)

2.2.3.3. Organización del servicio de Emergencia

El servicio de emergencia tiene cuatro aspectos que deben ser considerados a la hora de plantearse su organización:

1. Estructura física o arquitectónica.
2. Recursos técnicos

3. Recursos humanos
4. Organización Funcional (Mir, 2011)

1. Estructura física o arquitectónica.

El servicio de emergencia dispone de una planta física amplia, cómoda y recién remodelada de acuerdo a la normativa actual, compuesta por un área de acceso directo de ingreso y egreso de las ambulancia y vehículos de socorro, en un solo sentido, para evitar accidentes y congestión vehicular, en caso de desastre con víctimas en masa, con su respectivo parqueadero para cuatro ambulancias y tres para vehículos familiares de pacientes desembarcados por atención de emergencia, con un acceso directo a shock trauma para resucitación de paciente tipo 1 y emergencias 2,3,4 y 5 por separado, para embarque y desembarcados de pacientes y personal médico y paramédico y para ingreso de pacientes ambulatorios con un acceso peatonal aislado del área de circulación vehicular por una barrera vegetal de la vía vehicular, una sala de espera amplia y confortable, con dos baños por género y Con acceso para personas con discapacidad, oficina de gestión de Enfermería y SOAT área de triage amplia, con ventanales grandes para tener dominio visual de la sala de espera y el acceso a shock trauma, con dos camillas de exanimación, un medio baño y el acceso a los tópicos de traumatología, ginecología con medio baño adecuado para pacientes ginecológicas y gestantes, que está equipada para la atención de partos en expulsivo y/o alumbramientos emergentes. El área de Pediatría que por su acceso en forma directa y corta, se convierte en área de aislamiento o tópicos de cirugía menor y tópico de Medicina Interna e hidratación adultos, con su respectivo equipamiento y monitorización, tiene una puerta automática de acceso controlado para personas con discapacidad o pacientes transportados en sillas de ruedas o camillas por su condición de salud, el tópico de cirugía está equipado básicamente para la evaluación y reanimación de pacientes en estado crítico, con desfibrilador, monitor y coche de paro, y con acceso rápido a Terapia Intermedia/Intensiva (Shock Trauma), un área de observación e hidratación con un total de ocho cubículos con independencia visual de dos de los cuales tiene independencia auditiva para casos especiales y dos están destinados para la observación pediátrica, dos baños

completos para pacientes de observación con toda la comodidad y seguridad para pacientes con discapacidad, un área con dos duchas manuales para pacientes quemados o intoxicados individualizada por genero, medio baño para personal y visitas, un lava chatas, estación de enfermería centralizada para tener dominio visual del área de observación, shock trauma y tópicos de atención rápida (boxes) con sus respectivas áreas de bodega y utilería limpia y usada , un área de camillas y sillas de ruedas , área de relax y reuniones para médicos residentes , internos rotativos y personal de servicio, una oficina para administración de servicio, dos baños completos para personal por género, área de locker y vestidores de personal. Un área de depósito intermedio de desperdicios y lavado de material de aseo, acceso directo para TAC y hospitalización de Medicina Interna, en el mismo nivel atravesando dos pasillos Rx, ecografías, laboratorio, trabajo social, hotelería estadística y consulta externa: por el accenso para pacientes y camillas se tiene acceso al segundo nivel apra quirófanos y centro obstétrico y todos los servicios de hospitalización, una ambula tipo 2 funcional y dos vehículos adaptados que tienen funciones como ambulancias. (Pinos, 2018)

2. *Recursos técnicos*

Triaje:

- 2 tensiómetros de pared
- 2 equipos de diagnostico
- 2 camillas
- Termómetros
- 2 biombos
- 4 sillas
- Giratorias
- Balanza digital adultos
- Balanza pediátrica
- Lámpara led
- Monitor de computadora con teclado

- 2 saturadores de mano
- 1 fonendoscopio

Tópico de traumatología:

- 2 camillas
- 1 Tensiómetro de pared
- 1 equipo de diagnóstico
- 1 electrocauterio
- 2 negatoscopio
- 1 lámpara led
- 1 sillón giratorio
- 1 escritorio
- Mesa Auxiliar
- Coche de curaciones
- Gradilla
- 2 soportes
- Flujo metro

Tópico de ginecología:

- Un monitor
- Lámpara led
- Balanza digital
- Tensiómetro de pared
- Monitor
- Flujo metro
- Biombo
- Equipo de parto
- Tirillas
- Doppler
- Campana de pinar
- Cinta métrica
- Camilla ginecológica

- Pinza de aro
- 4 especuladores vaginales
- Fonendoscopio
- Tacho de acero inoxidable
- Lava vacara de hierro enlozado
- 2 basureros
- Soportes
- Perrilla
- Coche de emergencia ginecológica con medicación
- Escritorio
- Silla giratoria
- Silla corte pluma
- Taburete giratorio
- Vitrina
- Gradilla

Tópico de Pediatría:

- Ambú pediátrico
- Ambú neonatal
- Balanza pediátrica
- Equipo de diagnóstico
- Soporte
- Flujómetro
- 2 Nebulizadores
- 2 Saturadores
- Laringoscopio pediátrico con tres hojas
- Tensiómetro pediátrico
- Fonendoscopio pediátrico
- Funda de hielo
- Perrilla
- Coche de curaciones con 2 tazones

- Gradilla
- Tachos de basura
- Camilla
- Silla giratoria
- Silla corte pluma
- Negatoscopio

Tópico de cirugía menor:

- 2 Camillas con soporte
- Monitor
- Tensiómetro de pared
- Succionadora
- Electrocauterio
- Equipo de diagnóstico de pared
- Laringoscopio
- Equipo de diagnóstico manual
- Glucómetro
- Desfibrilador
- Lámpara led
- 10 equipos de curación
- 10 equipos de sutura
- Pinza de cuerpo extraño
- Coche de curaciones con 2 tazones
- Coche de paro con medicación
- Ambú de adultos
- Flujómetro
- Laringoscopio con 7 hojas
- 2 Gradillas
- 2 Soportes
- Tachos de desechos
- 2 Tachos con ruedas

- Vitrina
- Negatoscopio

Tópico de hidratación:

- 2 camas eléctricas
- Monitor tensión de pared
- Flujómetro
- 2 soportes
- 2 gradillas
- 2 sillas corte pluma
- Tacho de desechos
- Coche de curaciones con 2 tazones

Observación:

- 8 camas eléctricas
- 8 monitores
- 8 equipos de diagnóstico
- 6 flujómetros
- Soportes
- 4 gradillas
- 7 sillas corte pluma
- 8 tachos para desechos

Terapia Intensiva

- 2 camas eléctricas
- 2 monitores
- 2 tensiómetros de pared
- 2 equipos de diagnóstico
- 2 flujómetros
- 2 ventiladores mecánicos
- 5 bombas de infusión
- 1 succionador
- 1 saturado

- 2 fonendoscopio
- Martillo de percusión
- Glucómetro
- Lactato (acuché)
- Glucómetro
- Laringoscopio
- Ambú de adulto
- Ventilador de transporte
- Electrocardiograma
- Eco Doppler
- Coche de curación con 1 tazón
- Desfibrilador
- 2 gradillas 4 soportes
- Escritorio
- 2 sillas giratorias
- Silla corte pluma
- Monitor
- Teclado
- CPU
- Impresora
- Negatoscopio
- Tachos de desechos
- 2 tachos con ruedas

Estación de Enfermería:

- 4 sillas giratorias
- Teléfono interno y externo
- Monitos
- CPU
- Teclado
- Impresora / copiadora

- 4 sillas de ruedas

Utillería limpia:

- Mesa para pase de visita de madera
- Una mesa niquelada de dos servicios para colocar material esteril
- 2 charoles para medicación
- Gasómetro
- 2 vitrinas de desechos
- Organizador de medicación para pacientes hospitalizados
- Gavetas con insumos
- 1 lavamanos

Utillería sucia:

- Dos semilunas
- Lavacaros de acero inoxidable
- Bandejas de hierro enlosado
- Siete jarras de acero inoxidable
- Tanque de oxígeno con manómetro
- Electrocardiograma
- Tacho de desechos

Sistema de comunicación:

- Reuniones del servicio
- Cambio de turno
- Teléfono
- Quipux (Pinos, 2018, pág. 13)

3. ***Recursos humanos***

Medicina:

- Un Médico Emergenciólogo, Tratante en funciones de Líder de Servicio y coordinador de médicos residentes e internos de medicina
- Un Médico Intensivista
- Cuatro Médicos Residentes Asistenciales

- Un medico en el servicio de triaje
- Veinte y un médicos residentes asistenciales de otros servicios que su jornada laboral con guardias cada quinto día en el servicio de emergencia, dos de los cuales cumplen funciones en imagenología con turnos de llamadas
- Internos Rotativos (estudiantes de medicina de ultimo año de prepago) cuyo aumento es fluctuante de apoyo permanente

Enfermería:

- Una Licenciada Líder de Equipo
- Quince Enfermeras Miembros de equipos
- Nueve Sras. Auxiliares de Enfermería
- Interna rotativa de enfermería
- Estudiantes Auxiliares de Enfermería

Limpieza:

- Personal de limpieza las 24 horas

Apoyo de guardias:

- Médicos de llamada: cirugía , ginecología , traumatología y anestesiólogo
- Licenciada de laboratorio
- Personal de farmacia
- Conserje
- Guardias privados (Pinos, 2018, pág. 17)

4. Organización Funcional

El servicio de emergencia se encuentra a cargo del Jefe del Servicio, que es la autoridad responsable de la planificación, organización, funcionamiento y administración integral del servicio; supervisa, controla y evalúa toda la organización en los ámbitos de producción, calidad, eficiencia y eficacia, para garantizar la permanencia y accesibilidad equitativa de la población; y responde, por su gestión al Director del Hospital, a la comunidad; y legal, administrativa y pecuniariamente ante los estamentos legales pertinentes. (Pinos, 2018, pág. 11)

2.2.3.4. Funciones Generales del Servicio

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro tiene funciones designas para cada área, en especial al servicio de emergencia, como son:

- Implementar los avances científicos y tecnológicos, a fin de mejorar los procesos y la gestión del servicio.
- Organizar el servicio y la atención, en concordancia con las necesidades y condiciones socioeconómicas de la comunidad, el perfil epidemiológico local y de acuerdo con las políticas normas y procedimientos vigentes establecidos por el Ministerio de Salud Publica.
- Establecer y mantener un sistema de control y vigilancia epidemiológica, intra y extra hospitalaria para preservar la salud de los clientes internos y externos.
- Formar parte del sistema de referencia bidireccional de acuerdo a su nivel de competencia.
- Contribuir a mantener ambientes saludables internos y externo, estableciendo mecanismos para la aplicación de las normas de saneamiento ambiental y en coordinación intra y extra institucional.
- Responder por su gestión a los clientes, familia y comunidad aplicando las estrategias de veeduría ciudadana.
- Planificar, ejecutar, controlar y evaluar sus prestaciones de servicio en coordinación con los demás servicios Hospitalarios para una adecuada Referencia y Contra referencia del cliente.
- Programar y ejecutar la capacitación continua para el personal del servicio.
- Promover investigaciones en la subespecialidad de emergencia y administrativas, protegiendo la integridad biopsicosocial del cliente, familia y comunidad.
- Impulsar la movilización y participación social para aspectos de desarrollo interno y externo del servicio. (Pinos, 2018, pág. 10)

2.3. Glosario:

- **Emergencia:** Es una atención de forma urgente y totalmente imprevista, ya sea por causa de accidente o suceso inesperado. Depende el ámbito en el que se use, esta palabra podrá tener distintos significados. (Conceptos, 2019)
- **Urgencia:** Del latín urgentia, 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. (Merino, 2013)
- **Triaje:** Es un proceso que nos permite poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes, término triage o triaje 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. (Pérez, 2010)
- **Prioridad:** Proceso de clasificación y distribución de la asistencia sanitaria a un grupo numeroso de enfermos heridos según un sistema preestablecido designaciones de prioridades. suele aplicarse en caso de catástrofes naturales, grandes accidentes, campos de batalla y servicios de urgencias con gran demanda asistencial. (Alvear, 2012)
- **Sistema de Manchester:** Es un sistema de clasificación y priorización de pacientes, se basa en un sencillo método en el que, en función de la queja del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, se le asigna al paciente un nivel de prioridad que puede significar (Rubio, 2018)
- **Calidad:** Se define la calidad, como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. (scielo, 2004)
- **Satisfacer:** Cumplir, llenar ciertos requisitos o exigencias, o cumplir las condiciones expresadas en un problema y se, por tanto, su solución. (Español, 2014)
- **Apreciación:** Acción y afecto de apreciar, reconocer y estimar el mérito de alguien o algo (Español, 2014)

- **Trascender:** Que traspasa los límites de lo experimental y se eleva a la concepción abstracta de las leyes. De mucha importancia o gravedad (Masson, 2004)
- **Mortalidad:** Condición de ser mortal. Tasa de fallecimiento, que refleja el número de muertos por unidad de población en una determinada región, grupo de edad, enfermedad u otra clasificación. (Anderson, 2003)
- **Morbilidad:** Estado o situación de enfermedad. Incidencia o prevalencia de una enfermedad o de todas las enfermedades en una población. (Mendez, 2005)
- **Percepción:** acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo) (Gardey, 2012)
- **Multidimensional:** Que tiene varias dimensiones. (Larousse, 2016)
- **Iatrogénicos:** Es cualquier condición física o mental adversa o desfavorable inducida en un paciente por efectos indeseables o lesivos del tratamiento (paulo, 2019)
- **Discapacidad:** Perdida ausencia o reducción observable y medible de la capacidad física o mental (Anderson, 2003)
- **Discrepancia:** Desacuerdo por diferencia de opiniones (Moliner, 2018)
- **Provisión:** Es la acción y efecto de proveer suele utilizarse para nombrar al conjunto de cosas que se reservan para un fin determinado. (Gardey, 2014)
- **Infecciones Intrahospitalarias:** conocidas también como infecciones nosocomiales, son aquellas que se adquieren una vez que el enfermo ha ingresado al centro hospitalario y constituyen un problema de salud pública a escala nacional y mundial, dado que se asocian a un incremento de la mortalidad, morbilidad y costos, tanto hospitalarios como para los pacientes, sus familias y la sociedad en general. (Cole-Gutiérrez1, 2006)
- **Heterogeneidad:** Cualidad de heterogéneo, mezcla de partes de diversa naturaleza en un todo. (Español, 2014)
- **Tangible:** Que se puede tocar, se puede percibir de manera precisa resultados tangibles. (Español, 2014)

- **Optimización:** Acción y efecto de optimizar, buscar la mejor manera de realizar una actividad. (Español, 2014)
- **Triaje estructural:** Lleva a cabo a partir de escalas válidas, útiles, relevantes y reproducibles. Existen 5 sistemas de triaje estructurado en la actualidad. (Guillén, 2017)
- **Normas:** Principio o regla que determina como debe ser una cosa, una actividad o una conducta (Español, 2014)
- **Síntoma:** Manifestación de una enfermedad o de un síndrome que solo es percibida por el individuo que lo padece. (Alvear, 2012)
- **Signo:** Manifestación objetiva de una enfermedad o un síndrome, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que lo presenta. Puede ser espontaneo o provocado por una maniobra explorada. (Alvear, 2012)
- **Atención:** Asistencia médica inicial que recibe un paciente Acción de atender cortesía urbanidad, demostración de respeto u obsequio. (Español, 2014)
- **Protocolos:** Conjunto sistemático de procedimientos asistenciales que se aplican a pacientes en una situación clínica determinada para evitar la variabilidad injustificada en la atención clínica y mejorar la calidad asistencial (Alvear, 2012)
- **Indicadores:** Es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico. (Jansen, 2010)

2.4. Sistema de variables:

Variables independientes

Calidad de Atención.

Variables Dependientes

Área de triaje del servicio de Emergencia

2.5. Operalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICION	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Calidad de Atención	Es aquella que ofrecer un servicio de acuerdo a los requerimientos de los pacientes mas allá de los que este pueda o espera, es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos	La calidad del servicio: el punto de vista del usuario	<p>Durante los últimos años la calidad de atención ha mejorado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.</p> <p>Cómo fue la calidad de atención que recibió por parte del personal</p> <p>Usted o su familiar fue atendido sin importar su condición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo • De acuerdo • Usualmente de acuerdo • En desacuerdo • Totalmente en desacuerdo • Extremadamente satisfecho • Muy satisfecho • Moderadamente satisfecho • Poco satisfecho • No satisfecho • Totalmente de acuerdo • De acuerdo • Usualmente de acuerdo • En desacuerdo 	Encuesta tomada como referencia del Modelo SERVQUAL

		<p>socioeconómica, cultural o religiosa</p> <p>Considera que la infraestructura y la señalización del hospital son adecuados para brindar una atención de calidad</p> <p>El servicio de salud contó con equipos y materiales necesarios para su atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • Totalmente de acuerdo • De acuerdo • Usualmente de acuerdo • En desacuerdo • Totalmente en desacuerdo • Totalmente de acuerdo • De acuerdo • Usualmente de acuerdo • En desacuerdo • Totalmente en desacuerdo 	
--	--	--	--	--

VARIABLE DEPENDIENTE					
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICION	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Área de triaje del servicio de Emergencia	El triaje en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consisten en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es,	Triage como indicador y control de calidad en el Servicio de Emergencia	<p>La atención en el área de triaje del servicio de emergencia se realiza considerando la gravedad de su problema de salud.</p> <p>El equipo de salud brinda información sobre el sistema de triaje de Manchester para la clasificación y priorización de los pacientes.</p> <p>El personal de enfermería muestra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Usualmente • Ocasionalmente • Nunca <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Usualmente • Ocasionalmente • Nunca <ul style="list-style-type: none"> • Siempre 	Encuesta tomada como referencia del Modelo SERVQUAL

	<p>cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente.</p>		<p>empatía al momento de brindar atención en el triaje.</p> <p>Al momento de recibir la atención en el triaje le colocan la manilla según su valoración.</p> <p>Los tiempos de espera que se designa en el triaje para su posterior atención según su gravedad son adecuados de acuerdo a su patología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre • Usualmente • Ocasionalmente • Nunca <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Usualmente • Ocasionalmente • Nunca <ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo • De acuerdo • Usualmente de acuerdo • En desacuerdo • Totalmente en desacuerdo 	
--	---	--	---	--	--

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo, que permite conocer la realidad sobre la calidad de la atención en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Este nivel investigativo busca examinar las características del tema, definirlo, buscar rasgos importantes del problema y los actores involucrado, seleccionar la técnica para la recolección de datos y las fuentes a consultar.

3.2. Diseño

Por la profundidad investigativa

- **Descriptivo:** La investigación se caracteriza por recoger datos estadísticos que van a determinar los hechos de acuerdo con la calidad de atención que se brinda en el área de triaje del servicio de emergencia por parte del personal de salud, permitiendo aclarar y comprender la información recolectada y los resultados obtenidos de la investigación.

Por el tiempo de ocurrencia

- **Prospectivo:** Los datos son recogidos a propósito de la investigación, por tanto, busca conocer la calidad de atención que brinda el personal de salud al usuario, de esta forma proyectar los resultados para mejorar la atención en el área de triaje.

Por el lugar

- **De Campo:** La investigación se realiza en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, mismo lugar donde se desarrollan los acontecimientos, en

contacto directo con los beneficiarios del problema por tanto los instrumentos de recolección de datos serán aplicados a los usuarios que acuden al área de triaje para una atención de calidad de segundo nivel logrando obtener información de fuentes primarias donde se recoge completa información y evidencias directas del área.

De acuerdo al número de ocasiones que se mide la variable en estudio

- **Transversal:** Este proyecto investigativo es de carácter transversal ya que las variables se han medido en una sola ocasión, realizando en un determinado tiempo, para conocer como es la calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, se toman una muestra variable independiente calidad de atención y dependiente área del triaje del servicio de emergencia.

3.3. Población y muestra

La población de estudio en la presenta investigación está constituida por los /las usuarios de 20 a 49 años de edad que acuden al área de triaje del servicio de emergencia.

Se tomo como universo a 1220 usuario del grupo etario ya mencionado del mes de Febrero (Estadística, Morbilidad de Febrero, 2019)

La muestra la constituyen 92 usuarios que acuden al servicio.

Para la obtención de la misma, se aplico la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{(E)^2 (N-1) + 1}$$

En donde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población.

E= Margen de Error (10%)

$$\mathbf{n} = \frac{1220}{(0.10)^2 (1220-1) + 1}$$

$$\mathbf{n} = \frac{1220}{(0.01) (1219) + 1}$$

$$\mathbf{n} = \frac{1220}{12.19 + 1}$$

$$\mathbf{n} = \frac{1220}{13.19}$$

$$\mathbf{n} = 92.49$$

$$\mathbf{n} = 92$$

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se ha tomado en cuenta a los usuarios de un grupo etario de 20 a 49 años de edad, hombres y mujeres que sepan leer y escribir y las mujeres embarazadas, ya que este grupo etario es el mayor número que acude al servicio de emergencia, además es una población económicamente activa.

Los demás usuarios son excluidos debido a que no pueden brindar una información veraz, como por ejemplo los niños en edad escolar, las personas que no saben leer y escribir y los adultos mayores.

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Con el propósito de conocer la calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, se aplicara una encuesta, con un cuestionario tipo Likert que permitirá recabar información sobre la opinión que tienen los usuarios.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Es la elaboración de tablas y gráficos en el sistema SPSS Statistical Package for the Social Sciences, en base a los datos recogidos anteriormente, a través de un instrumento de investigación denominado encuesta, donde se contemplará con el análisis de los resultados obtenidos en la tabulación.

1. Durante los últimos años la calidad de atención ha mejorado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro

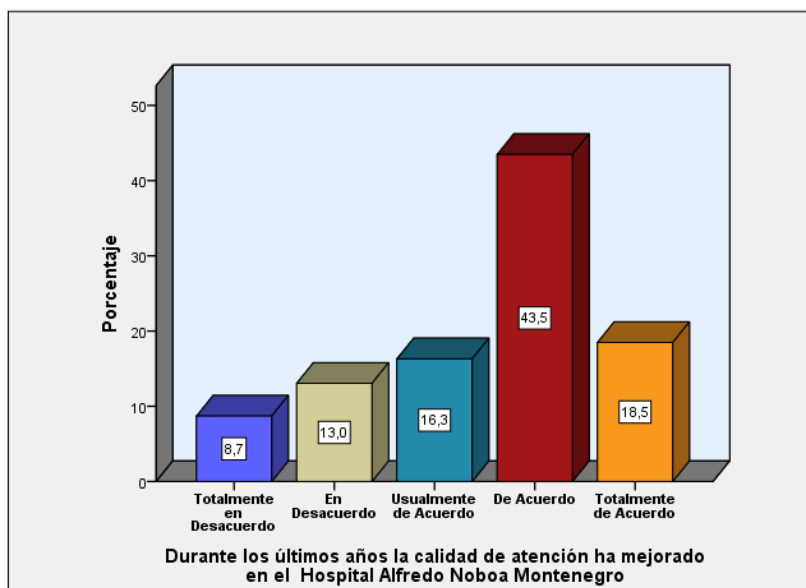
Tabla 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en Desacuerdo	8	8,7	8,7	8,7
En Desacuerdo	12	13,0	13,0	21,7
Válidos Usualmente de Acuerdo	15	16,3	16,3	38,0
De Acuerdo	40	43,5	43,5	81,5
Totalmente de Acuerdo	17	18,5	18,5	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Grafico 1



Interpretación:

Los datos obtenidos evidencian que los usuarios en un 43,5%, ha mejorado la calidad de atención, lo cual se debe mientras que el 18.5 %, manifiestan estar en desacuerdo, aduciendo a la demora en la atención. Ofrecer buena atención, un ambiente agradable, comodidad, un trato personalizado, un servicio rápido es uno de los requerimientos dentro del servicio de salud.

2. ¿Cómo fue la calidad de atención que recibió por parte del personal?

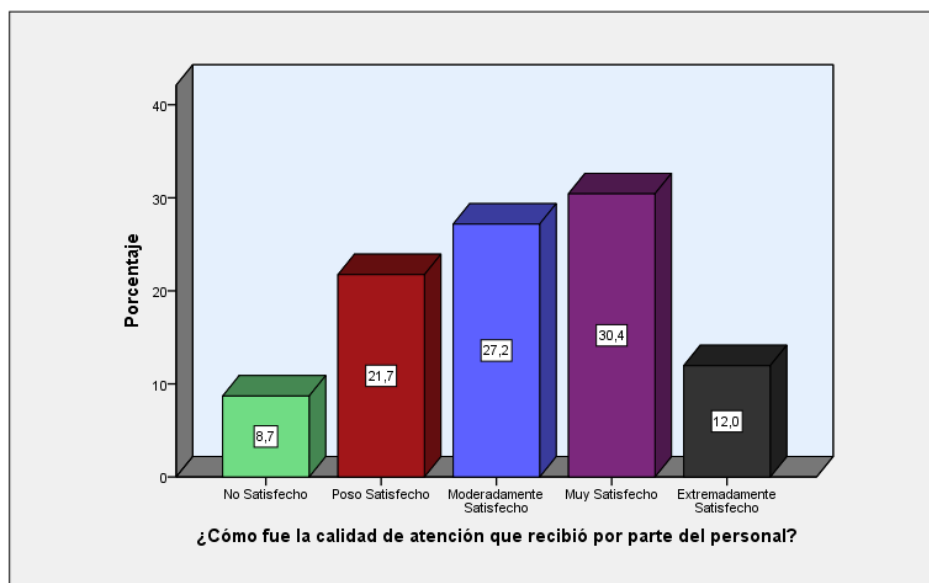
Tabla 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No Satisfecho	8	8,7	8,7
	Poco Satisfecho	20	21,7	30,4
	Moderadamente Satisfecho	25	27,2	57,6
	Muy Satisfecho	28	30,4	88,0
	Extremadamente Satisfecho	11	12,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Gráfico 2



Interpretación:

Este gráfico nos indica que un 30.4% de los usuarios están muy satisfechos y un 12% extremadamente satisfechos con la calidad de atención que brinda el personal de salud del hospital, sin embargo un 8.7% dicen estar no satisfechos. El personal de salud que está en contacto directo con el usuario debe tener ciertas características y habilidades, sobre todo dar respuesta rápida a los problemas, y así poder satisfacer las necesidades, para brindar una atención con calidad.

3. Usted o su familiar fue atendido sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa

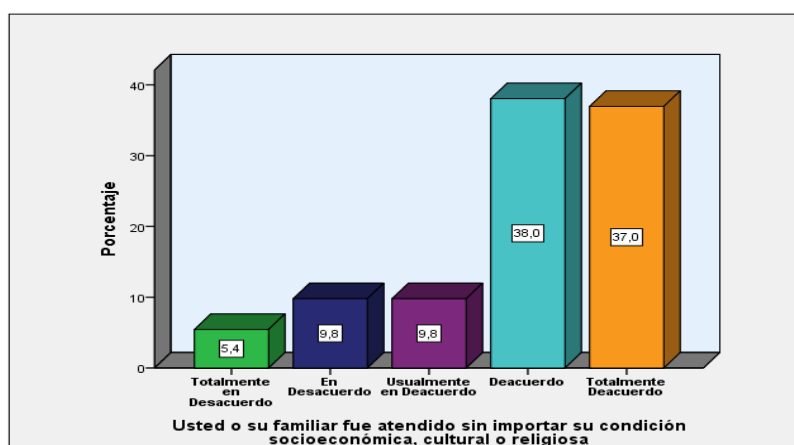
Tabla 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en Desacuerdo	5	5,4	5,4	5,4
En Desacuerdo	9	9,8	9,8	15,2
Válidos Usualmente De Acuerdo	9	9,8	9,8	25,0
De acuerdo	35	38,0	38,0	63,0
Totalmente De Acuerdo	34	37,0	37,0	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Grafico 3



Interpretación:

En el presente gráfico nos indica que el 38% está de acuerdo y un 37% totalmente de acuerdo, que han sido atendidos sin importar su condición socioeconómica, cultura o religión, mientras que un 5.4% está totalmente en desacuerdo. El Estado garantiza el acceso permanente y oportuno de todas y todos a servicios de atención integral de salud, sin exclusiones de ningún tipo, regidos por principios de equidad, solidaridad, interculturalidad con enfoque de género y generacional, además prohibir la discriminación es un principio fundamental y absoluto, declarado por todos los estándares internacionales relativos a los derechos humanos.

4. La infraestructura y la señalización del hospital son adecuados para brindar una atención de calidad

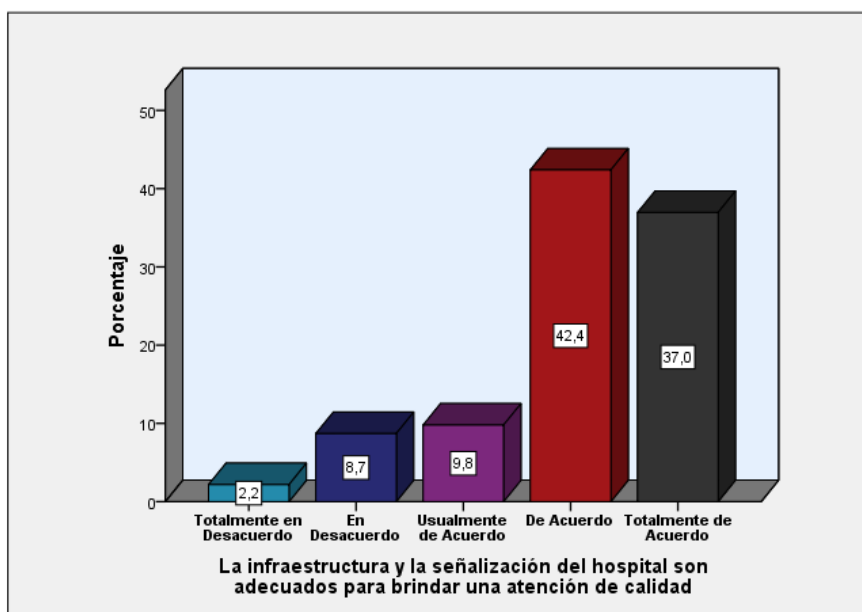
Tabla 4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Totalmente en Desacuerdo	2	2,2	2,2
	En Desacuerdo	8	8,7	10,9
Válidos	Usualmente de Acuerdo	9	9,8	20,7
	De Acuerdo	39	42,4	63,0
	Totalmente de Acuerdo	34	37,0	100,0
	Total	92	100,0	

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Grafico 4



Interpretación:

En el presente gráfico podemos observar que la mayoría de usuarios están de acuerdo que la infraestructura y la señalización del hospital son adecuados para brindar una atención de calidad y solo el 2.2% está totalmente en desacuerdo. Durante los últimos años el servicio de emergencia ha sido reconstruido, remodelado y ampliado, permitiendo mejorar la atención a la comunidad, además la señalización ahora se encuentra, en español y kichwa.

5. El servicio de salud contó con equipos y materiales necesarios para su atención

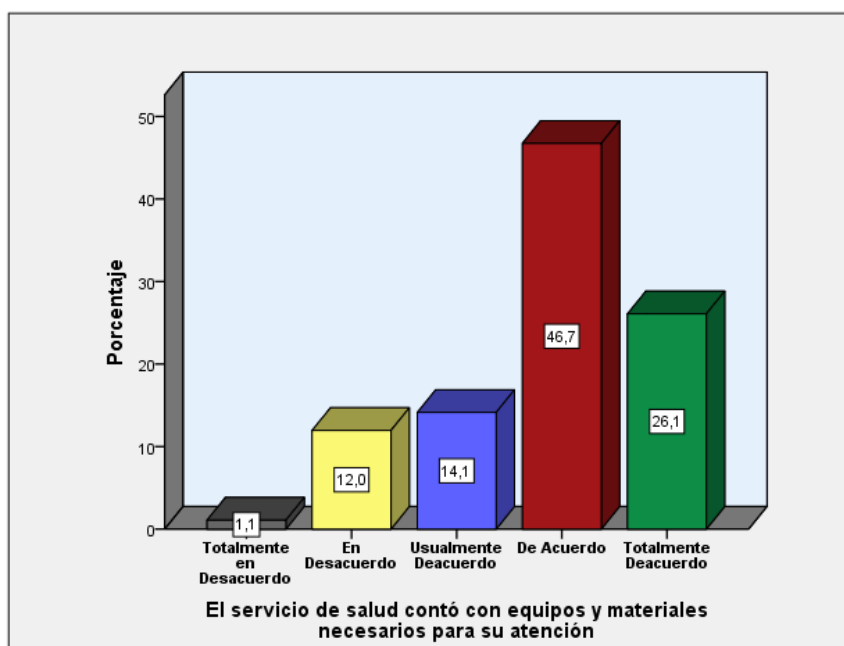
Tabla 5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en Desacuerdo	1	1,1	1,1
	En Desacuerdo	11	12,0	13,0
	Usualmente De Acuerdo	13	14,1	27,2
	De Acuerdo	43	46,7	73,9
	Totalmente De Acuerdo	24	26,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Gráfico 5



Interpretación:

En la siguiente grafica podemos observar que el 46.7% está de acuerdo que el servicio cuenta con equipos y materiales necesarios para la atención, mientras que el 12% está en desacuerdo. La dotación de los equipos y materiales sanitarios deberá ser adecuada a las funciones que realicen, existiendo suficiente disponibilidad de uso para los usuarios.

6. La atención en el área de triaje del servicio de emergencia se realiza considerando la gravedad de su problema de salud

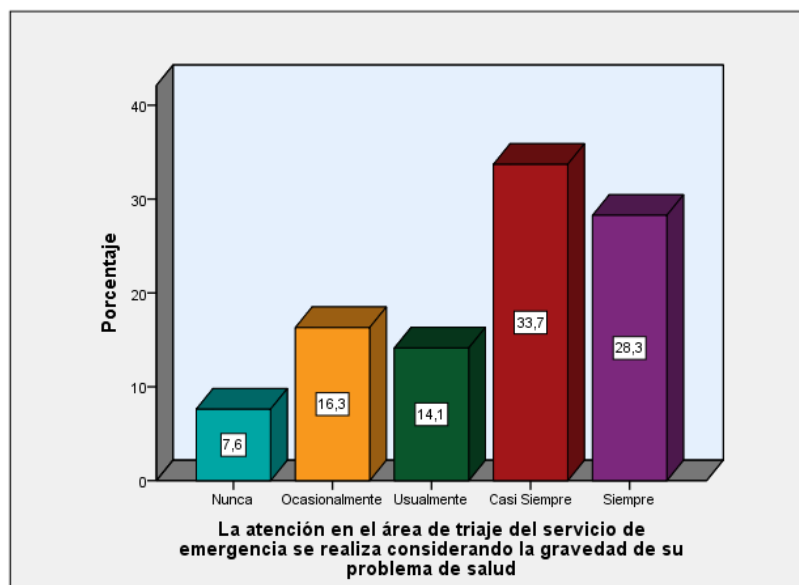
Tabla 6

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	7	7,6	7,6
	Ocasionalmente	15	16,3	23,9
	Usualmente	13	14,1	38,0
	Casi Siempre	31	33,7	71,7
	Siempre	26	28,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Grafico 6



Interpretación:

En el siguiente grafico podemos observar que casi siempre se realiza la atención en el área de triaje considerando la gravedad del problema, según los usuarios en un 33.7%, sin embargo un 16.3% dice que se realiza ocasionalmente. La priorización en la atención según el estado de salud del paciente es un método que responde a normas internacionales, esta priorización permite brindar una atención más eficiente y rápida a los pacientes, además hay que considerar que la idea de lo urgente está influida por el medio sociocultural.

7. El equipo de salud brinda información sobre el sistema de triaje de Manchester para la clasificación y priorización de los pacientes

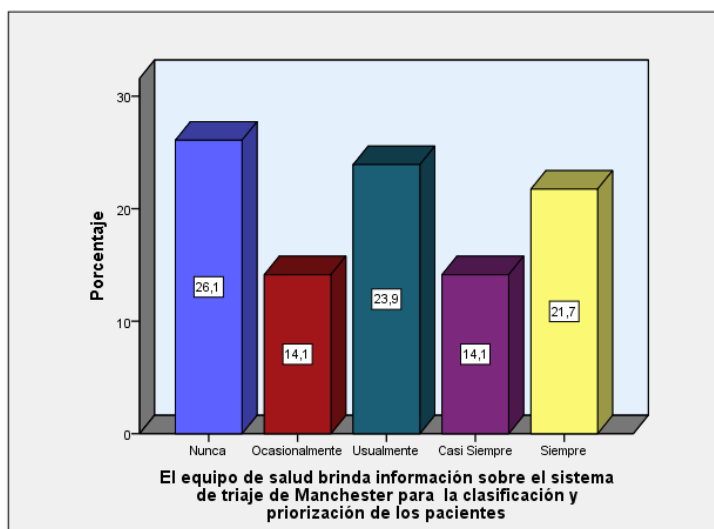
Tabla 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	24	26,1	26,1	26,1
	Ocasionalmente	13	14,1	14,1	40,2
	Usualmente	22	23,9	23,9	64,1
	Casi Siempre	13	14,1	14,1	78,3
	Siempre	20	21,7	21,7	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Grafico 7



Interpretación:

En este grafico podemos observar que los usuarios nunca escucharon información del sistema de triaje de Manchester con un 26.1%, obteniendo un desconocimiento del triaje, mientras que un 23.9% usualmente lo ha escuchado, sin embargo un 21.7% si lo ha escuchado. El sistema de triaje de Manchester sirve para clasificar y priorizar a los pacientes en cinco niveles diferentes de gravedad, según los cuales se determinan cuánto tiempo puede esperar cada paciente antes de ser atendido.

8. El personal de enfermería muestra empatía al momento de brindar atención en el triaje.

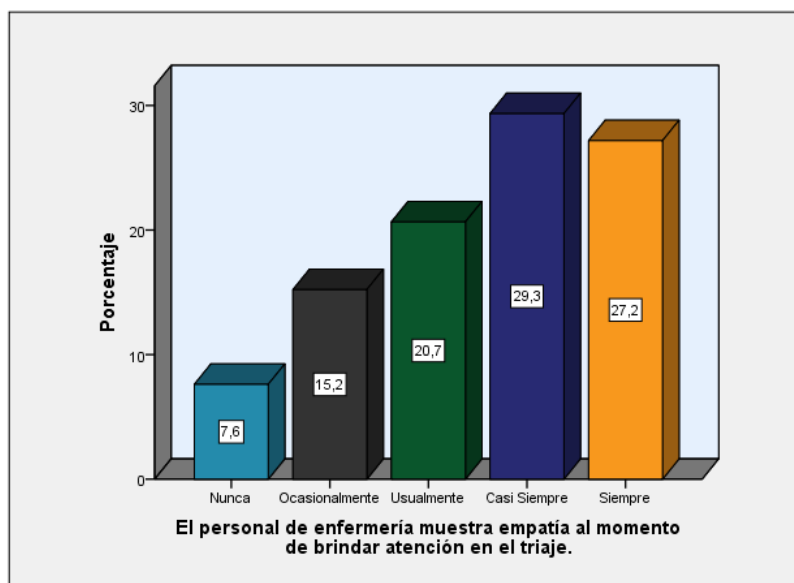
Tabla 8

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	7	7,6	7,6
	Ocasionalmente	14	15,2	22,8
	Usualmente	19	20,7	43,5
	Casi Siempre	27	29,3	72,8
	Siempre	25	27,2	100,0
	Total	92	100,0	100,0

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Grafico 8



Interpretación:

En este grafico podemos observar que el 29.3% de los usuarios atendidos en el área de Triaje manifiestan que el personal de enfermería los recibe con empatía casi siempre, sin embargo un 15,2% manifiestan que solo ocasionalmente muestran empatía. La enfermera del triaje es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con los pacientes, por lo tanto debe recibir a los pacientes, realizar una rápida evaluación clínica y dar la información clara y precisa.

9. Al momento de recibir la atención en el triaje le colocan la manilla según su valoración.

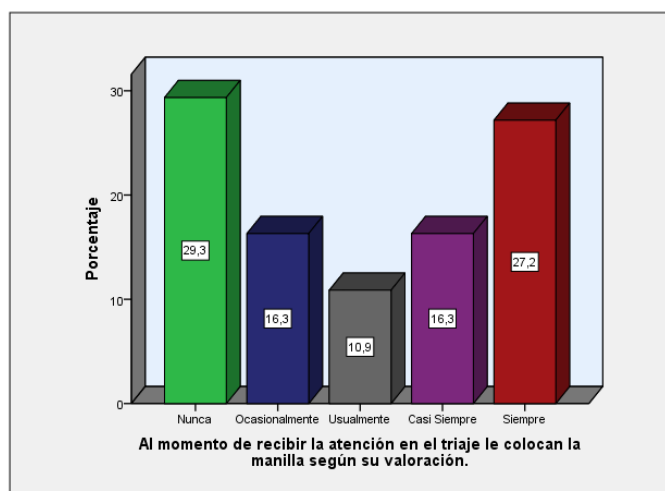
Tabla 9

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	27	29,3	29,3
	Ocasionalmente	15	16,3	45,7
	Usualmente	10	10,9	56,5
	Casi Siempre	15	16,3	72,8
	Siempre	25	27,2	100,0
	Total	92	100,0	100,0

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Grafico 9



Interpretación:

En este grafico se puede evidenciar que el 29.3% de los usuarios dicen que nunca se les colocó las manillas, mientras que un 27.2% dicen que si les colocaron. En el sistema de triaje de Manchester, una vez que es valorado el paciente se le coloca una manilla de papel con el color de su urgencia: rojo, naranja, amarillo, verde y azul, que van de mayor a menor gravedad, además fija el tiempo de espera.

10. Los tiempos de espera que se designa en el triaje para su posterior atención según su gravedad son adecuados de acuerdo a su patología

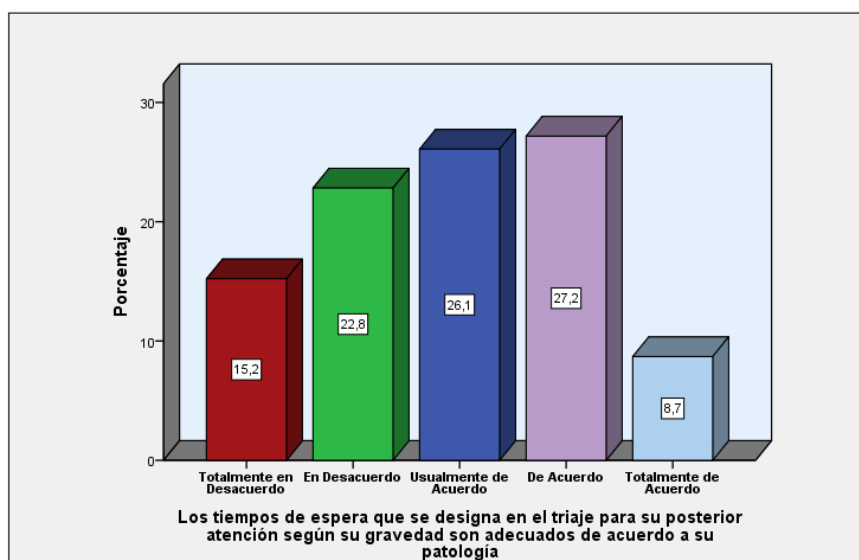
Tabla 10

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en Desacuerdo	14	15,2	15,2	15,2
	En Desacuerdo	21	22,8	22,8	38,0
	Usualmente de Acuerdo	24	26,1	26,1	64,1
	De Acuerdo	25	27,2	27,2	91,3
	Totalmente de Acuerdo	8	8,7	8,7	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Elaborado por: Cristhina Garces y Jessica Tualombo

Fuente: Encuestas aplicadas a las y los 92 usuarios de 20 a 49 años que sepan leer y escribir y mujeres embarazadas que acuden al área de triaje del servicio de Emergencia del HANM.

Grafico 10



Interpretación:

En este gráfico podemos observar que están de acuerdo con los tiempos de espera designados para la atención con un 27,2% mientras que un 26,1% están usualmente de acuerdo, sin embargo un 15,2% están totalmente en desacuerdo. Los tiempos de espera son indicadores de calidad en los servicios de salud, relacionado con los indicadores de accesibilidad y eficiencia de los servicios, por eso es importante la clasificación de los pacientes según su gravedad determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención ya que depende de la satisfacción que tenga el usuario.

CAPITULO IV

RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

4.1. Resultado según objetivo general

Objetivo planteado	Resultado alcanzados
Conocer la calidad de atención en el área de triage del servicio de emergencia, del hospital Alfredo Noboa Montenegro.	Mediante la investigación realizada pudimos conocer que la calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia ha mejorado sin embargo encontramos algunas deficiencias como por ejemplo: El 26.1%, de los usuarios nunca escucharon información del sistema de triaje de Manchester existiendo desconocimiento del mismo, por otra parte el 29.3% de los usuarios dicen que nunca se les coloca las manillas, después de su valoración, además el 26.1% de los usuarios están usualmente de acuerdo, con los tiempos de espera asignados.

4.2. Resultados según objetivo específicos

Objetivos planteados	Resultado alcanzados
<p>Determinar los indicadores de calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia.</p>	<p>Los indicadores en el área de triaje son</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico. Se subdivide este indicador en: <ul style="list-style-type: none"> • Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados • Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico 2. Tiempo llegada/registro - triaje 3. Tiempo de duración del triaje 4. Tiempo de espera para ser visitado <p>Mediante estos indicadores podremos determinar cómo es la calidad de la atención.</p>
<p>Identificar la calidad en el área de triaje del servicio de emergencia a través de la encuesta aplicada a los usuarios.</p>	<p>Se realizan las preguntas de la encuesta tomando como referencia el modelo SERVQUAL, en donde aplican 5 dimensiones como son: Empatía, Fiabilidad, Seguridad, Capacidad de respuesta, y los elementos tangibles.</p> <p>Para realizar esta encuesta tomamos como muestra, a los usuarios de 20 a 49 años de edad que sepan leer y escribir y a las mujeres embarazadas.</p>

	<p>De acuerdo a la aplicación de las encuestas logramos identificar que la calidad de atención que brinda el área de triaje del servicio de emergencia es positiva, sin embargo existe falencias en algunos aspectos.</p>
<p>Socializar al personal de salud sobre los resultados obtenidos y el Sistema de Manchester como indicador de calidad.</p>	<p>Se socializó a las autoridades, líderes de enfermería de cada área y personal del servicio de emergencia los resultados obtenidos durante la realización de la encuesta aplica a los usuarios que acuden para una atención en el área de triaje del hospital Alfredo Noboa Montenegro y también se socializa el folleto educativo sobre el Sistema de Triage de Manchester (Ver Anexo N°10)</p> <p>Esto permitirá que las autoridades tomen las medidas necesarias para ofrecer un servicio de calidad y calidez.</p>

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación denominado “Calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, provincia bolívar, periodo diciembre 2018, abril 2019”. Se llegan a las siguientes conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones

- Nuestra investigación se realizó mediante los artículos científicos, revistas, libros y otros documentos, donde se encontró cuales son los indicadores de calidad en el área de triaje, además con la información encontrada realizamos nuestro marco teórico.
- Los usuarios que acuden al área de triaje del servicio de emergencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro, están en su mayoría de acuerdo que el hospital ha mejorado en los últimos años, con el equipamiento, la infraestructura y la señalización, estos son adecuados para brindar una atención de calidad.
- La menor parte de usuarios desconocen el sistema de triaje de Manchester para la clasificación y priorización de los pacientes, además manifiestan que no se les coloca la pulsera y están en desacuerdo en el tiempo de espera que se asigna.
- Las autoridades del Hospital y el personal de salud del servicio de emergencia están informados de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los usuarios de 20 a 49 años de edad, además se indico sobre el Sistema de Manchester como indicador de calidad.

5.2. Recomendaciones

- Se sugiere que la Universidad Estatal de Bolívar adquiera libros actualizados sobre la calidad de la atención en salud y también sobre el sistema de triaje de Mánchester, la cual no existe en la biblioteca.
- El personal de enfermería realice charlas educativas sobre el sistema de Triage de Manchester a los usuarios con un lenguaje claro, preciso y entendible.
- Que el personal de salud del servicio de emergencia del área de triaje ofrezcan una atención oportuna, ágil y con calidad, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del paciente y sus familiares.
- A las autoridades del Hospital Alfredo Noboa Montenegro seguir dando la apertura necesaria a futuras investigaciones y que la presente investigación sirva para realizar otros estudios en busca de herramientas que permitan mejorar la calidad de atención en el área de triaje y de esta forma contribuir al bienestar de los pacientes que acuden al servicio de emergencia.

Bibliografía

Alvear, M. T. (2012). *Real Academia Nacional de Medicina*. Argentina: Panamericana.

Anderson, D. M. (2003). *Diccionario Mosby* (Sexta edición ed.). España: Elsevier science.

Barrios, M. M. (06 de 2014). *scielo*. Recuperado el 29 de 01 de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011

Benavente, R. A. (2014). *Sistema de triaje en urgencias generales* . Obtenido de Universidad Internacional de Andalucía: https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1

Chamba, E. (2011). Recuperado el 20 de 01 de 2019, de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4736/3/UTPL_Chamba_Edha_360X1742.pdf

Cristóbal, M. A. (2016). Recuperado el 18 de 01 de 2019, de <http://riubu.ubu.es/bitstream/10259/4069/1/Alonso-Alonso-Cabral.pdf>

Español, D. (2014). *Diccionario de la Legua española*. Italia : Real ACademica Española.

García, M. (2014). *Revista de Enfermería*. 5, <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/91/69>.

Guillén, V. (2017). *El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios* . Obtenido de http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje_urgencias.pdf

Jemes Campaña, I. C.-G. (2018). Jemes Campaña, I. C., Romero-Galisteo, R. P., LabaEvaluación de la calidad de servicio en Atención Temprana: revisión sistemática. *Anales de Pediatría*. , 9.

Londoño, G. M. (2001). *Garantía de la Calidad de Salud*. Bogota-Colombia: Panamericana.

Martinez Bermudez, R. (2014). *Gestion de Servicio Humanizado en Salud*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.

Martinez, D. G. (2015). *Enfermería, Concepto Generales*. Bogotá: Ediciones de la U.

Masson, S. (2004). *Diccionario Terminologico de Ciencias Medicas* (13 ed.). España.

Mayra, M. A. (2014). Recuperado el 20 de 01 de 2019, de file:///C:/Users/HP%20PENTIUM/Downloads/Aldaz_Barragan_Mayra_Alexandra.pdf

Mendez, R. L. (2005). *Dorlan Diccionario Enciclopedico Ilustadro de Medicina*. España: Elsevier.

Mir, M. S. (2011). *Normas de actuacion en urgencias* . Madrid: Panamericana.

Molina, A. d. (11 de 5 de 2016). *Esan*. Recuperado el 27 de 01 de 2019, de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>

Morillo Moreno, M. C. (2016). Satisfacción del usuario y calidad del servicio en alojamientos turísticos del estado Mérida, Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales* .

MSP. (2015). *Ministerio de Salud Publica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/hospitales-del-ministerio-de-salud-iniciaran-proceso-de-acreditacion-internacional/>

Noboa, D. A. (2014). Protocolo del servicio de Emergencia. *Protocolo de emergencia* . Guaranda, Bolivar, Ecuador .

Peñalver, S. C. (2011). *Valoracion inicial del paciente en urgencias o emergencias sanitarias*. Formación Alcalá.

Pinos, L. F. (2018). manual de Normas de Emergencia. *Manual Organico Funcional Emergencia* . Bolivar, Ecuador: Ministerio de Salud Publica.

Quirónsalud, S. J. (5 de 11 de 20017). *La importancia de la enfermería: el triaje*. Obtenido de <https://www.quironsalud.es/es/comunicacion/notas-prensa/importancia-enfermeria-triaje>

Soler, G. M. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Scielo* , 4.

Stanescu, M. T. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis . *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* , 57-76.

Torres, M. y. (2015). La información como atributo de valor en la prestación de un servicio de calidad. *Infocalser* .

Vargas, C. O. (2009). *Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería*. Mexico: Panamericana.

Washington, D. C.: OPS. (12 de 2010). *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*. Recuperado el 02 de 03 de 2019, de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf

CAPITULO VI

MARCO ADMINISTRATIVO.

6.1 Recursos.

Talento humano.

- a) **Investigadoras:** Cristhina Alexandra Garcés Fonseca - Jessica Abigail Tualombo Chela.
- b) **Tutora del proyecto de investigación:** Lic. Vilma Villacis

Recursos materiales.

- Computadores portátiles
- Impresora
- CD, grapadora
- Impresión de oficios
- Encuestas
- Solicitud de pares académicos
- cronograma de tutorías y borradores.
- Biblioteca física y virtual de la U.E.B.
- Impresiones finales para empastados
- Material de oficina.

6.2 Presupuesto

MATERIAL	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Impresión de oficio para denuncia del tema	4	0,10	0,40
Copia de la infraestructura del servicio de emergencia	40	0,03	1,20
Copia del protocolo del triaje.	60	0,03	1,80
Impresión de oficio de autorización y validación para aplicar encuesta.	24	0,05	1,20
Copias de encuestas para recolección de datos de los usuarios	92	0,03	16.56
Carpetas	4	0.30	1.20
Esferos grafico azul	10	0,35	3.50
Impresión de los borradores	2	20	40
Tríptico	200	0.05	20
Video	1	10	10
Gigantografía	1	10	10
Folleto	4	2	8
Movilización	120	2	240
Internet	60	1	60
Empastados del proyecto de investigación	2	15	30
Portada del Cd que contiene el proyecto de investigación	2	6	12
Total			455, 86

6.3 Cronograma

ACTIVIDADES	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elaboración del ante proyecto	X					
Presentación del ante proyecto	X	X				
Aprobación del ante proyecto		X				
Designación del tutor		X				
Capítulo 1: El problema	X	X				
Planteamiento del problema	X	X				
Formulación del problema	X	X				
Formulación de los objetivos	X	X				
Redacción de la Justificación		X	X			
Capítulo 2: Marco teórico		X	X	X		
Antecedentes de la investigación		X	X			
Fundamentación teórica de la variable independiente		X	X			
Fundamentación teórica de la variable dependiente			X			
Elaboración de la operacionalización de variables			X			
Capítulo 3: Metodología			X	X		
Redacción del nivel de investigación				X		
Redacción del diseño de investigación				X		

Redacción de la población y muestra				X		
Redacción de las técnicas e instrumentos de recolección de datos				X		
Capítulo IV: Resultados alcanzados según los objetivos planteados				X		
Redacción del resultado del objetivo General				X		
Redacción de los resultados de los objetivo Específicos				X		
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones				X	X	
Elaboración de las conclusiones					X	
Elaboración de las recomendaciones					X	
Incluir anexos					X	
Presentación del primero borrador					X	
Correcciones						X
Defensa						X

Anexos:

Anexo: 1



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo
Fuente: Aplicación de encuestas a los usuarios que acuden al área de triaje
Fecha: 18/03/2019



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo
Fuente: Aplicación de encuestas a los usuarios que acuden al área de triaje
Fecha: 18/03/2019



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo
Fuente: Aplicación de encuestas a los usuarios que acuden al área de triaje
Fecha: 19/03/2019



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo
Fuente: Aplicación de encuestas a los usuarios que acuden al área de triaje
Fecha: 20/03/2019



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo
Fuente: Aplicación de encuestas a los usuarios que acuden al área de triaje
Fecha: 21/03/2019



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo
Fuente: Aplicación de encuestas a los usuarios que acuden al área de triaje
Fecha: 22/03/2019

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERIA



CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS USUARIOS QUE ACUEDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

OBJETIVO: Conocer la calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar, periodo Diciembre 2018, Abril 2019, requisito previo a la Obtención del Título Profesional en Enfermería, los datos obtenidos serán totalmente confidenciales y anónimos.

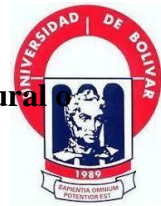
INSTRUCCIONES: Coloque una X en el espacio en blanco según la alternativa que usted considere.

1. Durante los últimos años la calidad de atención ha mejorado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Usualmente de acuerdo ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

2. ¿Cómo fue la calidad de atención que recibió por parte del personal?

- a) Extremadamente satisfecho ()
- b) Muy satisfecho ()
- c) Moderadamente satisfecho ()
- d) Poco satisfecho ()
- e) No satisfecho ()



3. Usted o su familiar fue atendido sin importar su condición socioeconómica, cultural o religiosa

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Usualmente de acuerdo ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

4. La infraestructura y la señalización del hospital son adecuados para brindar una atención de calidad

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Usualmente de acuerdo ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

5. El servicio de salud contó con equipos y materiales necesarios para su atención

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Usualmente de acuerdo ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

6. La atención en el área de triaje del servicio de emergencia se realiza considerando la gravedad de su problema de salud

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Usualmente ()
- d) Ocasionalmente ()
- e) Nunca ()



7. El equipo de salud brinda información sobre el sistema de triaje de Manchester para la clasificación y priorización de los pacientes

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Usualmente ()
- d) Ocasionalmente ()
- e) Nunca ()

8. El personal de enfermería muestra empatía al momento de brindar atención en el triaje.

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Usualmente ()
- d) Ocasionalmente ()
- e) Nunca ()

9. Al momento de recibir la atención en el triaje le colocan la manilla según su valoración.

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Usualmente ()
- d) Ocasionalmente ()
- e) Nunca ()

10. Los tiempos de espera que se designa en el triaje para su posterior atención según su gravedad son adecuados de acuerdo a su patología

- a) Totalmente de acuerdo ()
- b) De acuerdo ()
- c) Usualmente de acuerdo ()
- d) En desacuerdo ()
- e) Totalmente en desacuerdo ()

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo 3. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERIA



Proyecto de titulación: Calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar, periodo Diciembre 2018, Abril 2019.

Previo a la firma del consentimiento, a continuación, se presenta una serie de preguntas, la información recopilada será utilizada únicamente para trabajos de carácter investigativo.

Autoras de la investigación:

Cristhina Alexandra Garcés Fonseca - Jessica Abigail Tualombo Chela

CONSENTIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN (Encuesta)

Usted ha sido seleccionada a participar en nuestro trabajo de investigación , dentro de la muestra aleatoria para realizar el desarrollo del "Proyecto de Titulación" con el Tema: "CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019", a cargo de las estudiantes: CRISTHINA ALEXANDRA GARCÉS FONSECA - JESSICA ABIGAIL TUALOMBO CHELA y bajo la supervisión de la Tutora Lcda. Vilma Villacis docente de la Universidad Estatal de Bolívar.

Dentro de los objetivos del trabajo de titulación contemplan:

- Determinar los indicadores de calidad de atención en el servicio de emergencia.
- Identificar la calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia.
- Elaborar un plan de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de emergencia en el área del triaje.

Si su decisión es participar en este proyecto de investigación requerirá responder a todas las preguntas de la encuesta y a las actividades establecidas dentro del cronograma del proyecto de titulación.

Esta actividad es de manera individual con un tiempo estipulado de 15 minutos aproximadamente.



Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en la Entrevista a Profundidad a responder.

Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación, su presentación y difusión científica será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados. Sus datos estarán protegidos y resguardados en el Repositorio Digital de la Universidad Estatal de Bolívar, bajo la custodia de la Lcdo. Catina Espinoza JEFE DE BIBLIOTECAS, de manera que solo los investigadores puedan acceder a ellos.

Su participación en este Proyecto de Titulación de suma importancia, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno a las experiencias que cada beneficiario obtendrán. Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con las estudiantes a cargo del Estudio,

Nombre: Cristhina Alexandra Garcés

Correo: crisgarces1999@gmail.com

Teléfono: 0990886631

Nombre: Jessica Abigail Tualombo

Correo: jessika.t.ch@hotmail.com

Teléfono: 0968551386

Para cualquier duda que se presente o si se vulneran sus derechos puede contactarse con el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Bolívar al teléfono 2206799 -0996585634 o al correo electrónico mlara2007@yahoo.es– vrectorfinanciero@ueb.edu.ec

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento de nuestro trabajo Investigativo del "Proyecto de Titulación" con el Tema: "CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019"

Manifiesto mi interés de participar en este proyecto y declaro que he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente proyecto.

Nombre: _____

C.I.: _____

Firma: _____

Para cualquier duda que se presente o si se vulneran sus derechos puede contactarse con el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Bolívar al teléfono 2206799 -0996585634 o al correo electrónico mlara2007@yahoo.es – vrectorfinanciero@ueb.edu.ec.

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento de nuestro trabajo Investigativo del "Proyecto de Titulación" con el Tema: "CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019"

Manifiesto mi interés de participar en este proyecto y declaro que he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente proyecto.

Nombre: Yule Beatriz Llanusa

C.I.: 030108694-9

Firma: Yule Beatriz Llanusa

Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo

Fuente: Consentimiento informado de los usuarios

Para cualquier duda que se presente o si se vulneran sus derechos puede contactarse con el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Bolívar al teléfono 2206799 -0996585634 o al correo electrónico mlara2007@yahoo.es - vrectorfinanciero@ueb.edu.ec.

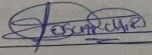
Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento de nuestro trabajo Investigativo del "Proyecto de Titulación" con el Tema: "CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019"

Manifiesto mi interés de participar en este proyecto y declaro que he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente proyecto.

Nombre: OSCAR MARCELO CHIMBOLEMA REA.

C.I.: 025020390-0

Firma: 

Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo
Fuente: Consentimiento informado de los usuarios

Para cualquier duda que se presente o si se vulneran sus derechos puede contactarse con el Comité de Ética de la Universidad Estatal de Bolívar al teléfono 2206799 -0996585634 o al correo electrónico mlara2007@yahoo.es - vrectorfinanciero@ueb.edu.ec.

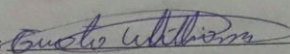
Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento de nuestro trabajo Investigativo del "Proyecto de Titulación" con el Tema: "CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019"

Manifiesto mi interés de participar en este proyecto y declaro que he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Acepto participar en el presente proyecto.

Nombre: WILKINSON CUATO


C.I.: 12 03 99 956-8


Firma: 

Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo
Fuente: Consentimiento informado de los usuarios

Anexo 4. Autorización para la recolección de datos.

17-01-2019
Lud. Alfo.
Jefes de Emergencia
Favor atender al pedido
en el oficio
J. J. J.

 UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
Subidaria Potestad de Tercer



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

COORDINACIÓN PERMANENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN ENFERMERÍA.

Guaranda, 15 Enero 2019
FCS- CTE- 007- UEB

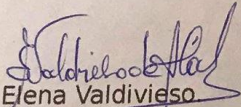
Doctor
Mario Silva
DIRECTOR MEDICO
HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
Presente

Do Guillermo Lombardi
DIRECCION
S.A.

De mi consideración

Con un atento saludo, solicito comedidamente dar las facilidades para que las Srtas: Cristhina Garcés, Jessica Tualombo estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, recaben información para su trabajo de investigación con el tema: **Calidad de atención en el área de triaje del servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda, provincia Bolívar del periodo diciembre 2018-abril 2019;** requisito previo para la obtención de su título como enfermeras.

Atentamente



Elena Valdivieso
Coordinadora comisión titulación enfermería

HOSPITAL "ALFREDO NOBOA N."
SECRETARIA
RECIBIDO
FECHA 18-01-2019 10:02
POR.....

Avenida Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira Telefax: 03-2206155 -
Guaranda - Ecuador

Anexo 5. Validación del cuestionario de la encuesta que se aplica a los usuarios

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO
 CARRERA DE ENFERMERIA



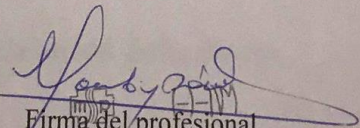
CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe Guillermo Lombeyda Davila con cédula de identidad N° 17.027.81665 con grado de Master en Ecosistemas / Epidemiología ejerciendo actualmente como funcionario en Líder de Docencia del ANM.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento (encuesta) para su aplicación en el proyecto de titulación denominado: CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019, previo a la Obtención del Título como Licenciadas en Enfermería.

Luego de haber analizado dicho cuestionario se establece que cumple con los siguientes indicadores:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Coherencia de ítems				/
Amplitud del contenido			/	
Claridad en la redacción				/
Pertinencia				/


Firma del profesional
 Hospital Provincial Docente
 "Alfredo Noboa Montenegro"
 Dpto. de Investigación y Docencia

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERIA




CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe NELLY ALICIA SANTANA RODRIGUEZ con cédula de identidad N° 020106315-3 con grado de Master en Gerencia en Salud ejerciendo actualmente como funcionario en Coordinadora de Gestión de P. General

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento (encuesta) para su aplicación en el proyecto de titulación denominado: CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019, previo a la Obtención del Título como Licenciadas en Enfermería.

Luego de haber analizado dicho cuestionario se establece que cumple con los siguientes indicadores:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Coherencia de ítems				✓
Amplitud del contenido			✓	
Claridad en la redacción				✓
Pertinencia				✓

 Lic. NELLY SANTANA R.
ENFERMERA
Nelly Santana R.
Firma del profesional

Guaranda, 29 de Marzo del 2019



Doctor:

GUILLERMO LOMBEIDA
Líder de Docencia del HANM

Presente

Reciba un cordial saludo, nos dirigimos a usted por motivo de invitarle a la Socialización del proyecto de investigación: CALIDAD DE ATENCION EN EL AREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NÓBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019, a llevarse a cabo, el día Lunes, 1 de Abril del presente año, a las 10:00 am., dicha actividad se efectuará en la sala de reuniones del servicio de Cirugía

De antemano mis más sinceros agradecimiento.

ATENTAMENTE:

Cristhina Garces
CI.:0202411872

Jessica Tualombo
CI. 1751527688

2019.03/29

Licda. Vilma Villacis
TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo

Fuente: Socialización de los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a los usuarios y Triage de Manchester

Fecha: 02/04/2019



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo

Fuente: Socialización de los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a los usuarios y Triage de Manchester

Fecha: 02/04/2019

Anexo 9.



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo

Fuente: Entrega de folleto educativo de sistema de Manchester trípticos y video educativo para el área de triaje

Fecha: 02/04/2019



Elaborado por: Cristhina Garcés y Jessica Tualombo

Fuente: Entrega de folleto educativo de sistema de Manchester trípticos y video educativo para el área de triaje

Fecha: 02/04/2019



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA



HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO FOLLETO EDUCATIVO
SOBRE EL SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER Y LOS
INDICADORES DE CALIDAD.

AUTORAS:

CRISTHINA ALEXANDRA GARCES FONSECA
JESSICA ABIGAIL TUALOMBO CHELA



Clasificación de emergencias (traje 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

GUARANDA – ECUADOR

ABRIL 2019

SISTEMA DE TRIAGE DE MANCHESTER Y LOS INDICADORES DE CALIDAD



INDICE:

ANTECEDENTES	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
TRIAJE	¡Error! Marcador no definido.
FUNCIONES DEL TRIAJE	¡Error! Marcador no definido.
SISTEMA TRIAGE MANCHESTER	¡Error! Marcador no definido.
NIVELES DE TRIAGE MANCHESTER	¡Error! Marcador no definido.
DISCRIMINADORES EN TRIAGE MANCHESTER	¡Error! Marcador no definido.
ESCALAS VALORADAS EN TRIAGE MANCHESTER	¡Error! Marcador no definido.
FLUJOGRAMAS TRIAGE MANCHESTER	¡Error! Marcador no definido.
INDICADOR DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD Y TRIAGE	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.

ANTECEDENTES

La Constitución de la República del Ecuador en su Capítulo II Sección 7 Art. 32 “Derechos del Buen Vivir” indica: La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, **calidad**, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Mejorar la calidad de vida de la población demanda la universalización de derechos mediante **la garantía de servicios de calidad. No se puede hablar de universalización sin tener como ejes transversales a la calidad y a la calidez en los servicios sociales de atención.**

Todo esto nos habla de la imperiosa necesidad de incorporar en la prestación de servicios un mecanismo funcional de **garantía de calidad** que nos permita cumplir y hacer cumplir los derechos de los y las ciudadanos/as de recibir una atención acorde con sus necesidades, basada en la mejor evidencia científica disponible, sustentada con normas y procedimientos protocolizados y consensuados, con procesos de atención médica provistos por profesionales con conocimientos, habilidades y destrezas que salven vidas, coordinados de manera descentralizada por funcionarios con visión estratégica y de alta administración pero sobre todo con un enfoque social equitativo e inclusivo y con metodologías de Mejoramiento Continuo de la Calidad prácticas, que produzcan resultados tangibles y resulten en un aumento de la confianza del usuario hacia los servicios de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).(MSP)

INTRODUCCIÓN

Se debe garantizar la calidad y mejora continua de los servicios de salud, mediante la definición de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, considerando que la calidad no constituye un término absoluto sino que hace referencia a un proceso de mejoramiento continuo que contribuya a mejorar la salud de la población; en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención, además orientar a los establecimientos de salud hacia la evaluación continua. (MSP)

La Calidad asistencial consiste, básicamente en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios.

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes:

La calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

El enfermero o personal responsable del triaje es el encargado de seleccionar el diagrama de flujo más adecuado para el motivo de su consulta, los signos y síntomas que presenta, con lo que el paciente se clasifica en una de las categorías.

El Sistema de Triage Manchester, es un sistema de clasificación y priorización de pacientes diseñado en los años 90 por profesionales de los Servicios de Urgencias de los hospitales de la ciudad inglesa de Manchester para dar respuesta a una creciente inquietud profesional en aquel ámbito de trabajo. Este modelo de triaje cuenta con un sistema informático aplicado en Europa, el cual ha sido aplicado por sus beneficios,.

El presente folleto permite conocer de forma sencilla en qué consiste el Sistema de Triage de Manchester y cuáles son los indicadores de calidad, para que puedan tomar las acciones necesarias, considerando que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra puede ser considerado como un producto “de mala calidad”.

TRIAJE

El triaje proviene de la palabra francesa trier que se define como separar, escoger o clasificar, herramienta utilizada en el servicio de Emergencia. Es un proceso de selección y clasificación de pacientes para poder manejar adecuadamente y con seguridad, permite una identificación del riesgo en base a los signos y síntomas para poder manejar adecuadamente el flujo de los pacientes en dependencia de su gravedad, debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo. (Garcia, 2014)

El triaje o triage es una herramienta utilizada en el servicio de Emergencia que permite una identificación del riesgo en base a los signos y síntomas para poder manejar adecuadamente el flujo de los pacientes en dependencia de su gravedad.

Existen algunos sistemas de triage estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan a partir del grado de urgencia, de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico.

FUNCIONES DEL TRIAJE

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.

SISTEMA TRIAJE MANCHESTER

Es un sistema de clasificación y priorización de pacientes diseñado en los años 90 por profesionales de los Servicios de Urgencias de los hospitales de la ciudad inglesa de Manchester para dar respuesta a una creciente inquietud profesional en aquel ámbito de trabajo, con siglas en inglés Manchester Triage System, parte fundamental del manejo de riesgo clínico en los Servicios de Urgencias, se basa en un sencillo método en el que, en función de la queja del paciente y unas preguntas bien definidas, estandarizadas y jerarquizadas, se le asigna al paciente un nivel de prioridad que puede significar.

Es un sistema de clasificación de pacientes en Urgencias según su estado de salud, siguiendo el protocolo estandarizado de Triage Manchester (STM- Manchester Triage System), con la finalidad de asignar una prioridad clínica adecuada.

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 5596 DE DICIEMBRE DEL 2015, EL MINISTERIO DE SALUD EXPLICA LA CALIFICACIÓN DEL TRIAJE ASÍ:



Figura 1. Clasificación de Triage

NIVELES DE TRIAJE MANCHESTER

PRIORIDAD	TIEMPO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA	CONDICIÓN DEL PACIENTE	TIPO DE ENFERMEDAD	LUGAR DE ATENCIÓN
I	Atención Inmediata	Condición de salud extrema que amenaza la vida y debe ser atendida inmediatamente.	Paro cardiaco respiratorio, traumas severos, heridas graves, sangrados graves, infarto de miocardio, shock, quemadura de cara que compromete la vía aérea, quemadura de II y III grado, aplastamiento.	Sala críticos
II	10 minutos	Condición de salud que amenaza la vida del paciente, su atención debe ser priorizada no inmediata.	Traumas moderados, alteración del estado de conciencia, asfixia, quemaduras leves, sangrados moderados, intoxicaciones.	Cubículos en emergencia o sala de críticos
III	60 minutos	Condición aguda que no amenaza la vida, que requiere valoración en horas.	Traumas leves sin compromiso de la consciencia, infecciones, dolor agudo, deshidratación, fracturas, luxaciones, fiebre en niños menores de 2 años.	Cubículos en emergencia
IV	120 minutos	Condición aguda que no amenaza la vida, que requiere	Diarrea, dolor al orinar, alergias, dolores de más de 24 horas, fiebre en mayores de 2 años.	Primera consulta

		valoración diferida.		
V	240 minutos	Condición sintomática mayor de 24 horas, que requiere valoración diferida	Dolores o golpes de más de 3 días de evolución, dolor de garganta, enfermedades de la piel, pelo o uñas.	Centro de salud o consulta externa

Figura 2. Clasificación STM

La metodología del triage Manchester se basa en la elección de uno de los 52 motivos diferentes de consulta (dolencias o problemas que se observan en el usuario).

MOTIVOS DE CONSULTA

Adulto con mal estado general, Adulto con síncope o lipotimia, Agresión, Aparentemente ebrio, Asma, Autolesión, Bebe o niño que llora, Caídas, Catástrofe – evaluación primaria, Catástrofe – evaluación secundaria, Cefalea, Comportamiento extraño, Convulsiones, Cuerpo extraño, Diabetes, Diarrea, Disnea, Disnea en niños, Dolor abdominal, Dolor abdominal en niños, Dolor en cuello, Dolor de espalda, Dolor de garganta, Dolor testicular, Dolor torácico, Embarazo, Enfermedad hematológica, Enfermedad mental, Enfermedad de transmisión sexual, Exantemas, Exposición a sustancias químicas, Hemorragia gastrointestinal, Hemorragia vaginal, Heridas, Infecciones locales y abscesos, Lesiones en el tronco, Mordeduras y picaduras, Niño cojeando, Niño con mal estado general (NEG), Niño irritable, Padres preocupados, Politraumatismo, Problemas en las extremidades, Problemas de oído, Problemas dentales, Problemas nasales, Problemas oculares, Problemas urinarios, Quemaduras y escaldaduras, Sobredosis y envenenamiento, Traumatismo craneoencefálico, Hemesis.

DISCRIMINADORES EN TRIAJE MANCHESTER

El sistema de Triage Manchester está formado por 52 motivos de consulta al servicio de Emergencia los cuales fueron agrupados en cinco grupos: enfermedad, lesión, niños, conducta anormal e inusual y catástrofe. La clasificación se alcanza mediante la formulación de unas preguntas cerradas muy concretas respondidas con Si/No. “Cuando una respuesta es “SÍ”, al paciente se le asigna el nivel de prioridad donde se encuentre dicha pregunta, por el contrario, si el paciente responde “NO” se sigue preguntando hasta que se pueda asignar un nivel correcto.” (Villaplana, 2016)

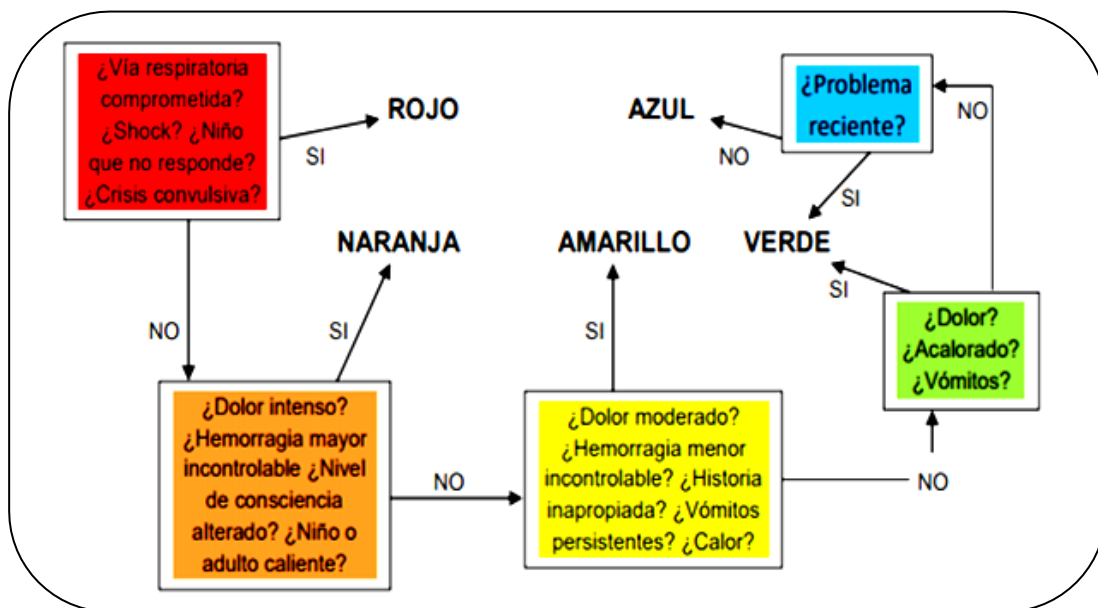


Figura 3. Discriminadores generales STM

Según Chalco en el 2016 los discriminadores, son factores que diferencian entre pacientes, lo que determina que puedan ser situados en uno de los cinco niveles. Los discriminadores generales son seis y son:

1. **Riesgo Vital:** para el personal de enfermería de urgencias el riesgo vital (vida en peligro) es quizás el discriminador general más obvio.
2. **Dolor:** desde la perspectiva del paciente, el dolor es el factor principal para determinar la prioridad.

3. **Hemorragia:** En este método la hemorragia se describe como desangrante, mayor incontrolable o menor incontrolable.
4. **Nivel de consciencia:** el nivel de consciencia se considera de forma separada en adultos y en niños. En los adultos, sólo los pacientes que se presentan con crisis convulsiva evidente son catalogados como de urgencia inmediata, mientras tanto que los niños que no responden a estímulos se colocan también en esta prioridad.
5. **Temperatura:** la temperatura se utiliza como discriminador general.
6. **Tiempo de evolución:** Si un problema ha existido durante un periodo de tiempo relativamente largo, el paciente puede ser asignado a la prioridad no urgente.

“Para la selección, se van realizando preguntas cerradas muy concretas, hasta determinar el color asignado. Estas cuestiones son dicotómicas, se responden con Si/No.” (Chalco, 2016)

ESCALAS VALORADAS EN TRIAJE MANCHESTER

Escala de dolor

Esta escala permite valorar el grado de dolor de un usuario. Mide la intensidad del dolor y sus efectos sobre la función normal. La valoración se establecerá en un nivel de 0 a 10.



Figura 4. Escala para valoración del dolor

Escala Glasgow

Esta escala permite valorar el grado de coma de un paciente. La valoración se realiza en base a tres factores: respuesta visual, respuesta verbal y respuesta motora. La valoración final se obtiene de la suma de las valoraciones de estos los 3 factores.

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Esponanea	4
Al Estimulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

Figura 5. Escala de Glasgow

Constante TRTS (Trauma Store Revisado)

Escala formada por la valoración de Escala Glasgow, tensión arterial sistólica y frecuencia Respiratoria. Es la suma de todos ellos. El límite superior es 12 y el inferior es 0.

ESCALA DE GLASGOW:	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	FRECUENCIA RESPIRATORIA:
13-15 = 4		10-29 = 4
9-12 = 3	89 > 4	> 29 = 3
6-8 = 2	75-89 = 3	6-9 = 2
4-5 = 1	50-75 = 2	1-5 = 1
3 = 0	1-49 = 1	0 = 0
	0 = 0	

Figura 6. Escala TRTS

FLUJOGRAMAS TRIAJE MANCHESTER

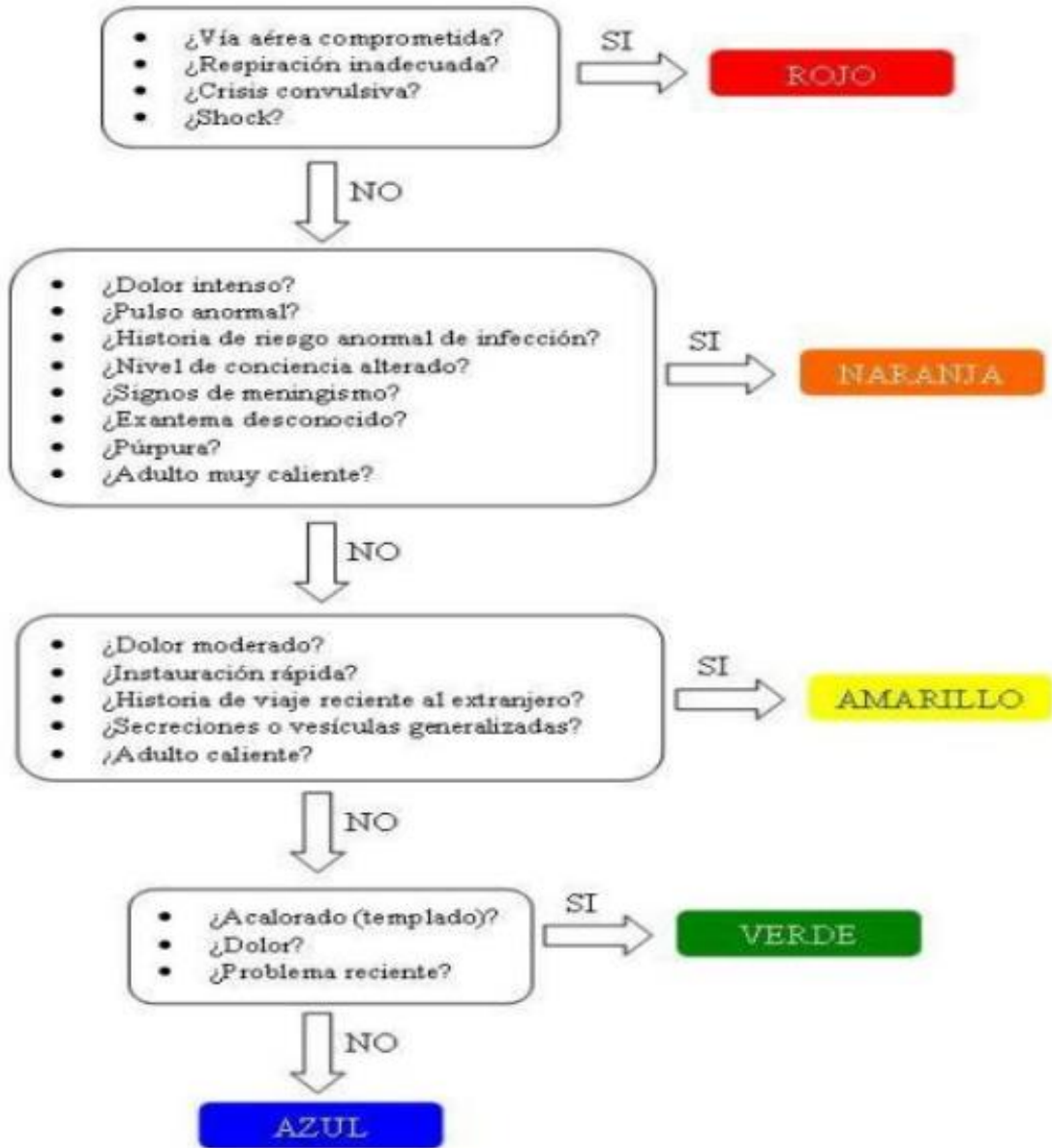


Figura 7. Flujograma en “adulto en mal estado general”



Figura 7. Flujograma en “niño o bebe irritable”

INDICADOR DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD Y TRIAJE

El uso de un sistema de triaje estructurado en los servicios de emergencia ha sido considerado por la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias un indicador de calidad básico de riesgo-eficiencia.

Diferentes autores proponen cuatro índices de calidad que debe cumplir el sistema de triaje implantado y que revela su capacidad como indicador de calidad del servicio de Emergencia, entre ellos:

1. **Tiempo llegada/registro-triage:** tiempo que transcurre desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta que se inicia la clasificación.
2. **Tiempo de duración del triage:** se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea \leq a 5 minutos. Al menos el 95%.
3. **Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico:** este parámetro es considerado como un indicador de satisfacción, riesgo y educación.
4. **Tiempo de espera por nivel de urgencia para ser visitado por el médico establece que al menos el 90%** de los pacientes deben ser valorados por el equipo médico en \leq a 2 horas desde su clasificación en el triage.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chalco, C., & Elizabeth, R. (2016). Diagnóstico de la aplicación del sistema de triage de manchester por el personal profesional de enfermería en el servicio de emergencia del centro clínico quirúrgico ambulatorio Hospital del Día Sangolquí, abril–julio 2016 (Master'sthesis, Quito: UCE).

Ministerio de Salud Pública. (28 de junio ,2017). ACUERDO N° 0091 – 2017. Emite la norma técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria, y su reconocimiento económico.

Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A.. (2012). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33(Supl. 1), 55-68.

Ortiz Viviana (2018). Cumplimiento de la atención por triage Mánchester en el servicio de emergencia del Hospital Luis Gabriel Dávila, 2017.

file:///C:/Users/HP%20PENTIUM/Desktop/Jessi%20Tesis/TUTENF016-2018.PDF

Anexo 11. Tríptico del sistema de triaje de Manchester

Funciones de la enfermería en triaje

El personal de enfermería del triaje es el primer miembro sanitario que establece contacto con los pacientes que acuden al área de triaje del hospital. La clasificación de estos se ha de hacer en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva, para poder garantizar su seguridad mientras esperan para ser atendidos por el médico. Los más urgentes serán asistidos primero, y el resto serán reevaluados de forma continua hasta ser atendidos por el equipo médico.





RECUERDE:

LA ATENCIÓN ESTA DIRIGIDA A PROTEGER LA VIDA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES, RAZON POR LA CUAL SE ATIENDE POR ORDEN DE PRIORIDAD O GRAVEDAD.

NO POR ORDEN DE LLEGADA.



SISTEMA DE TRIAJE DE MANCHESTER

HOSPITAL ALFREDO NOBOA
MONTENEGRO




AUTORAS:
CRISTHINA GARCÉS
JESSICA TUALOMBO



TRIAJE

Es un proceso de selección y clasificación de pacientes para poder manejar adecuadamente y con seguridad, permite una identificación del riesgo en base a los signos y síntomas para poder manejar adecuadamente el flujo de los pacientes en dependencia de su gravedad.

	REANIMACIÓN	
	EMERGENCIA	
	URGENCIA	
	URGENCIA MENOR	
	NO URGENTE	

FUNCIONES DEL TRIAJE

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

SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER

TRIAJE I Requiere Atención Inmediata: La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación.

TRIAJE II La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los 10 minutos

TRIAJE III Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

TRIAJE VI El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

TRIAJE V El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general del paciente.



Anexo 11. Certificado de la finalización del proyecto



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA
HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

GUARANDA ,2 de mayo de 2019

CERTIFICADO

Por medio del presente pongo en su conocimiento que las Srtas. Cristina Alexandra Garcés Fonseca con CI.0202411872 y Jessica Abigail Tualombo Chela con CI.1751527688, realizaron su trabajo de titulación con el tema denominado: "CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CUIDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, PERIODO DICIEMBRE 2018, ABRIL 2019". En esta casa de salud, generando impactos positivos en la cobertura para la salud demostrando interés, conocimientos adecuados y responsabilidad a la hora de ejecutar su socialización al personal de salud sobre los resultados obtenidos en la aplicación de las encuestas a los usuarios que acuden al servicio de emergencia.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad

ATENTAMENTE



Dr. Guillermo Lombeyda Dávila
Hospital Provincial Dr. Alfredo Noboa Montenegro
LIDER DE DOCENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

