



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

**Implementación de un sistema de triage en el servicio de emergencia del
Hospital IESS Ambato 2011**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTOR: Cando Pico, Patricia del Carmen

DIRECTOR: Real Rivera, Mercedes Elizabeth, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA

2013

CERTIFICACIÓN

Doctora.
Mercedes Real Rivera.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado "Implementación de un sistema de triage en el servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato 2011" realizado por el profesional en formación: Cando PicoPatricia del Carmen; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Riobamba. Septiembre de 2013

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Cando Pico Patricia del Carmen declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor: Cando Pico, Patricia del Carmen

Cédula: 1801951839

DEDICATORIA

A las personas que han apoyado directa e indirectamente la realización de este trabajo. A mis familiares más íntimos.

f.....

Autor de la tesis

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Al personal del Servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato, por su predisposición a colaborar en la realización de este trabajo.

f.....

Autor de la tesis

INDICE DE TABLAS

Tabla n. 1	
Distribución de pacientes atendidos en hospitalización por grupos etáreos	10
Tabla n. 2	
Distribución de pacientes en consulta externa por grupos etáreos.....	11
Tabla n. 3	
Distribución de pacientes atendidos en el centro quirúrgico por grupos etáreos	12
Tabla n. 4	
Distribución de pacientes atendidos en el centro quirúrgico por especialidad	12
Tabla n. 5	
Distribución de pacientes atendidos en emergencia según grupos etáreos.....	13
Tabla n. 6	
Distribución de pacientes atendidos en emergencia según lugar de transferencia	14

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.1	48
Nivel de gravedad de los pacientes en la simulación	48
Gráfico n. 2	49
Capacidad resolutive según profesionales	49
Gráfico. 3	50
Capacidad toma decisiones	50
Gráfico n. 4	50
Cómo calificaría usted ,la forma de atención actual en emergencia (triage).....	50
Gráfico n. 5	51
El triage que se realiza en el servicio de emergencia, usted considera que es?	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.....	66
Organigrama del hospital IESS Ambato	
Anexo 2 67	
Taller de capacitación sobre triage	
Anexo 3.....	72
Protocolo de triage	
Anexo 4.....	78
Triage: Planilla de enfermería	
Anexo 5.....	79
Simulación	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	4
1. Marco teórico.....	6
1.1. Marco institucional	
1.1.1. Aspecto geográfico.....	7
1.1.2. Dinámica poblacional	7

1.1.3. La misión de la institución	7
1.1.4. La visión de la institución.....	7
1.1.5. Organización administrativa	7
1.1.6. Datos estadísticos de cobertura (estado de salud enfermedad de la población)	10
1.1.7. Característica geofísicas de la institución	14
1.1.8. Políticas de la institución	15
1.2. Marco conceptual	16
concepto de calidad y calidad asistencial, calidad de los servicios sanitarios.....	16
1. 2.1. Triage.....	17
1. 2.2. Definición	17
1.2.3. Objetivos del triage	21
1.2.4. Triage hospitalario de tres niveles.....	21
1.2.5. Triage hospitalario de cuatro niveles	22
1.2.6. Triage hospitalario de cinco niveles	22
1.2.7. Escala de triage de Oceanía	22
1.2.8. Escala de agudeza y triage de Canadá	23
1.2.9. Escala de triage de Manchester.....	23
1.2.10. Índice de gravedad de urgencia	24
1.2.11. Ventajas del triage	24
1.2.12. Funciones del triage	25
1.2.13. Funciones de la enfermera del triage.....	25
1. 3. Simulación	¡Error! Marcador no definido.
1.3.1. Definición	26
1.3.2. Objetivos de la simulación.....	27
1.3.3. Características metodológicas	27
1.3.4. Características operativas	28
1.3.5. Utilidad de la simulación	28
1.3.6. Ventajas de la simulación	28
1.3.7. Proceso de preparación de la simulación	29
1.3.7.1. Planificación.....	29
1.3.7.2. Diseño técnico	30
1.3.7.3. Organización.....	32
1.3.7.4. Ejecución del ejercicio	34
1.3.7.5. Evaluación	34

1.3.7.6.Evaluación de la organización de la simulación	35
1.3.8. Sistematización del ejercicio	35
1.3.9. Seguimiento a los resultados	35
CAPITULO II.....	36
2. Diseño metodológico	36
2.1. Análisis de involucrados	37
2.2.Árbol de problemas.....	38
2.3.Árbol de objetivos	39
2.4. Matriz del marco lógico.....	40
CAPITULO III.....	43
3. Resultados.....	43
3.1. Resultado n. 1	43
Protocolo de triage elaborado	44
Ojetivos	¡Error! Marcador no definido.
Metodología	¡Error! Marcador no definido.
Conclusión:	45
3.2. Resultado n. 2.....	45
Enfermeras capacitadas en triage.....	45
3.3.Resultado n. 3.....	46
3.4. Proyecto evaluado	52
Objetivo	52
Metodología	¡Error! Marcador no definido.
3.4.1. Evaluación del cumplimiento de la elaboración del protocolo de triage.....	53
3.4.2. Enfermeras capacitadas en triage.....	53
3.4.3. Comité de control de calidad conformado	54
3.4.4.Verificación del cumplimiento de resultados en la implementación del sistema de triage	54
3.5. Evaluación de los indicadores de resultados.....	55
3.6. Evaluación del indicador del fin	56
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS.....	65

RESUMEN EJECUTIVO

El Servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato se encuentra saturado por enfermos de patologías no urgentes. Se ha detectado una disminución en la calidad de atención por las constantes quejas de los paciente por demora para recibir atención médica Para mejorar la prestación del servicios se implementó un sistema de triage para atender en forma prioritaria a quienes lo necesitan, en esta área que recibe pacientes de las provincias de Tungurahua, Pastaza, Bolívar y Cotopaxi.

Este proyecto de capacitación se ejecutó utilizando la metodología del marco lógico, con la participación del personal de la emergencia se realizó el protocolo de triage de enfermería, el taller de capacitación, se creó el comité de control de calidad y se realizó un ejercicio de simulación de un accidente con víctimas en masa. Hemos observado la predisposición del personal de emergencia a mejorar su labor diaria, crecer en conocimientos, orientar los flujos de pacientes en función de su gravedad clínica logrando un acercamiento del personal de salud con el paciente y familiares otorgándole una respuesta clara a su demanda.

PALABRAS CLAVES: Calidad, atención, triage.

ABSTRACT

The Emergency Service of the IESS Hospital in Ambato is saturated by patients with non-urgent pathologies. A decrease in the quality of the assistance has been detected through the patients' constant complaints of slow medical attention. In order to improve the assistance in a priority manner for the people who need it in this area, which receives patients from the provinces of Tungurahua, Pastaza, Bolivar and Cotopaxi, a scanning system has been implemented.

This project of training was carried out on the basis of the methodology of the logical frame. With the participation of the emergency staff, the protocol of scanning in nursery and a training course were accomplished. A quality control committee was created and an exercise of a simulated accident with victims in masse was held. We have observed the predisposition of the emergency staff to improve their daily labor, to get more knowledge, to orientate the flow of patients in dependence on the gravity of their clinical condition, achieving, thus, the approximation of the health staff to the patients and their relatives and giving them a clear response to their needs

KEYWORDS: quality, service, triage

INTRODUCCIÓN

Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de los pacientes del servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato, constituye una enorme satisfacción tanto para la institución que desea recuperar su imagen ante la comunidad como para los afiliados que buscan prontitud en la atención médica. Al igual que los hospitales nacionales, el servicio de emergencia del hospital IESS Ambato se encuentra saturado por enfermos de patologías no urgentes, este aumento en la demanda de atención médica ha planteado la necesidad de nuevas estrategias para atenderla oportunamente. Se ha detectado la disminución en la calidad de atención en los pacientes que acuden al servicio a través de las constantes quejas de los afiliados por demora para la atención por falta de una adecuada estratificación de prioridades y por la no existencia de una valoración protocolizada.

El cambio experimentado en el sistema sanitario en los últimos años centrado en la búsqueda de la máxima calidad en la asistencia y partiendo de el ciudadano como centro, hace indispensable un cambio con la aplicación de un sistema de triage, que en las instituciones en donde se lo aplica es realizado por enfermeras de urgencias y emergencias.

En el presente proyecto el primer capítulo expone el marco teórico en su primera parte marco institucional del Hospital IESS Ambato, calidad de los servicios sanitarios, triage y simulación, en el segundo capítulo detallamos el diseño metodológico y en el tercer capítulo un análisis de resultados del proyecto.

En el Servicio de Emergencia de Hospital IESS Ambato, no existía un verdadero sistema de triage, lo que dificultaba una atención de calidad al paciente que acude a esta área. El triage se lo realizaba únicamente en forma esporádica, una enfermera salía por momentos a observar si en la sala de espera se encontraban pacientes que visiblemente necesitaban atención inmediata, el resto de pacientes debía esperar el turno correspondiente de acuerdo al orden de llegada.

No se encontró trabajos de investigación o proyectos de acción sobre triage en hospitales y universidades locales. En la ciudad de Ambato, concretamente en el Hospital Provincial Ambato no se realiza triage en forma habitual sino únicamente en casos especiales como la afluencia masiva de pacientes sospechosos de gripe AH1N1.

Se consiguió concientizar al personal de enfermería del Hospital IESS Ambato mediante capacitaciones sobre triage. Se realizó el protocolo de triage y la respectiva planilla de enfermería. Las enfermeras profesionales de mayor experiencia en el servicio de emergencia formaron parte del comité de control de calidad de la atención en el área.

Realizamos en forma satisfactoria la simulación de un accidente de tránsito con víctimas en masa con la participación del personal de Servicio de Emergencia, para contribuir a mejorar la calidad de atención en ésta área, con la implementación de un sistema de triage estructurado, para que los pacientes que necesitan reciban atención inmediata, disminuyendo los tiempos de espera mediante una adecuada clasificación de la gravedad.

“La satisfacción de los usuarios con respecto a la calidad de los cuidados recibidos en urgencias y emergencias está influenciada por el primer contacto con la enfermera, justificando aún más el sistema de triage en todos los ámbitos de urgencias y emergencias” (Arenas.2010:142). Con la capacitación del personal de enfermería y la implementación de un sistema de triage, pretendemos dar a conocer la importancia de esta actividad como parte del quehacer de enfermería.

Se utilizó la metodología de marco lógico por considerarse que es la más adecuada para el análisis del problema planteado. Se elaborarán las diferentes matrices del marco lógico y se analizará el problema propuesto con las técnicas de desarrollo de árbol de problemas y árbol de objetivos. Dentro de este mismo marco metodológico se diseñó el diagrama de Gantt.

OBJETIVOS

General

Mejorar la atención en el Servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato mediante la implementación de un sistema de triage estructurado, para lograr una priorización adecuada de la gravedad de los pacientes disminuyendo los tiempos de espera.

Específicos

1. Diseñar en forma participativa el protocolo de triage.
2. Capacitar al personal de enfermería del hospital IESS Ambato sobre el Triage en el Servicio de Emergencia.
3. Crear un comité de control de calidad de la aplicación del sistema de triage estructurado y evaluar su funcionamiento mediante un ejercicio de simulación de un accidente con víctimas en masa.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO



1. 1.Marco institucional

1.1.1. Aspecto geográfico.

El hospital del IESS se encuentra ubicado en la ciudad de Ambato cuya superficie es de 3334.8 Km², de clima templado seco, ubicada a 2577 metros sobre el nivel del mar con una población de 220.000 habitantes.

1.1.2. Dinámica poblacional.

El hospital del IESS de Ambato tiene un universo de aproximadamente 80000 afiliados con una atención anual de 104068 pacientes, más de 5709 altas hospitalarias, con 32000 atenciones en emergencia, 543 alumbramientos por año y alrededor de 2930 cirugías medianas o grandes.

1.1.3. La misión de la institución.

Brindar atención médica en hospitalización, consulta externa y emergencia a todos los afiliados, promoción de la salud, prevención en grupos de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación del paciente del área de influencia.

1.1.4.La visión de la institución.

Constituirnos en líderes en el centro del país en la prestación de servicios de salud a los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad del área de influencia, en hospitalización y en forma ambulatoria, en prevención, promoción, curación y rehabilitación en sus diferentes especialidades con la más alta tecnología, con personal capacitado, brindando servicios de calidad.

1.1.5. Organización administrativa.

La Seguridad Social se asienta sobre objetivos bien definidos como: Protección del ser humano contra riesgos, contingencias de muerte no deseada, invalidez accidental, vejez sin amparo, etc. De la revisión cronológica, se deduce que nuestro país fue uno de los primeros países de Sudamérica, que dictó leyes sobre accidentes de trabajo (1921).

Bajo la dirección del Dr. Pablo Arturo Suárez, el 6 de Agosto de 1937, se inició la atención médica a los afiliados de la Caja del Seguro, brindando servicios en enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo; creándose los dispensarios de Quito, Guayaquil, Cuenca y el Dispensario 4 de Ambato. En sus inicios el Dispensario del IESS de Ambato, brindaba atención de consulta externa para lo que contaba con el siguiente personal: 2 médicos tratantes, un laboratorista, un odontólogo, 4 auxiliares de enfermería, 3 auxiliares de servicio y un Médico Radiólogo.

En 1945 se inaugura la Clínica del IESS, con capacidad para 25 camas, dando servicio en Cirugía, Maternidad, Traumatología. En 1958 la capacidad de camas se incrementa a 43. En 1986, se inicia la construcción del Hospital Regional en la parroquia Atocha-Ficoa, abriendo sus puertas a los afiliados en el mes de Enero de 1994. Tiene capacidad para 300 camas. El hospital del IESS, es de nivel II, cuenta con una infraestructura nueva de 39.350 metros cuadrados de construcción, dotado de todos los servicios básicos. Actualmente en funcionamiento cinco plantas. El edificio dispone de

- Sistema de presión constante
- Sistema especial contra incendios
- Sistema de almacenamiento de agua.
- Sistema de vapor
- Sistema de almacenamiento de combustible
- Sistema de Transformadores.
- Sistema de emergencia de energía eléctrica.
- Sistema de ascensores
- Sistema telefónico.
- Sistema de oxígeno
- Escaleras de evacuación de emergencia.

El servicio de hospitalización se encuentra ubicado en el tercero, cuarto y sexto pisos, cuenta con 82 camas, divididas en sección hombres y mujeres. En el segundo piso de la edificación se encuentran seis quirófanos de los cuales funcionan solamente cuatro. Además en esta planta se encuentra ubicada el área administrativa.

En la planta baja se encuentra ubicado el servicio de Consulta Externa con las diferentes especialidades, que en el año 2010 atendió 104068 pacientes, además están ubicados los servicios de Farmacia, Estadística, Laboratorio, RX, Trabajo Social y el Servicio de Emergencia que cuenta con 3 consultorios para ambulatorio y uno para emergencias pediátricas, sala de procedimientos (suturas, curaciones, yesos y cirugía

menor), área para pacientes críticos y observación con 10 camas. En el año 2010 atendieron un total de 32907 pacientes con un promedio mensual de 2742 y diario de 91. En esta planta también encontramos los Servicios de Fisioterapia, Dietética, Cocina y Lavandería.

El hospital cuenta con el siguiente personal:

• Médicos Tratantes	66
• Médicos Residentes	30
• Internos Rotativos de Medicina	12
• Personal de Odontología	5
• Personal de Farmacia	8
• Personal administrativo	40
• Personal de Laboratorio	19
• Personal de Enfermería	60
• Auxiliares de Enfermería	60
• Personal de Radiología	10
• Personal de Fisioterapia	8
• Personal de Dietética	15
• Personal de lavandería.	8

A partir del 30 de Abril de 2001, por disposición del Director Nacional Médico Social de ese entonces Dr. Efreml Karolys Maldonado se dispone el cumplimiento de la nueva estructura orgánica funcional de las Unidades Médicas contempladas en la resolución CI 056. Iniciándose así la administración gerencial de la institución.

Administración (Ver anexo N.1)

Gerente

Subgerente de Hospitalización y Ambulatorio

Unidad de Enfermería

Subgerencia de Auxiliares de Diagnóstico

Servicios que presta la institución

Servicios asistenciales

Servicio de Urgencias

Servicio de Consulta externa

Servicio de ayudas diagnósticas

Imágenes diagnósticas
Anatomo-patológica
Unidad de rehabilitación

En hospitalización contamos con la atención en cirugía general, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica, Pediatría-neonatología, Traumatología, Neurología, Neurocirugía, Cardiología, Nefrología, Urología, Gastroenterología, Oftalmología, Gerontología, Medicina Interna, Endocrinología, Otorrinolaringología y Psiquiatría. Además en la institución existen el área de Medicina Familiar, Medicina Preventiva, Fisiatría-rehabilitación, Anestesiología, Imagenología, Patología y Odontología.

1.1.6. Datos estadísticos de cobertura (estado de salud enfermedad de la población).

En el año 2010 se atendieron en hospitalización 5799 pacientes.

TABLA N. 1
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN POR GRUPOS ETAREOS

Grupos Etáreos	Número	Porcentaje
< de 1 mes	535	9.22
1 a 11 meses	77	1.33
1 a 14 años	229	3.95
15 a 40 años	2093	36.09
41 a 60 años	1355	23.37
61 y más años	1510	26.04
Total	5799	100

Fuente: Estadística Hospital IESS Ambato.

Elaborado por: Patricia Cando

El servicio de hospitalización atendió al 59.46 % de pacientes comprendidos entre 15 a 60 años de edad, la mayor parte constituido por mujeres en edad reproductiva así como trabajadores activos. El 26,04 % que comprende jubilados, viudas de afiliados (montepío) y solo el 14.5 % de menores de 14 años, hijos de afiliados. Siendo además predominante los afiliados de sexo femenino con un 11.68% más que los de sexo masculino.

Las 10 principales patologías por las que acudieron por atención fueron: Hipertensión esencial, faringitis aguda, amigdalitis aguda, diarrea, gastroenteritis, infección de vías urinarias, rinofaringitis, lumbago no especificado y lumbago con ciática, cabe destacar además que un 21.78 % de la población adulta y niños acuden por control general de rutina.

TABLA N. 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA POR GRUPOS ETAREOS

Grupos Etéreos	Número	%
< de 1 mes	1542	1.48
1 a 11 meses	4021	3.86
1 a 14 años	5860	5.63
15 a 40 años	22391	21.52
41 a 60 años	33535	32.22
61 y más años	36719	35.28
Total	104068	99.99

Fuente: Estadística Hospital IESS Ambato.

Elaborado por: Patricia Cando

En la consulta externa recibieron atención médica en el año 2010, 104.068 afiliados en las diferentes especialidades, el mayor porcentaje de pacientes corresponden al sexo femenino y por grupos etáreos el mayor número de pacientes se ubican entre 15 y 60 años que corresponde al 53.74 %. El Mayor porcentaje de pacientes atendidos por consulta externa son de sexo femenino y por grupos etéreos el mayor número de pacientes está en los grupos de edad de más de 15 años. Me permito aclarar que los pacientes que acuden por atención médica al Hospital provincial IESS Ambato, proceden de toda la provincia de Tungurahua, así como de las provincias de Pastaza, Bolívar, Cotopaxi por lo que no se puede determinar características definidas de grupos. Los afiliados pertenecen a múltiples entidades empleadoras y a diferentes áreas rurales.

El centro quirúrgico se encuentra ubicado en la segunda planta del nuevo edificio. Está constituido por cuatro quirófanos, los cuales están equipados y funcionan de lunes a viernes, un quirófano está habilitado para las emergencias en la noche y fines de semana. En el año 2010 se realizaron 2930 intervenciones quirúrgicas, el 18.53 % emergentes y el 81.47 % programadas.

TABLA N. 3**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO QUIRÚRGICO POR GRUPOS ETAREOS**

Grupos Etarios	Número	%
Menores de 1 mes	0	0
1 a 11 meses	9	0.31
1 a 14 años	57	1.94
15 a 40 años	1349	46.04
41 a 60 años	845	28.84
61 y más años	670	22.87
Total	2930	100

Fuente: Estadística Hospital IESS Ambato.

Elaborado por: Patricia Cando

El 74.88 % de los afiliados atendidos en el Centro Quirúrgico corresponden a personas de edades comprendidas entre 15 a 60 años, el menor porcentaje de atendidos corresponde a menores de 15 años.

TABLA N. 4**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO QUIRÚRGICO POR ESPECIALIDAD**

Especialidad	Número	%
Cirugía General	838	28.60
Cirugía Plástica	4	0.14
Cirugía Vasculat	179	6.11
Ginecología	308	10.51
Neurocirugía	50	1.71
Obstetricia	530	18.09
Oftalmología	60	2.05
Traumatología y Ortopedia	508	17.34
Otorrinolaringología	140	4.78
Urología	304	10.37
Otros	9	0.30
Total	2930	100

Fuente: Estadística Hospital IESS Ambato.

Elaborado por: Patricia Cando

Las especialidades de mayor demanda son: Cirugía General 28.60 %, colecistectomías, herniorrafias, apendicetomías. Obstetricia 18.09 % Traumatología y Ortopedia (17.34%) con el tratamiento de fracturas principalmente.

En el Servicio de Emergencia se atendieron en el año 2010, 32907 pacientes. El 49.19 % es decir 16189 pacientes acudieron por verdaderas emergencia, y el 50.80%, 16718 pacientes presentaron afecciones de poco riesgo o/y banales lo que concuerda con la realidad de otros hospitales.

TABLA N. 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA SEGÚN GRUPOS ETAREOS

Grupos Etarios	Número	Porcentaje
< de 1 mes	32	0.10
1 a 11 meses	407	1.24
1 a 14 años	897	2.72
15 a 40 años	15936	48.42
41 a 60 años	9453	28.73
61 y más años	6182	18.79
Total	32907	100

Fuente: Estadística Hospital IESS Ambato.
Elaborado por: Patricia Cando

El total de los afiliados atendido en el servicio de emergencia en el año 2010 es 32907, el 52.73 %, 17352 pacientes corresponde a sexo masculino mientras que el 47.26 %, 15555 pacientes al sexo femenino. Dentro de las patologías más frecuentes por las que acuden los afiliados son: problemas gastrointestinales, problemas de resolución quirúrgica como abdomen agudo inflamatorio, apendicitis, cesáreas, limpiezas quirúrgicas por situaciones de accidentes, quemaduras, traumatismo, síndromes coronarios agudos.

TABLA N. 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA SEGÚN LUGAR DE TRANSFERENCIA

Sitio de Transferencia	Número	%
Hospitalización	2338	7.10
Observación-emergencia	2712	8.24
Consulta Externa	1321	4.01
Otro Hospital	50	0.15
Domicilio	26486	80.49
Total	32907	99.99

Fuente: Estadística Hospital IESS Ambato.

Elaborado por: Patricia Cando

Del total de pacientes atendidos el 80.48% son transferidos a su domicilio, lo que confirma datos anteriores que los afiliados que acuden al servicio de emergencia lo hacen por patologías banales que pueden ser atendidos en consulta externa, pero que por la dificultad de conseguir un turno por teléfono y por la demora que representa su atención en dicha área no lo hacen ya que en muchas ocasiones en la primera consulta de realiza pedidos de exámenes complementarios los mismos que para ser evaluados necesitan de la toma de otro turno por teléfono. En cuanto a la condición de egreso de los pacientes: el 0.015% (5) lo constituyen los muertos frente a un 99.984% (32902) de pacientes vivos.

El Servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato, cuenta con las siguientes áreas: Consultorios 3, que atiende a los pacientes tipo 4 y 5. Observación que cuenta con 8 camas y 2 camillas para los pacientes tipo 3, cuarto crítico para los pacientes tipo 1 y 2. Físicamente existe el área de triage pero es utilizado como consultorio médico. Actualmente laboran en el Servicio de Emergencia 4 Emergenciólogos, 8 Médicos Residentes, 2 Internos Rotativos de Medicina, 12 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería. Las enfermeras profesionales están distribuidas en los turnos de la mañana y tarde, para triage, cuarto crítico, área de procedimientos, preparación de pacientes para ingreso a hospitalización y observación.

1.1.7. Característica geofísicas de la institución.

El Hospital IESS de Ambato es una unidad operativa de la red hospitalaria de la seguridad social, está ubicado en el parroquia Atocha de la ciudad de Ambato, y está clasificado como de nivel 2 de complejidad.

El hospital es un moderno edificio planificado para funcionar con 320 camas hospitalarias. Sin embargo en la actualidad apenas tiene disponible 120 camas que ocupan el tercero y cuarto pisos de un edificio de 7 plantas.

1.1.8. Políticas de la institución.

La misión fundamental del IESS es la de proteger a la población urbana y rural con relación de dependencia laboral o sin ella contra las contingencia de enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, discapacidad, cesantía. Invalidez, vejez y muerte dentro de su marco legal.

Cubre las necesidades de los afiliados en:

- Atención de salud

Atención médica integral en todos los niveles de complejidad para los afiliados activos, jubilados, hijos de los afiliados hasta los 18 años de edad.

- Prestaciones

Comprende: jubilación, subsidios de maternidad, subsidios por enfermedad e incapacidad temporal o definitiva.

- Seguro Social Campesino

Proporciona cobertura de salud a los campesinos y a su grupo familiar, de las comunidades afiliadas.

Se puede expresar la calidad de la asistencia sanitaria en dar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo de desarrollo posible de satisfacción tanto para el usuario como para los profesionales al costo más razonable.

En el contexto de atención a los usuarios en los servicios de emergencia de las diferentes instituciones prestadores de servicios de salud, “ el concepto de calidad a despertado gran interés para su aplicación, lo que implica compromiso gerencial, trabajo en equipo, tecnología de punta entre otros, sin embargo, estos no serían suficientes, si se vulneraran los derechos a una atención basada en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no solo una mejor atención, sino cuidado con dignidad”. (Delgado, 2007: 66-68).

1.2 Marco conceptual

1.2.1. *Concepto de calidad y calidad asistencial, calidad de los servicios*

sanitarios.

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de Calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor costo.

Juran define la calidad como la idoneidad, aptitud para el uso de un determinado producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar. Deming define la calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. Para Ishikawa el concepto de calidad es muy parecido, ya que la calidad del producto/ servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio. La American Society for Quality Control, define la calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario”.

En los Manuales de Normas ISO (ISO 29004-2) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen. En lo referente al terreno sanitario, existe una definición clásica (IOM 1979, que dice que una asistencia médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La OMS (1985) define que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

La definición más completa es la del Programa Ibérico, que define la calidad de atención sanitaria como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Para trabajar con calidad se necesita tener cultura de calidad, es decir, conocimientos y comportamientos. Los conocimientos los deben aportar la empresa, pero

los comportamientos dependen de cada uno. A este nivel es importante el trabajo en equipo, ya que la calidad va a ser el resultado del trabajo de todos, pero es igual de importante la existencia del liderazgo directivo, entendiendo que el líder debe ser un facilitador, debe ayudar al profesional a trabajar cada vez mejor y, además es fundamental que el líder sea un ejemplo para los demás, tanto de capacidad de trabajo como de comunicación y accesibilidad.

El diseño de un sistema de calidad de un determinado producto o servicio en el ámbito sanitario, va a depender en esencia de nosotros mismos, es decir tenemos que definir nuestro producto sanitario como la suma de dimensiones que hacen que la actividad sanitaria en nuestro caso la asistencia urgente y emergente, solucione la enfermedad y los problemas de toda índole que de ella se derivan, con la participación de todos los miembros del equipo sanitario , asumiendo los principios de participación , mutua confianza e identificación de los objetivos de nuestro servicio e incluyendo las características que ha de tener para que sea de calidad y para que después intentemos medirlas de forma directa e indirecta.

“El aumento en la demanda de atención médica en los Servicios de Emergencias ha planteado la necesidad de diseñar estrategias para atenderla oportunamente. Tradicionalmente, los departamentos de emergencias en todo el mundo han tenido que atender a dos tipos de poblaciones bien definidas: aquellas que requieren atención inmediata por situaciones que ponen en peligro la vida y otros que ven en los servicios ofrecidos por los departamentos de emergencias su mejor alternativa”. (García, 2008; López, 2006: 310-316). Esto refleja los problemas de adecuación en la utilización de dichos servicios y las deficiencias en la coordinación entre éstas y los servicios de atención primaria de salud.

1.2.2. Triage.

1. 2.2.1. Definición.

“El triage/clasificación, es un proceso que nos permite una gestión de riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos”. (Soler, Gómez, Bragulat y Álvarez, 2010: 55-68). El término Triage en el mundo de la urgencia, claramente se ha identificado como un proceso de clasificación de los

pacientes por el centro coordinador de urgencias y emergencias o por un equipo de atención pre-hospitalaria, en base a la valoración protocolizada de un grado de urgencia

“La guía de triage en el servicio de urgencias surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable para determinar la complejidad de la urgencia del paciente, que permita mayor objetividad del proceso, facilite el desarrollo de las habilidades del médico o la enfermera para la evaluación del paciente y de disponer de un manual de consulta durante la toma de decisiones”. (Reyes y Grimaldo, 2010; Ministerio de Salud Pública del Perú, 2004). Un triage bien realizado es la clave de la unidad de urgencias. “Considerando a la enfermería como elemento constante en la urgencia es imprescindible su preparación para una buena tarea de selección, obteniendo enfermeras/os capacitados para priorizar a los pacientes según su gravedad y brindarles la primera atención basada en protocolos establecidos” (Palacio, 2009; Candela, 2006: 1-5).

Un sistema de triage debe estar diseñado acorde con los recursos físicos, humanos, la demanda de servicios y las políticas institucionales del hospital en que se vaya a implementar y nunca pretende dejar de lado el juicio clínico del profesional que realiza la evaluación del paciente. “Triage fue primero descrito por Barón Dominique Jean Larrey (1766 – 1842), el general y cirujano de Napoleón, que empezó a utilizarlo como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla. Desde entonces se conoce de la implementación de las ambulancias y hospitales de campo lo que disminuyó el tiempo hasta la atención sanitaria”. (Villalobos, 2011; De la Garza, 2004: 59-63; Rodríguez, 2008; Del Busto, 2001: 358-360).

La primera descripción sistemática de implementación del triage en la medicina civil fue hecha por E. Richard Weirman en Baltimore en 1964. El primer australiano que aplicó la escala de triage en el área de choque fue Pink y Brentnall en 1977, ellos usaban las descripciones verbales clasificando a los pacientes en 5 categorías. A nivel internacional existen reportes de implementación de un sistema de triage estructurado de 5 escalas o niveles en los departamentos de Emergencia, dejándose atrás el sistema clásico que abarcaba hasta 3 y 4 niveles atención. En el área latinoamericana, uno de los que ha tenido mayor aplicación y cuya fiabilidad ha sido validada en varios consensos es el triage canadiense y la escala de la acuidad (CTAS) que se introdujo desde de 1999, siendo éste el que ha tenido mayor aceptación en los países que ya implementan este sistema en los departamentos de Emergencias.

Núñez y Flores, 2004, en México, realizaron un estudio cuasi-experimental en pacientes mayores de 15 años, cuyo objetivo fue determinar el impacto del triage en el departamento de emergencias de un hospital de 2do nivel de atención, encontrando que el 71% acudió de

forma espontánea y las dos primeras categorías consideradas como urgencias reales agrupó a un poco más de la mitad de los pacientes. Tenían un promedio de edad de 48.5 años \pm 20.5 y 60% eran del sexo femenino. Según las categorías de triage: 0.3% correspondían a la categoría I, 7.4%, 42.8%, 31.1% y 18.4% de las categorías II, III, IV y V respectivamente. El 74.3% se encontraba satisfecho con la atención integral recibida en el departamento de emergencia.

“Medina, Ghezzy en Julio de 2005 en el Hospital central del Instituto de previsión social de México se realizó un estudio prospectivo sobre 1,122 pacientes con el objetivo de evaluar el resultado de la aplicación del sistema de triage, encontrando que el 24% fue clasificado como prioridad 1 y 76% como prioridad 2, siendo la mediana del tiempo para el primer grupo 10 minutos y 65 minutos para los considerados prioridad 2. Además el 9% de los prioridad 1 ameritó hospitalización y ninguno de los considerados como prioridad 2. Aunque a nivel nacional ni local existe un sistema de implementación de triage ya descrito, se clasifica a los pacientes en el área del servicio de emergencia en base a la observación de cada médico según la situación de salud que presentan estos al arribar a la emergencia.

El proceso de clasificación de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y a la saturación que, en ocasiones, sufren dichos servicios, sin ser situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva. La clasificación de los pacientes se ha venido realizando formal o informalmente desde que aparecieron los servicios de urgencias hospitalarios, pero es necesario establecer un manejo eficiente del equipo de dicho servicio, que sea capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente, de establecer prioridades y de implantar un tratamiento adecuado mediante la investigación y la disposición de recursos.

La existencia de un sistema de triage estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los Servicios de Urgencias y Emergencias. “La disponibilidad de un sistema de triage de cinco niveles, válido, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan hacer el triage de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable, es una medida fundamental para los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos”. (Labra, Juárez & Jiménez, 2010).

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias asume y propone que la actividad de recepción, acogida y clasificación (triage) sea realizada por enfermeros. “La adecuada

selección de procesos realmente urgentes de los que no lo son, a cargo de enfermeros expertos y con gran pericia clínica, apoyándose en algoritmos de decisión, se realiza a través de una valoración inicial de los signos y/o síntomas motivo de consulta de los usuarios que acuden a estas unidades, la determinación de las prioridades asistenciales acordes con el nivel de gravedad de los pacientes y su asignación a la unidad donde recibirán el tratamiento adecuado”. Fernández, 2004).

“La Sociedad Española de Enfermería de urgencias asume y propone como recomendación científica que la actividad de recepción, acogida y clasificación, según lo manifestado, es propia de los diplomados de enfermería por su cualificación profesional”.(Tudela, 2003: 711-716). Como dato referencial en este país., sólo el 2% de las consultas en urgencias requieren ingreso en una unidad de cuidados críticos, un 25-30% puede considerarse urgencias graves, y hasta un 70% se considera urgencias leves. “Se ha estimado que un 38% de las visitas a urgencias son inadecuadas no obstante, consideramos que la realidad es probablemente algo más compleja, existe un grupo de procesos que requiere asistencia rápida aunque no se trate de cuadros graves.” (Ministerio de Sanidad y Social de Madrid, 2010).

La guía de triage en el servicio de urgencias surge de la necesidad de contar con un instrumento confiable para determinar la complejidad de la urgencia del paciente que permita mayor objetividad en el proceso, facilite el desarrollo de las habilidades de la enfermera para la evaluación del paciente y de disponer de un manual de consulta durante la toma de decisiones.

En los hospitales, en la actualidad el triage es realizado por el personal de enfermería, quizás es el que más se está desarrollando. Hasta ahora se utilizaban distintas sistemáticas, en los distintos hospitales con validez variable, en los últimos años se han creado distintas escalas en Canadá (Canadian triage and acuityscale) basado en el Australiano, Reino Unido (Manchester Emergency Triage System), Estados Unidos (triage scale standardization), Andorra (modelo andorrano de triage) basado en el Canadiense y Australia (The Australasian Triage Scale).

“En España se han realizado dos adaptaciones, que se están implantando en varios hospitales: el “set”, Sistema Español de Triage, que resulta de una adaptación del “mat”, modelo andorrano de triage, en él hay 650 motivos de consulta distribuidos en 32

categorías sintomáticas, que con datos del interrogatorio y unos datos exploratorios básicos, clasifican con 5 niveles de urgencia. El “Manchester”, basado en el sistema del mismo nombre del reino unido. A partir de 51 motivos de consulta y a través de unas preguntas dirigidas en un diagrama”. (Garita, 2008).

“En un servicio de urgencias con un sistema de triage estructurado se ha de establecer una dinámica de grupo, de manera que todo el mundo crea en el proceso de clasificación, respete el criterio del profesional que la realiza y que éste cuente con el total soporte de la jerarquía del servicio”.(Gómez, 2003: 165-174). .Siempre que se implanta un nuevo sistema de trabajo se generan resistencias y dificultades. “En el caso del triage estructurado estas han estado vinculadas fundamentalmente a la falta de información, especialmente entre el colectivo médico, y a la redistribución de cargas de trabajo, especialmente en aquellos servicios que han pasado de funcionar en base a la distribución de pacientes”. (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 2008: 12-13).

1.2.2.1. *Objetivos del triage*

- Evitar la demora en la atención a aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida frente a aquellos que presentan patologías banales.
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden a Urgencias y detectar sus principales problemas de salud.
- Reducir los niveles de ansiedad del usuario y su familia mediante una atención sanitaria rápida.
- Aumentar la información del paciente sobre su situación real durante su espera, sobre todo en aquellos tendrán una espera más larga.
- “Definir fácilmente la ubicación más adecuada para el paciente en el servicio (el paciente será llamado a un box de atención o deberá ser llevado a la sala de reanimación.” (Servicio de salud de Araucanía, 2011).

1.2.2.2. *Triage hospitalario de tres niveles.*

Los sistemas de triage de tres niveles son los más utilizados en los hospitales de los Estado Unidos. A veces, las distintas categorías se identifican mediante colores (p. ej, rojo, amarillo y verde) o números romanos (categoría I, categoría II, categoría III). Los niveles son los siguientes:

Muy Urgente: el paciente requiere de atención médica inmediata. Presenta una enfermedad o traumatismo que pone en peligro su vida o la integridad de un órgano o una extremidad (por ejemplo parada cardíaca, traumatismo grave, insuficiencia respiratoria). Es necesaria una respuesta por parte de un equipo del Servicio de Urgencias y se debe proceder a su evaluación y reevaluación de forma continua.

Urgente: El paciente requiere atención médica rápida, pero puede esperar varias horas, si es necesario (p. ej., dolor abdominal, fractura de cadera, cálculos renales). Se recomienda reevaluar al paciente cada treinta minutos.

No urgente: El paciente necesita ser visto por un médico, pero el tiempo no es un factor importante, por lo que puede esperar sin que esto suponga ningún tipo de riesgo (p.ej., dolor de garganta, exantema, conjuntivitis). Se recomienda reevaluar al paciente cada 1 o 2 horas.

1.2.2.3. Triage hospitalario de cuatro niveles.

Algunos hospitales utilizan un sistema de clasificación de la gravedad del paciente de cuatro niveles, en un intento de subdividir las tres categorías de los sistemas de tres niveles, con el fin de mejorar la fiabilidad del método. En estos sistemas las categorías son: urgencia vital, muy urgente, urgente y no urgente.

1.2.2.4. Triage hospitalario de cinco niveles.

Actualmente en los Estados Unidos, existe la tendencia de adoptar en todo el país un sistema uniforme para la clasificación de la gravedad del paciente, basado en un procedimiento de cinco niveles. Existen cuatro tipos de sistemas basados en el triage de cinco niveles. En todos estos sistemas el nivel I, representa la mayor gravedad, (pacientes más agudos), mientras que el nivel cinco se asigna a los pacientes menos graves (menos agudos).

1.2.2.5. Escala de triage de Oceanía.

En Australia los servicios de Urgencias adoptaron en 1993, la escala de triage de Oceanía, Esta escala se basa en los hallazgos de la investigación y en el consenso de los expertos. En cada categoría se enumera una serie de descriptores clínicos, síntomas y enfermedades que corresponden a un nivel de gravedad específico. Para cada nivel, se establece un marco temporal específico, que debe transcurrir antes de que el paciente sea evaluado por un médico. Este tiempo hasta el tratamiento es el intervalo máximo que una paciente debe esperar para ser evaluado a fondo y tratado por un médico. El tiempo empieza a correr desde que el paciente llega al servicio de urgencias. La enfermera encargada del triage elige una categoría de la Escala de Triage de Oceanía dependiendo de la siguiente afirmación:

“Este paciente debe esperar la evaluación y el tratamiento médico no más de:...” (Silvariño, 2011: 88-93). . Las constantes vitales se registran solo cuando esto contribuye a tomar la decisión sobre la de gravedad del paciente. Se establecen unos umbrales de actuación para cada uno de los niveles y se indica en que porcentaje del tiempo el servicio de urgencias debe conseguir los objetivos fijados en el período de tiempo hasta el tratamiento.

1.2.2.6. Escala de agudeza y triage de Canadá.

Un grupo de médicos de urgencias canadienses ha elaborado la escala de agudeza y triage de Canadá. Se trata de una escala de cinco niveles basada en la escala de triage de Oceanía con la colaboración de la National Emergency Nurses Association de Canadá se consiguió que esta escala fuera adoptada por todos los hospitales del país y ha servido para elaborar los informes que periódicamente los servicios de emergencia deben enviar a las autoridades sanitarias de Canadá. Cada nivel de triage está asociado con una lista representativa de síntomas de presentación. Algunos ejemplos de enfermedades a las que se les asigna el nivel I, son la parada cardiaca, los traumatismos graves y la insuficiencia respiratoria grave. En el otro extremo de la escala el nivel V, se asigna a los pacientes que no representa ninguna enfermedad, ni ningún traumatismo agudo, o este es de carácter leve por ejemplo: esguinces, distensiones musculares

1.2.2.7. Escala de triage de Manchester.

La escala de triage Manchester fue desarrollada por un grupo de médicos y enfermeras especializados en urgencias. Se trata de un sistema basado en diagrama de flujos muy detallados. A cada nivel de triage se le asigna un nombre, número y color que sirve para identificar el tiempo que debe esperar un paciente hasta ser visto por el médico que lo va a tratar. Basándose en los síntomas que refiere el paciente, la enfermera encargada del triage, elige entre 52 diagramas de flujo diferentes. “Para determinar el nivel de la selección, la enfermera va siguiendo el diagrama de flujo preguntando al paciente sobre signos y síntomas (discriminadores). Una respuesta positiva a un discriminador determina el nivel de gravedad. La documentación consiste simplemente en identificar el diagrama de flujo que se ha utilizado, que discriminador se ha usado para definir la puntuación y el nivel de triage asociado con dicha puntuación. (González, 2009; Newberry, 2007: 69-88).

ESCALA DE TRIAGE MANCHESTER

Número	Nivel	Color	Tiempo de espera
1	Urgencia Vital	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10 min.

3	Urgente	Amarillo	60 min
4	Normal	Verde	120 min
5	No Urgente	Azul	240 min

1.2.2.8. Índice de gravedad de urgencia.

Dos médicos de Estados Unidos especializados en urgencias, trabajando en colaboración con un grupo de médicos y enfermeras de diferentes servicios de Urgencias, desarrollaron el índice de gravedad de la urgencia. Se trata de un sistema de cinco niveles que clasifica a los pacientes según dos variables: la gravedad de la enfermedad o el traumatismo que presenta y la utilización que cabe esperar de los recursos humanos y materiales. La gravedad se define basándose en el grado de estabilidad de las funciones vitales del paciente y el riesgo que corre la vida de éste, un órgano, o una extremidad. “La utilización que cabe esperar de los recursos humanos y materiales se define como la cantidad de recursos que se espera que el paciente consuma antes de abandonar el servicio de urgencias”. (Díaz, 2005: 1-12). En un servicio de urgencias, la palabra triage se refiere al proceso de recepción y acogida del paciente para su posterior clasificación según su situación de salud que determinará la prioridad en la atención, evitando demoras en la atención de aquellos pacientes que presentan mayores riesgos.

1.2.2.9. Ventajas del triage.

A) Para los pacientes:

- Proporciona información al paciente sobre su estado y el tiempo aproximado de espera.
- Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria.
- Se atiende antes al más grave.

B) Para el servicio de urgencias:

- Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad.

- Permite la reordenación de los recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
- Genera información útil para la orientación de los recursos de los que deben disponer en le área de urgencias.
- Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.

C) Para la organización:

- Permite realizar controles de calidad
- “Permitir políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos”. (Cornejo, 2008:1-8).

1.2.2.10. *Funciones del triage.*

- Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
- 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.
- Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable.

1.2.2.11. *Funciones de la enfermera del triage.*

- La enfermera de triage debe basarse en el protocolo de su servicio. (Ver anexo N. 3)
 - Debe tener acceso rápido o estar en contacto con el área de recepción administrativa del servicio y con el área de espera de los pacientes.
 - Recibir a los pacientes y sus familiares en un ambiente seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad.

- Realizar una rápida evaluación clínica, recogiendo los datos expresados por el paciente para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta y la citación fisiológica del paciente la misma que debe ser registrada en la planilla de enfermería. (Ver apéndice N.4).
- Dar la información registrada al equipo multidisciplinar encargado del proceso diagnóstico y terapéutico en le área asignada.
- Reevaluar periódicamente a los pacientes del área de espera.
- “Deberá tener un control visual del área de espera y de admisión de pacientes”. (Medina, 2007: 211-216).

1.3. Simulación

1.3.1. Definición.

Es un ejercicio de escritorio que recrea una situación hipotética de desastre frente al cual los participantes deberán tomar decisiones basadas en la información que reciben durante el ejercicio. A cada participante se le asigna un personaje que puede coincidir con su ocupación real. Los hechos pueden ocurrir en tiempo simulado periodo durante el cual los participantes recibirán datos e información de situaciones que se producen en el contexto de una emergencia y deberán resolver.

La trama del ejercicio debe basarse en un escenario y un guión de sucesos realistas, de modo, que los participantes estén obligados a dar respuestas también realistas. Dichas respuestas tienen que basarse en procedimientos y recursos existentes con el fin de que tengan validez. La resolución de las situaciones presentadas permite entre otras cosas, identificar reacciones y evaluar las respuestas ante circunstancias particulares y validar mecanismos de coordinación.

Los resultados obtenidos al evaluar el ejercicio sirven como lecciones aprendidas para ajustar y mejorar los planes de preparativos. Los planes hospitalarios para desastres y emergencias, y los planes de contingencia, deben ser evaluados y actualizados periódicamente para asegurar su validez. De esta manera, antes de que se produzca el desastre se pueden analizar y corregir las reacciones, actitudes, decisiones, necesidades,

debilidades y fortalezas del establecimiento de salud, de su personal y del entorno, que pudieran afectar el funcionamiento adecuado del plan.

“Las simulaciones y simulacros son herramientas de evaluación, pues entrenan al personal de salud, enfrentándolo a situaciones probables de emergencia o desastre y ponen a prueba la capacidad del hospital y de la red de servicios de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2005). “El propósito de una simulación es desarrollar habilidades en la coordinación, manejo y determinación de posibilidades de respuesta ante los eventos adversos que se registren” (Ministerio de Protección Social, 2007).

1.3.2. *Objetivos de la simulación.*

- Evaluar la capacidad para la toma de decisiones del personal de los organismos de preparativos y respuesta ante emergencias y desastres, de acuerdo a lo establecido en sus planes y procedimientos.
- Validar el plan institucional de preparativos y respuesta a emergencias en una instalación u organización determinada.
- Probar mecanismos interinstitucionales o intersectoriales de coordinación para la atención de situaciones de emergencia.
- Capacitar a personas que tienen funciones en la toma de decisiones y ejecución de acciones de respuesta a emergencias en el manejo de situaciones de crisis y gestión de la información.

1.3.3. *Características metodológicas.*

La simulación es un ejercicio de manejo de información y de juego de roles. Se centra en la toma de decisiones de manera individual o colectiva. Es un ejercicio teórico, también llamado de escritorio, que se puede desarrollar en un solo espacio cerrado o bien en varios sitios intercomunicados. Se desarrolla a partir de un escenario y un guión que define las actividades, el flujo de información y los roles a desempeñar por los participantes. A cada uno de los participantes se le asigna un rol que puede ser el mismo que desempeña en su sitio de trabajo o cualquier otro.

Se debe proporcionar todas las características del personaje y la información básica para interpretarlo. El desarrollo de los sucesos transcurre en escalas de tiempo simulado determinadas en el guión, el cual es controlado por el equipo que coordina el ejercicio. Cada

trama de un ejercicio se maneja en períodos de tiempo relativamente cortos, por lo que se hace necesario recurrir al uso de saltos de tiempo. El escenario planteado que incluye situaciones, problemas y recursos es revelado secuencialmente en la medida que se avanza en el ejercicio. La distribución de tiempo incluye el espacio de preparación, conocimiento o repaso de roles, análisis de información previa, tiempos razonables para la solución de los casos y periodo de evaluación. La vinculación dentro de un equipo mejora cuando sus miembros se ejercitan juntos, esto les permite comenzar a comprender de qué manera trabajarán juntos bajo la presión del evento real.

1.3.4. Características operativas.

Se facilita información por medio de mensajes intermitentes que pueden ser enviados en forma verbal, impresa, digital o de otras formas. En los ambientes de trabajo se puede recrear condiciones similares a las que podrían vivirse en una situación de desastre, como ruido, iluminación, temperatura, fallas en los servicios (agua, luz, comunicaciones), incertidumbre, información contradictoria o incompleta, entre otros. El controlador dispone de la información actualizada del escenario, eventualmente puede asumir roles de personajes que no estén representados en la situación descrita.

1.3.5. Utilidad de la simulación.

La simulación permite evaluar sistemas o procesos de trabajo con sus instrumentos operativos, procedimientos y formatos, así como capacitar o ejercitar la toma de decisiones y la coordinación. El proceso de evaluación de los resultados debe ayudar a identificar las áreas críticas de gestión y los aspectos que deben ser reforzados.

1.3.6. Ventajas de la simulación.

“Entre las ventajas con que cuenta la Simulación se encuentra la posibilidad de estudiar el comportamiento del sistema en el caso de que se produjesen cambios internos y/o externos en el mismo, esto es, experimentando sobre el modelo sin recurrir a cambios en el sistema real” (Llorente, 2001: 90-96).. También mediante la Simulación podemos introducir nuevos elementos en el sistema, con lo que podemos anticiparnos a los problemas o situaciones nuevas es decir predecir el comportamiento del sistema ante cambios alternativos.

- Permiten probar o evaluar planes de preparativos o de contingencia.
- Facilitan el entrenamiento y la actualización de conocimientos.
- Permiten evaluar el proceso de toma de decisiones y mecanismos de coordinación.
- Ayudan a fortalecer la coordinación interna y el trabajo sectorial e interinstitucional.
- Ayudan a validar instrumentos de registro y sistematización de información.

- Permiten evaluar las reacciones de los participantes frente a situaciones específicas.

Cuando no existe una organización para emergencias, no se dispone de un plan de respuesta y el personal no está capacitado para responder a una emergencia, es poco útil desarrollar una simulación. Cuando esto sucede, es mejor poner en marcha un plan de capacitación y preparación.

1.3.7. Proceso de preparación de la simulación.

Para un desarrollo adecuado del ejercicio es necesario que durante todo el proceso de preparación se mantenga contacto con las diferentes áreas de trabajo, lo cual permitirá homologar contenidos, validar herramientas, establecer lineamientos, dar seguimiento al cumplimiento del cronograma de actividades, corregir desviaciones y otros aspectos de coordinación. Las actividades a desarrollar en esta etapa son las siguientes:

1.3.7.1. Planificación.

Las acciones de planificación son ejecutadas por el grupo de coordinación general y consisten en definir los parámetros fundamentales y las características generales del ejercicio, según se detalla a continuación:

Propósito: Establece la intención y los motivos de lo que se quiere conseguir. Se define en función de un problema o una necesidad y su redacción debe responder a las preguntas por qué y para qué hacemos la simulación, así mismo debe ofrecer nociones que orienten la redacción de los objetivos.

Alcance: Determina hasta dónde llega la acción o los efectos de la actividad. Define la amplitud del ejercicio en términos de cobertura geográfica, temática, niveles de complejidad y participantes, entre otros factores.

Objetivos: Son la expresión cualitativa de los niveles de desempeño, rendimiento, producto o resultados que se espera obtener con la actividad. Estos sirven de guía para orientar la evaluación misma del ejercicio.

Público meta: son las organizaciones y personas que participarán en el ejercicio. Su selección se realiza según los temas o aspectos que serán validados mediante la simulación.

Cronograma: Es la programación de las diferentes actividades que se deben llevar a cabo durante la preparación y ejecución del ejercicio. Este permite que los responsables puedan dar seguimiento a todo el proceso.

Presupuesto: Se debe prever recursos financieros suficientes para garantizar la organización y desarrollo del ejercicio.

Coordinación interinstitucional: si el ejercicio implica la participación de varias organizaciones, se deben establecer claramente los mecanismos de coordinación y distribución de responsabilidades y acciones.

Ficha técnica: es una descripción de las características del ejercicio que puede servir como memoria del evento.

1.3.7.2. *Diseño técnico.*

Es una responsabilidad de los integrantes del área de diseño técnico. En esta etapa se formulan los diferentes componentes del ejercicio, los acontecimientos a los que se verán enfrentados los jugadores, las tareas que deberán resolver y los recursos con que contarán, así como todos los demás instrumentos necesarios para el juego. Estos elementos son:

Guión general: Constituye el hilo conductor del ejercicio y es el elemento clave de toda la trama. Sirve para describir la cronología de los acontecimientos y la intervención de los actores en cada una de las situaciones descritas, por lo cual tiene que ser lógico y realista. En el guión se establece la secuencia de los mensajes y las acciones esperadas de los participantes ante las situaciones enfrentadas. Los tiempos asignados para el desarrollo de cada actividad deben quedar establecidos. Dado que uno de los objetivos de la simulación es someter a prueba la pertinencia y aplicabilidad de los planes de respuesta, en el guión deben existir situaciones que impliquen el uso de los diferentes protocolos y procedimientos en las acciones de respuesta de los jugadores. El guión general incluye además:

Escenario: es una descripción completa de las características y la información específica de la región o localidad en donde se desarrollan los eventos simulados en el ejercicio. La descripción del escenario debe tener los siguientes aspectos:

- Antecedentes históricos y descripción general de la región o localidad.
- Caracterización geopolítica: ubicación geográfica, límites políticos territoriales, tipo de ocupación, clima y otros aspectos.
- Características de la población objeto: cantidad, género, grupos etarios, características socio-culturales y otras.
- Características económicas: tipo de actividades económicas-productivas, servicios y otros.
- Situación sanitaria y descripción de la estructura y servicios de salud.
- Recursos (materiales, económicos, humanos; redes de servicio, medios de transporte, sistemas de comunicaciones, y otras).

- Condiciones de riesgo, especificando amenazas y vulnerabilidades.
- Histórico de eventos generadores de daños, especificando el área de cobertura y los niveles de afectación de las emergencias y desastres anteriores.
- Informes y estudios específicos sobre el manejo de desastres en el país y las lecciones aprendidas.
- Identificación de agencias y organismos internacionales presentes y que dan respuesta en el país, región o localidad.
- Desarrollo de la situación: el desarrollo de la afectación forma parte del guión general y consiste en una descripción de las características del fenómeno y sus efectos sobre las personas, la infraestructura, los servicios, el ambiente y, en general, del impacto sobre la zona afectada mediante una lista de eventos que debe incluir: Tipo de fenómeno, hora y fecha del incidente, lugar de ocurrencia, generación de otros eventos asociados, número de fallecidos, número de heridos, graves, moderados y leves, número de desaparecidos, número de damnificados.
- Instalaciones públicas dañadas (colapsadas totalmente o con daños graves, moderados y leves, tipo de daño, consecuencias, entre otras), instalaciones privadas dañadas (colapsadas totalmente o con daños graves, moderados y leves, número y tipo de daño, consecuencias, entre otras).
- Redes vitales e infraestructura dañadas (colapsadas totalmente, o con daños graves, moderados y leves, número y tipo de daño, consecuencias, entre otras).
- Servicios vitales dañados (colapsados totalmente, o con daños graves, moderados y leves, número y tipo de daño, consecuencias, entre otras).

Roles de los participantes: cada uno de los participantes debe actuar de acuerdo a un papel que se le asignará. Usualmente este papel corresponde con la función que la persona realiza en su sitio de trabajo, aunque puede variar. Es importante que los roles sean realistas.

Mensajes: los mensajes son la manera de narrar a los participantes el desarrollo de los acontecimientos de la situación simulada, plantearles problemas y notificarles instrucciones. Se entregan secuencialmente, según lo que establezca el guión. Pueden entregarse en forma oral, impresa o electrónica.

Instrumentos de evaluación: Los instrumentos de evaluación deben considerar aspectos como:

- El flujo de la información, la dinámica y la coordinación general del ejercicio.

- La capacidad de los participantes de tomar decisiones oportunas y pertinentes bajo condiciones de presión simulada.
- La calidad de las decisiones tomadas por los participantes de acuerdo a las posibles consecuencias que estas decisiones tendrían en una situación real.
- La lógica y concordancia entre las decisiones de los jugadores y lo previsto en los planes, protocolos y procedimientos que se aplicaron.
- La factibilidad de las decisiones que toman los participantes de acuerdo al tipo y disponibilidad de los recursos utilizables según la simulación.
- La utilización de las diferentes herramientas disponibles y la aplicación de alternativas novedosas a la falta de medios.
- El desempeño específico de cada uno de los participantes (liderazgo, implicación, interés, trabajo en equipo).
- La capacidad de trabajo y de toma de decisiones en grupo.
- El logro de las metas propuestas, según la hipótesis sobre la que se está trabajando.

Los evaluadores recibirán con suficiente anticipación el formulario sobre instrumento de evaluación para la simulación para que se puedan familiarizar con el material.

Recursos de apoyo: Se puede proveer todo tipo de recursos tales como fotografías, mapas, croquis, manuales, libros de referencia y cualquier otro medio que pueda apoyar la toma de decisiones de los participantes en el juego.

Duración del ejercicio: Es el periodo de tiempo transcurrido entre la hora de inicio y la hora de culminación. Es muy variable, pero la práctica general sugiere que sea entre 4 y 6 horas para lograr un efecto psicológico completo en los participantes de una situación crítica. En circunstancias especiales, cuando una simulación es de carácter regional o nacional e implica movilización de personas a grandes distancias, la duración podrá ser de dos o más días con la intención de aprovechar al máximo los recursos.

Todas estas herramientas serán sometidas a discusión con el resto del equipo para su respectiva validación y aprobación.

1.3.7.3. Organización.

El proceso de organización permite integrar los resultados de los diferentes equipos de trabajo para el desarrollo coordinado del ejercicio. El proceso es liderado por el coordinador del ejercicio e incluye:

- Determinación de necesidades logísticas, en general, la organización y desarrollo de una simulación requiere como mínimo lo siguiente:
- Material del ejercicio: el listado de participantes, el escenario, el guión y los mensajes que van impresos y todo material que deba ser utilizado en la simulación.
- Espacio físico: para decidir el sitio debe tenerse en cuenta la situación que se va a simular, si por ejemplo, se quiere someter a los participantes a situaciones de incomodidad o por el contrario se necesita que trabajen en ambiente de total tranquilidad. Es necesario también tomar en cuenta la necesidad de desplazamiento de controladores, evaluadores y observadores.
- Mobiliario y equipos: mesas, sillas, papelógrafos, pizarrones, computadoras personales o portátiles, proyectores o cualquier otro recurso en tipo y cantidad especificada para el ejercicio, para uso tanto de participantes como de organizadores.
- Material de apoyo: mapas, inventarios de recursos, planos, plan de respuesta, y cualquier otro recurso útil para el ejercicio.
- Sistema de comunicación: para que los participantes reciban los mensajes o puedan comunicarse con otros actores en función del ejercicio.
- Transporte, hospedaje, viáticos, refrigerios que se requieran para los diferentes participantes de la simulación, sean estos jugadores, invitados especiales, coordinadores, controladores, evaluadores u observadores.
- Selección de participantes: Las características de las personas que jugarán la simulación depende de los objetivos del ejercicio. Cuando intervienen diversas instituciones, cada una de ellas brindará la lista de sus representantes.
- Selección de evaluadores Los evaluadores tienen la responsabilidad de valorar las acciones y decisiones de los participantes en el ejercicio y, por esa razón, son escogidos de acuerdo a su conocimiento, experiencia y capacidad para emitir criterios sobre el tema y las características del ejercicio. Serán seleccionados con suficiente anterioridad y deben recibir la información suficiente sobre su rol y el uso adecuado de los instrumentos de evaluación.
- Observadores: Por lo general son autoridades, expertos u otras personalidades invitados a presenciar el desarrollo del ejercicio sin jugar un papel activo. No son parte del equipo de evaluación pero podrán emitir sus opiniones y observaciones durante el periodo de la evaluación si así lo desean.
- Verificación final de los preparativos
- Aparte del seguimiento del cronograma, se deberá realizar una reunión general de las áreas para confirmar que todas las actividades requeridas han sido realizadas y

todos los aspectos han sido cubiertos, así como identificar brechas y corregir defectos.

1.3.7.4. *Ejecución del ejercicio.*

Al momento del ejercicio, el coordinador general y la persona responsable de controlar el ejercicio explican la metodología de trabajo y asignan los roles. Una vez que estos tengan todos los materiales requeridos se da la orden de inicio. La evolución del ejercicio y la secuencia de entrega de los mensajes que van revelando las situaciones, problemas y recursos están determinadas por el guión, cuyo desarrollo es dirigido por el equipo de control.

Los participantes toman decisiones individuales o colectivas de acuerdo a las situaciones que se le presentan en el guión y el controlador puede intervenir en el desarrollo del trabajo del grupo si detecta acciones o decisiones que no corresponden a las capacidades reales de respuesta. Para esto puede cambiar el orden de los mensajes, omitirlos o introducir complejidades para provocar una revisión de las acciones cuestionadas. Según los objetivos de la simulación los participantes podrían ser sometidos a un ambiente con las condiciones probables de aislamiento, incomodidad y confusión de un evento real.

Para propiciar estas condiciones se puede someter a los participantes a trasnoches previos, manipular los niveles de iluminación y temperatura del escenario, fallas en sistemas informáticos y de comunicación, generar ruidos, entre otros. Los evaluadores y observadores deben ubicarse en una posición que les permita observar el desarrollo del trabajo de los participantes y no deberán interrumpir en ningún momento la dinámica de la simulación. Todos los presentes en el sitio de la simulación deben estar debidamente identificados a fin de tener claro las funciones y acciones que desempeñará cada uno de ellos dentro del área destinada para el ejercicio.

1.3.7.5. *Evaluación.*

Hay dos tipos de evaluación que deben hacerse en cada simulación: evaluación del desempeño de los participantes en el ejercicio, la realiza el equipo de evaluadores durante el ejercicio para calificar el desempeño de los participantes y el cumplimiento de los objetivos de la simulación. Durante el ejercicio, los evaluadores seguirán de cerca las deliberaciones y acciones de los participantes sin intervenir de ninguna manera con la dinámica del grupo, use el formulario de evaluación para anotar sus valoraciones. Al finalizar el ejercicio, el coordinador del equipo de evaluadores establece el periodo de evaluación solicitando a los participantes expresar su percepción sobre el ejercicio, su desempeño

individual y del grupo así como su opinión sobre la calidad y pertinencia del ejercicio y sus instrumentos.

Seguidamente observadores y controladores comparten sus criterios y por último, el equipo de evaluación comunica sus consideraciones y hallazgos sobre el desarrollo del ejercicio. El equipo de evaluación deberá reunirse para intercambiar notas, analizar y compilar las evaluaciones individuales para construir una evaluación general que será entregada al coordinador general del evento para uso de la organización promotora de la simulación.

1.3.7.5. Evaluación de la organización de la simulación.

Evaluar el proceso de planificación, diseño y ejecución del ejercicio; esto servirá para documentar y retroalimentar el proceso con miras a mejorar la organización de nuevos eventos. El coordinador general deberá prever un tiempo para realizar esta actividad, todos los miembros del equipo deberán participar. Se debe generar un documento de evaluación final que registre estas reflexiones y haga recomendaciones para el mejoramiento de futuras experiencias. Los evaluadores y observadores deben ubicarse en una posición que les permita observar el desarrollo del trabajo de los participantes y no deberán interrumpir en ningún momento la dinámica de la simulación.

1.3.8. Sistematización del ejercicio.

“Es un proceso necesario tanto para realimentar el plan de respuesta ante emergencias y desastres como para corregir las desviaciones detectadas de cara a la planificación de las siguientes simulaciones” (OPS, 2010:9-17). Implica el análisis y compilación de toda la documentación técnica y administrativa generada en las diversas etapas, incluyendo las dificultades enfrentadas y cómo se resolvieron. El responsable de este proceso debe ser designado desde el principio, de manera que pueda recopilar todo el material necesario para la sistematización.

1.3.9. Seguimiento a los resultados.

El coordinador de la simulación es responsable de presentar a la institución o instituciones vinculadas a la misma un informe detallado con los resultados de la evaluación del ejercicio. Las autoridades de la o las instituciones son responsables del seguimiento e implementación de las recomendaciones y la actualización de los planes de preparativos y respuesta.

CAPITULO II

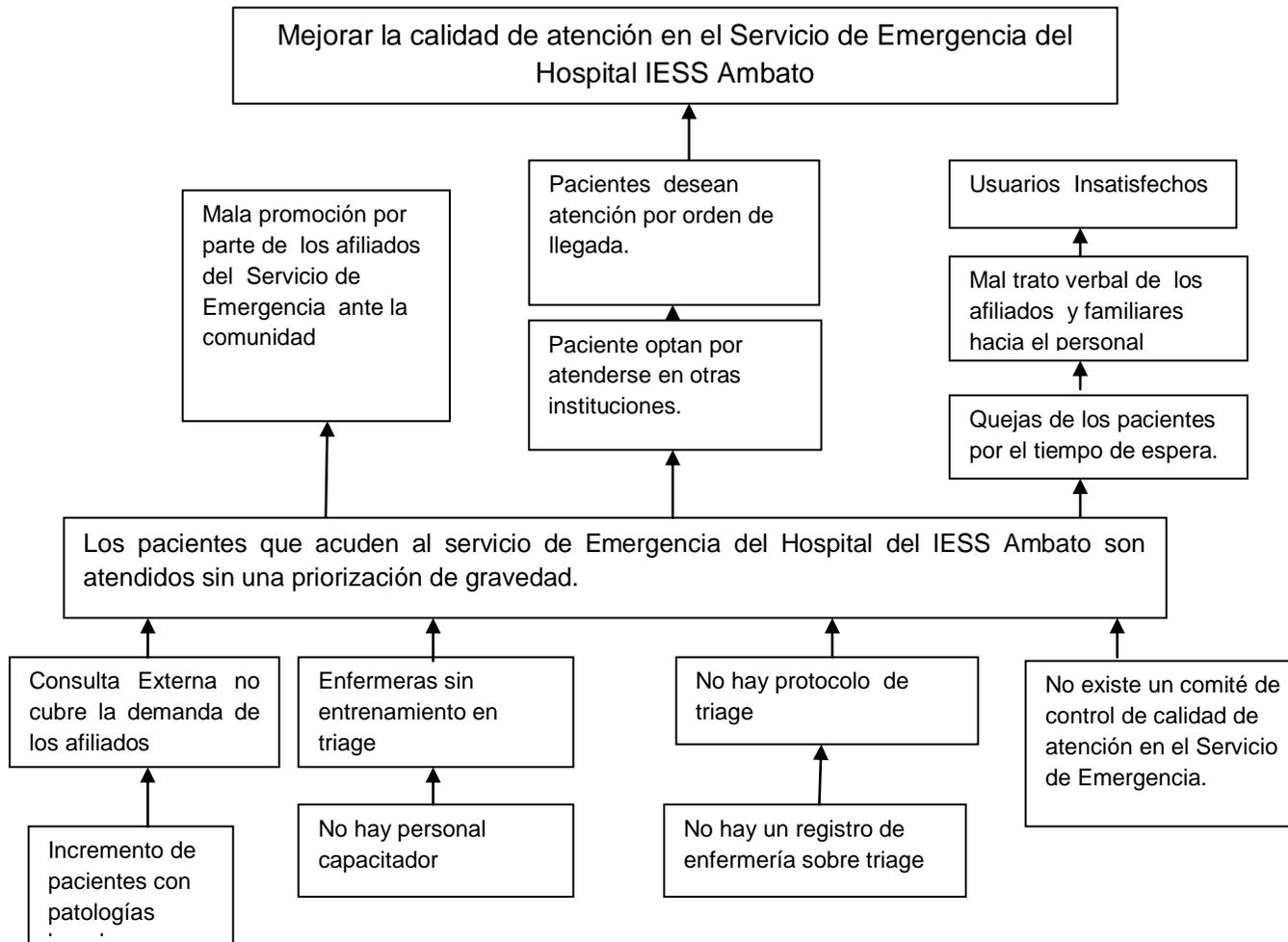
2. DISEÑO METODOLÓGICO

Se utilizó la metodología de marco lógico por considerarse que es la más adecuada para el análisis del problema planteado. Se elaborarán las diferentes matrices del marco lógico y se analizará el problema propuesto con las técnicas de desarrollo de árbol de problemas y árbol de objetivos. Dentro de este mismo marco metodológico se diseñará el diagrama de Gantt.

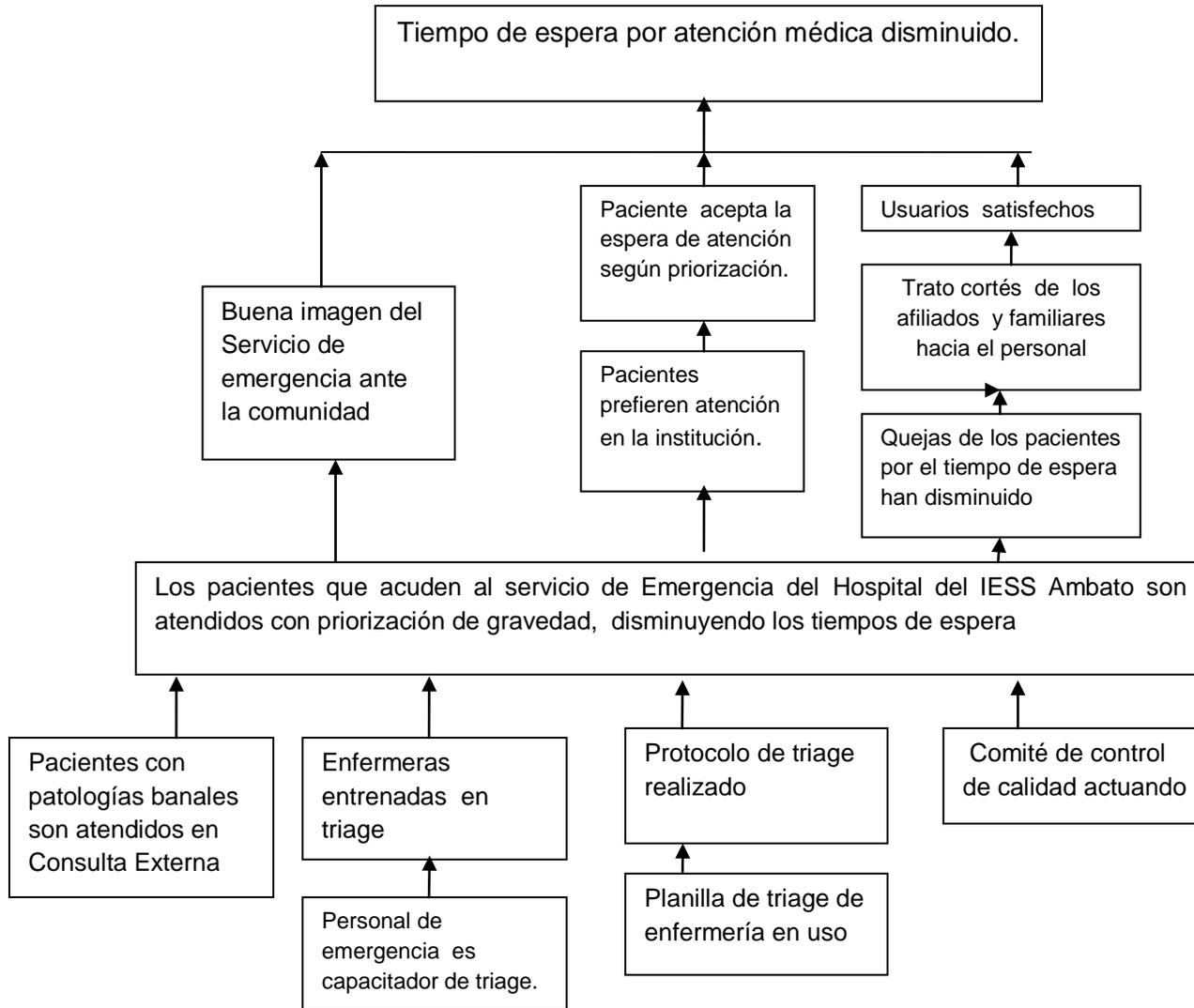
2.1. Análisis de involucrados

Grupos y/o Instituciones	Intereses	Recursos y Mandatos	Problemas Percibidos
<ul style="list-style-type: none"> - Director Técnico General. - Director Técnico de Medicina Crítica - Jefede Emergencia. - Personal de enfermería. - IESS 	Mejorar la calidad de atención	Recursos Humanos Recursos Materiales Brindar atención de salud suficiente, adecuada y oportuna (Artículo 103 Del Libro Primero de la Ley de Seguridad Social.)	Falta de colaboración del personal Resistencia al cambio
Pacientes	Ser atendidos con prontitud, con calidad y calidez	Recursos Humanos Recursos Materiales. Demandar atención médica con prontitud.	Desconocimiento del proceso
Familiares de pacientes que acuden al servicio de emergencia.	Colaborar con el personal del servicio para la atención del paciente	Que los pacientes sean atendidos con calidad y calidez	Falta de colaboración por desconocimiento.

2.2. Árbol de problemas



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del marco lógico

Problematización: Los pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital del IESS Ambato son atendidos sin una priorización de gravedad con tiempos de espera prolongados.

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Calidad de atención mejorada en el Servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato.	Aumentar en un 80% la calidad de atención de los pacientes del servicio de emergencia.	Entrevistas a pacientes	Participación del personal de enfermería en forma activa
PROPÓSITO Pacientes reciben atención de acuerdo a priorización adecuada de gravedad, disminuyendo tiempos de espera.	El 70% de los pacientes que acuden al servicio de emergencia son valorados mediante sistema de triage	Partes diarios Control de planilla de triage Entrevistas	Enfermeras capacitadas actuando
RESULTADOS			
1. Protocolo de triage en uso	100 % del protocolo de triage elaborado hasta diciembre de 2010.	Protocolo escrito y establecido.	Participación activa y propositiva.
2. Enfermeras Capacitadas en Triage.	90 % de enfermeras capacitadas hasta junio de 2011	Lista de personas capacitadas Evaluación del personal capacitado	Enfermeras motivadas a participar
3. Comité de control de calidad conformado y evaluando la aplicación del sistema de triage mediante un ejercicio de simulación de víctimas en masa.	100% del equipo conformado hasta diciembre de 2010.	Acta de conformación del comité.	Comité actuando.

Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos	Valor
A 1. Reunión con el personal del Servicio de Emergencia.	Autor del proyecto Personal de Emergencia	2010	Papeles, Bolígrafos	5,00
Elaboración de protocolo de triage.	Autor del proyecto Personal de Emergencia	2010	Computador, papeles	10, 00
Redacción de protocolo de triage.	Autor del proyecto Personal de Emergencia.	2010	Computador papeles	10,00
A 2. Reunión con las coordinadoras de enfermería para ejecutar el taller.	Autor del Proyecto Coordinadoras de enfermería	2010	Papeles Bolígrafos	10,00
Taller sobre triage a todo el personal de enfermería del hospital. Capacitación mensual para el personal de Emergencia.	Autor del Proyecto Expositores Invitados	2010	Computadora	200,00
Evaluación del taller	Autor del Proyecto Expositores Invitados	2010/2011	Papeles Bolígrafos	10,00
Informe de la capacitación a la Coordinación de Enfermería	Autor del Proyecto Expositores Invitados	2010	Papeles Bolígrafos	5,00

A 3. Reunión del comité de control de calidad para elaboración de un programa de trabajo	Autor del proyecto Miembros del comité	2011	Papeles Bolígrafos	10,00
Reunión con el personal de emergencia para su participación en un ejercicio de simulación de un accidente de tránsito con víctimas en masa.	Autor del proyecto Personal de Emergencia	Junio 2011	Computadoras Papeles Bolígrafos Proyector	30,00
Ejecución del ejercicio de simulación en la sede UTPL Ambato	Autor del proyecto Personal de Emergencia Observadores	Junio 2011	Computadoras Papeles Bolígrafos Proyector	200,00
Elaboración de un informe sobre la simulación y resultados	Autor del proyecto Personal de Emergencia Observadores		Computadoras Papeles Bolígrafos Proyecto	10,00
TOTAL				530,00

CAPITULO III

3. RESULTADOS

3.1. Resultado n. 1

Protocolo de triage elaborado

Producto: Protocolo elaborado y aprobado.

Introducción

Las Guías de Atención, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permite estandarizar los criterios para evaluarla, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa.

La razón principal para la existencia de las Guías o Protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable, tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos.

Las guías de atención y sus respectivos protocolos, permiten resolver este tipo de variabilidad, ya que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada equipo o proveedor, para la atención a las personas; esto optimiza las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas o situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención.

Objetivos

- Elaborar el protocolo de triage con el que se brindará atención a todos los usuarios que acudan al servicio de emergencia
- Mejorar la calidad de atención de los usuarios disminuyendo los tiempos de espera.

Metodología

En las reuniones mensuales del personal de emergencia y del personal de enfermería se realizó el protocolo de triage basado en nuestra labor diaria en esta actividad, tomando como referencia un protocolo de triage de enfermería del hospital Carlos Andrade Marín. Posteriormente con la aprobación del jefe de Emergencia Dr. Edison Frías y la Coordinación de Enfermería se procedió a oficializar el mismo (Anexo 3). Además se elaboró la planilla de enfermería (Anexo 4), en donde consta datos de identificación del paciente, motivo de consulta, signos vitales, la priorización, responsable del triage lo que respaldará nuestra decisión al momento de la atención médica. Para verificar la participación del personal se tomó en cuenta los listados de asistencia y actas de reuniones. Se logró la elaboración completa (100%) del protocolo de triage en cinco días no continuos.

Conclusión:

Aplicar el protocolo de triage de enfermería nos permite evitar la demora en la atención a aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida. Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden y detectar sus principales problemas de salud.

3.2. Resultado n. 2

Enfermeras capacitadas en triage

Producto: Enfermeras motivadas para realizar el triage

Introducción

La capacitación se deberá enfocar en que el participante adquiera conocimientos y habilidades que modifiquen su comportamiento, esto con el fin de identificar las áreas de oportunidad y evaluar lo que se enseñó.

La capacitación se refiere a los métodos que se usan para proporcionar a las personas dentro de una institución las habilidades que necesitan para realizar su trabajo, esta abarca desde pequeños cursos sobre terminología hasta cursos que le permitan al usuario entender el funcionamiento de sistemas nuevos, ya sea teórico o a base de practicas o mejor aun, combinando los dos. Este es un proceso que lleva a la mejora continua y con esto a implantar nuevas formas de trabajo.

Aunque existen varios problemas o necesidades específicas que la organización quiera resolver apoyándose en la capacitación, la idea principal de cualquier empresa independientemente de todos los problemas que existan, la razón principal para capacitar es generar el cambio. Es importante señalar que no todas las necesidades que se detecten serán resueltas a través de la capacitación.

Indicador

90% de las enfermeras capacitadas en seis meses.

Objetivos

- Proporcionar al servicio de emergencia un personal altamente calificado para la realización de un triage adecuado.
- Mantener al personal actualizado frente a cambios científicos y lograr cambios en su comportamiento

Metodología

Por primera ocasión en el Hospital IESS Ambato, se realizó una capacitación formal sobre triage para todo el personal de enfermería con la autorización del Director del Hospital y Coordinación de Enfermería, la misma que se realizó en tres días consecutivos con la participación de 49 (81.67 %) personas de las 60 que conforman el departamento de enfermería de la institución, destacando además que la asistencia del personal de enfermería de emergencia fue del 100% (10).

La capacitación estuvo a cargo de la Dra. Paulina López, emergencióloga del Hospital y la autora del proyecto (Ver Anexo 2). Posteriormente en el Servicio de Emergencia se ha reforzado el tema con la educación continua para todo el personal y con la entrega de material bibliográfico en base al cual los enfermeros de triage se desempeñan. El 90% del personal de enfermería de emergencia se capacitó en seis meses para una correcta toma de decisiones en su función de triage debiendo aclarar que en ocasiones hay rotación de personal de enfermería por lo que el 10% de este se encuentra en constante formación y entrenamiento. Para realizar la verificación a las capacitaciones tomamos en cuenta los listados de asistentes y actas de reuniones.

Conclusiones

- El taller permitió difundir la importancia que tiene mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden al servicio de emergencia.
- Los enfermeros asistentes se comprometen a apoyar la ejecución del sistema de triage para fortalecer el cumplimiento de la misión y políticas de la institución.

3.3. Resultado n. 3

Comité de control de calidad conformado

Producto: Comité de control de calidad conformando y evaluando en forma

permanente el sistema de triage.

Introducción:

El comité de control de calidad de triage es una comisión clínica necesaria en todo centro que quiera implantar un sistema de triage. Está formada por los profesionales jerárquicamente responsables del servicio de emergencia y por los profesionales de mayor permanencia en el mismo, tanto médicos como enfermeras. Su función inicial será adoptar la implantación del triage y hacer el seguimiento de la misma.

Objetivos:

- Garantizar el cumplimiento de los procedimientos que se implementen para mejorar la calidad de atención en el servicio de emergencia
- Evaluar constantemente el desempeño del personal, socializar resultados y en consenso proponer cambio o modificaciones.

Metodología

En diciembre de 2010 se conformó el comité de control de calidad para que se enfoque especialmente en la aplicación del triage en el servicio de emergencia, dicho comité está conformado por el jefe de emergencia, la responsable del personal de enfermería del servicio y cuatro enfermeras las cuales han permanecido por más de un año en esta área.

Lo ideal es que el triage sea realizado por el personal de más de un año de permanencia en emergencia, pero es realizado por todas las enfermeras según asignación para que vayan desarrollando habilidades en cuanto a priorización de atención de pacientes, estas personas están bajo la supervisión de los miembros del comité de control de calidad y además de los médicos especialistas y residentes del servicio que en ocasiones solicitan justificativos del porque de la priorización en algunos pacientes.

Se realizaron reuniones con el personal de la emergencia para planificar la ejecución de un ejercicio de simulación de un accidente con víctimas en masa. En donde se pondría en práctica lo que se está realizando en el hospital en cuanto a triage. Se proporcionó la orientación necesaria para a ejecución del ejercicio de simulación

Ejercicio de simulación de un accidente con víctimas en masa

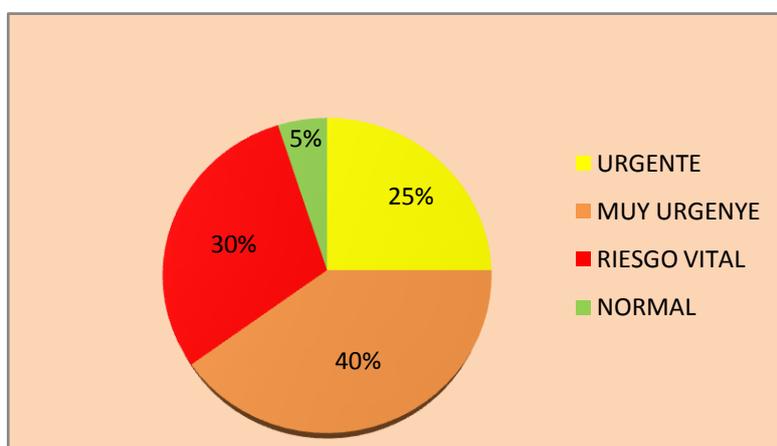
El ejercicio de simulación de un accidente de tránsito con víctimas en masa se realizó en la sede UTPL de Ambato, el día sábado 28 de Junio de 2011. Se contó con la presencia de 3 médicos y 4 enfermeras del servicio de emergencia del hospital IESS Ambato, la colaboración de una emergencióloga, un delegado de la universidad que participó como observador y un técnico en computación que desde el día anterior colaboró con la instalación del equipo informático para el desarrollo de la simulación así como para la filmación del mismo. (Ver anexo N. 5)

Podemos determinar luego de la simulación que la capacidad de respuesta del personal del Servicio de Emergencia ante un evento especial como el accidente de tránsito con víctimas en masa es adecuado con las consiguientes acotaciones de los observadores como: falta de previsión en cuanto a medidas de seguridad, pues los guardias no controlaron la entrada de los familiares de los pacientes los mismos que deseaban permanecer en todo momento junto a ellos.

Pudimos evidenciar que si existe una adecuada preparación del personal sobre el tema de triage, por merito propio y sobre todo porque el personal que labora mucho tiempo en el Servicio de Emergencia ha desarrollado destrezas para la realización de triage cumpliendo con los pasos que comprende este proceso. Para verificar esta actividad contamos con un video.

Gráfico n.1

NIVEL DE GRAVEDAD DE LOS PACIENTES EN LA SIMULACIÓN



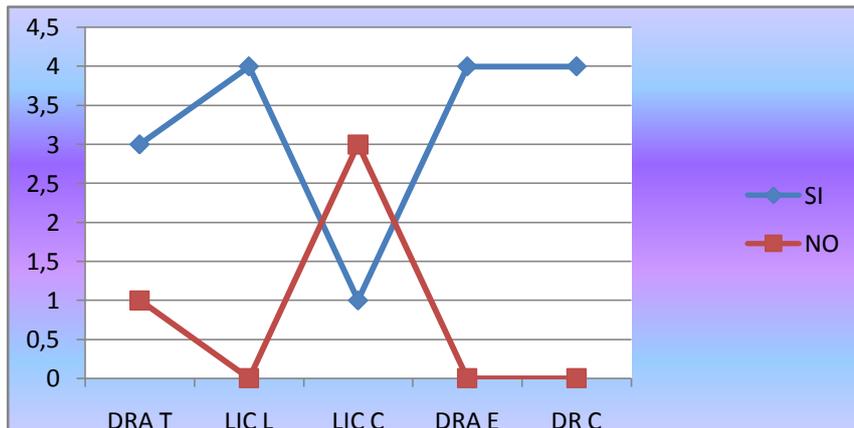
FUENTE: base de datos de simulación.

ELABORADO POR: Patricia Cando

Para la simulación se incluyeron un total de 40 pacientes, de los cuales 20 se seleccionaron para el estudio: 6 (30%) con riesgo vital que ingresaron directamente al cuarto crítico, 8 (40 %) ubicables en la sala de observación como muy urgentes o naranjas y 25 % urgentes o amarillos que fueron atendidos en la consulta tomando en cuenta que la capacidad del cuarto crítico y observación.

Gráfico n. 2

CAPACIDAD RESOLUTIVA SEGÚN PROFESIONALES



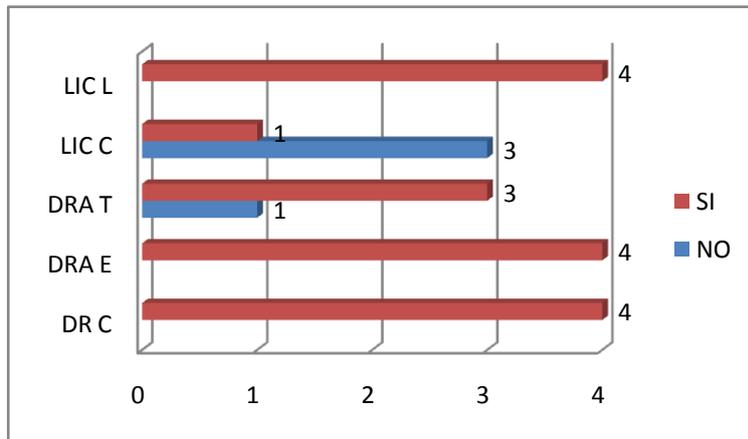
Base de datos de simulación.

Elaborado por: Patricia Cando

Antes de la ejecución de la simulación se realizó una serie de conferencias para sociabilizar en qué consiste el procedimiento, por lo que se consiguió que el personal que participó tuviera un conocimiento certero sobre los diferentes parámetros a manejar, consiguiendo de esta manera una estandarización en el proceso de estratificación y manejo de pacientes ya que los tiempos entre la llegada, el inicio de atención y el alta de sala de emergencia se encontraron dentro de lo esperado logrando que en un promedio de 30 minutos el paciente se encuentre con los exámenes de laboratorio e imagen, despacho de medicamentos por el personal de farmacia y su derivación en marcha dependiendo de la necesidad del caso sea esta quirófano, hospitalización, Terapia Intensiva , domicilio.

Gráfico n. 3

CAPACIDAD TOMA DECISIONES



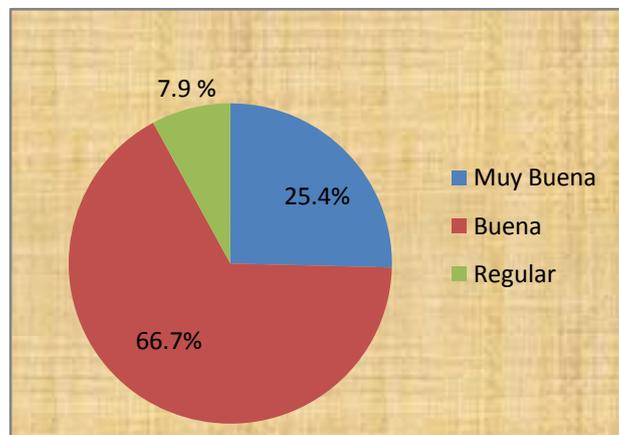
Base de datos de simulación.
Elaborado por: Patricia Cando

Durante la simulación pudimos constatar que el mayor porcentaje de los participantes que son personas que laboran más de un año en el Servicio de Emergencia están en capacidad de tomar acertadas decisiones de acuerdo a la realidad de cada paciente. Verificamos además que el personal que tiene poco tiempo laborando en el área no se encuentra lo suficientemente entrenada.

Se realizó una encuesta de una sola pregunta a los afiliados y al personal del servicio de emergencia.

Gráfico n. 4

CÓMO CALIFICARÍA USTED ,LA FORMA DE ATENCIÓN ACTUAL EN EMERGENCIA (TRIAGE)



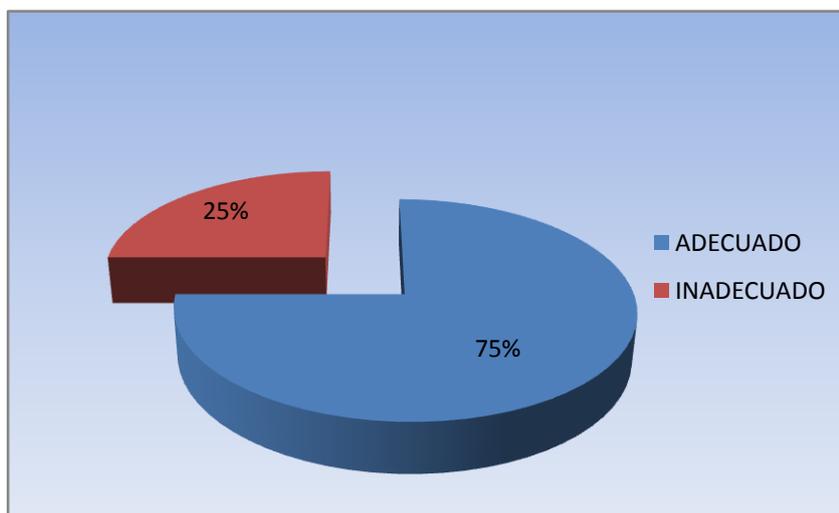
Fuente: Encuesta a los afiliados del Servicio de Emergencia
Elaborado por: Patricia Cando

Según encuestas realizadas a los afiliados que acuden por atención al Servicio de Emergencia a quienes se preguntó cómo calificaría la forma de atención actual en emergencia (Triage) se puede establecer que 92.1 % (58 pacientes) determina que el tipo de atención es muy buena y buena, porque considera que desde su llegada es atendido por el señor guardia, por la persona de estadística y las enfermeras que son las que al realizar la toma de signos vitales, toma de datos personales, preguntar sobre el motivo de consulta consideran que se les da la importancia necesaria además de explicarles que las persona que reciben atención con prontitud son aquellas que por su condición la necesitan. Un pequeño porcentaje 7.9 % considera que la atención debe ser en orden de llegada porque podrían presentar dificultades con sus patronos por la espera y su consiguiente ausencia a su lugar de trabajo

En la encuesta realizada al personal del Servicio de Emergencia sobre su opinión del Triage participaron 12 enfermeras y 5 médicos.

GRÁFICO N. 5

EL TRIAGE QUE SE REALIZA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, USTED CONSIDERA QUE ES?



Fuente: Encuestas realizadas al personal del Servicio de Emergencia

Elaborado por: Patricia Cando

El 100% de los profesionales encuestados (17) manifiestan que están de acuerdo con el Triage, pero el 25% de éstos indica que debe ser en forma permanente, que se mantenga informado en todo momento a los pacientes que permanecen en

la sala de espera, que el personal que realiza el triage esté capacitado, se debería disponer de gigantografías, trípticos u otro material informativo para afiliados y familiares.

3.4 Proyecto evaluado

La evaluación es la comparación de lo que se ha podido alcanzar en un tiempo determinado, una acción o lo que se debería haber realizado de acuerdo a la programación previa; es decir la evaluación es una herramienta para determinar necesidades, falencias con el fin de realizar una retroalimentación con los cambios pertinentes hasta lograr el objetivo.

La evaluación no constituye un hecho aislado sino mas bien es un proceso continuo a lo largo del proyecto, lo que permite evidenciar cómo se están cumpliendo los compromisos realizados entre las partes implicadas, se analizan acciones específicas en acciones cumplidas y no cumplidas para evidenciar para evidenciar lo que hace falta, realizar nuevos cambios si ameritan y de ellos efectuar otra evaluación, buscando que no se afecten el o los objetivos previamente establecidos.

Objetivo

Evidenciar si se ejecutó la programación planteada en el Proyecto “Implementación de un Sistema de Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato 2011”.

Metodología

La elaboración del proyecto “Implementación de un Sistema de Triage en el Servicio de Emergencia del Hospital IESS Ambato 2011”. Se basó en el cumplimiento de las actividades propuestas en el Marco Lógico, algunas de ellas tuvieron que ser revisadas para su mejor cumplimiento, otras se las ejecutó con la colaboración irrestricta del personal del hospital.

Indicador

80% del cumplimiento de resultados de acuerdo a indicadores propuestos, hasta diciembre de 2011.

3.4.1. Evaluación del cumplimiento de la elaboración del protocolo de triage.

Indicador:

100% DEL PROTOCOLO DE TRIAGE ELABORADO HASTA DICIEMBRE 2010.

Análisis

Se evidenció en forma directa que el protocolo se encuentra elaborado y se toma en cuenta los parámetros considerados en el mismo para realizar el triage a todos los paciente que acuden al servicio de emergencia durante las 12 horas del día así como el uso y llenado de la planilla de enfermería en la cual se determina la prioridad de atención.

Se observa por lo tanto que se cumplió el 100% de este resultado en la ejecución del proyecto.

3.4.2. Enfermeras capacitadas en triage.

La evaluación de la capacitación del personal de emergencia en triage se lo realizó mediante observación directa y con usuarios que acuden al servicio de emergencia, se lo realizó tomando en cuenta partes diarios, planilla de enfermería y los criterios de aprobación o no de los médicos del servicio en relación a la calificación de prioridad de atención de los usuarios.

Análisis

Durante la ejecución del proyecto se observó que el personal de enfermería en sus actividades diarias de triage tomaba decisiones cada vez mas acertadas mejorando sus habilidades para clasificar paciente de acuerdo a su gravedad, debemos indicar que hay paciente que acuden por pronta atención exagerando sus síntomas para evitarse esperar por atención, todas las enfermeras del servicio de emergencia realizan esta actividad por lo tanto este resultado fue cumplido en un 100%.

3.4.3 Comité de control de calidad conformado.

Indicador

100% de equipo conformado hasta diciembre de 2010.

Análisis

Los miembros del comité actúan permanentemente en la evaluación del desempeño en el área de triage indicando al personal que realiza esta función los errores y aciertos en cuanto a la priorización de atención médica tomando en cuenta los reportes permanentes del personal en cuanto a cantidad de pacientes, quejas de los mismos y movimientos de pacientes en el servicio para tomar las medidas correctivas respectivas para poder solicitar personal médico de otros servicios y explicar a los afiliados el porqué de la espera prolongada. Se observa por lo tanto que *se cumplió el 100% de este resultado* en la ejecución del proyecto.

3.4.5. Verificación del cumplimiento de resultados en la implementación del sistema de triage.

COMPONENTES DE LA MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1. Protocolo de triage en uso	100% del protocolo de triage fue elaborado.
2. Enfermeras capacitadas en triage	90% de las enfermeras de emergencia están capacitadas para realizar triage.
3. Comité de control de calidad conformado	100% del comité de control de calidad conformado y evaluando la aplicación

	del triage.
--	-------------

Análisis global

- Se elabora un protocolo de triage de enfermería.
- Se capacita al personal de enfermería del hospital en triage
- Se evita espera prolongada de paciente para ser atendidos según gravedad de su condición.
- Se mejora la calidad de atención en usuarios en el servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato.

3.5. Evaluación de los indicadores de resultados

Resultado n. 1

Protocolo de triage elaborado

El 100% del protocolo de triage elaborado hasta diciembre de 2010.

Cumplimiento del 100% de resultado N. 1 hasta diciembre de 2010.

Resultado n. 2

Enfermeras capacitadas en triage

Indicador de resultado n. 2

90 % DE ENFERMERAS CAPACITADAS EN 6 MESES

Cumplimiento del 100% de resultado N.2 hasta junio de 2011.

Resultado n. 3

Crear un comité de control de calidad

Indicador de resultado n. 3

100% de equipo conformado hasta diciembre de 2010.

Cumplimiento del 100% de resultado N. 3

Proyecto Evaluado

Indicador de resultado

100% de cumplimiento de resultados de acuerdo a indicadores propuestos hasta junio de 2011.

Los indicadores señalados para la ejecución del proyecto han sido cumplidos en su totalidad, El personal de enfermería está realizando el triage en las 12 horas del día, la capacitación sobre el tema a dado a conocer la importancia de aplicar el protocolo de triage, el usuario está siendo atendido desde el momento de su llegada hasta que recibe atención medica de acuerdo a la gravedad de su condición explicando a paciente y familiares el porqué de su espera, dicho proceso está en permanente evaluación por parte del comité de control de calidad.

Cumplimiento del 100% de resultados, hasta junio de 2011.

Evaluación del indicador de propósito

Propósito

PACIENTE RECIBEN ATENCIÓN DE ACUERDO A PRIORIZACIÓN ADECUADA DE GRAVEDAD, DISMINUYENDO TIEMPOS DE ESPERA.

Indicador

EL 70 % DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA SON VALORADOS MEDIANTE SISTEMA DE TRIAGE.

Cumplimiento del indicador

70% del cumplimiento del indicador del propósito ha sido cumplido hasta junio de 2011, se evidencia que las enfermeras de triage valoran la condición de los pacientes durante 12 horas del día en los turnos de la mañana y tarde con la aplicación del protocolo elaborado quedando las horas de la noche sin triage.

9.7 Evaluación del indicador del fin

CALIDAD DE ATENCIÓN MEJORADA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL IESS AMBATO.

INDICADOR

Aumentar en un 80% la calidad de atención de los pacientes del servicio de emergencia.

Cumplimiento de indicador

Una vez realizada la evaluación del proyecto se puede indicar que el fin del proyecto tiene su impacto en la calidad de atención brindada al usuario externo mejora las capacidades del usuario interno y permite un mejor uso de recursos utilizados en el hospital. Podemos afirmar que este proyecto de acción ha contribuido a mejorar la calidad de atención el servicio de emergencia a través de las diferentes manifestaciones del usuario externo del cambio en la atención por ser atendidos desde el momento que llegan al servicio.

CONCLUSIONES

- Se realizó el protocolo de triage de enfermería con la participación del personal del servicio de emergencia.
- En forma satisfactoria se ejecutó el taller de capacitación sobre triage del personal de enfermería del hospital.

- Se creó el comité de control de calidad de la aplicación del sistema de triage además se realizó una evaluación de su funcionamiento mediante la elaboración de un ejercicio de simulación de un accidente con víctimas en masa.

RECOMENDACIONES

- Proponer nuevos proyectos de intervención para validar los procesos que se ejecutan en el área de emergencia.
- Motivar al personal del servicio de emergencia para que la comunicación con los afiliados y familiares continúe mejorando a través de una correcta información, trato cortés y atención de salud adecuada.
- Incluir a la coordinación de enfermería y responsables del servicio de emergencia en la realización de proyectos desde el inicio de estos.
- Potencializar la capacitación permanente al personal del servicio de emergencia por parte de la institución.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. Del Busto, Francisco; González, Pedro y García, Manuel (2001). *Enfermería y Urgencias*. España: Arán.
2. Llorente, S.; Puente, F.; Alonso y Marcos, P (2001), Aplicación de la simulación en la gestión de un servicio de urgencias hospitalarias. *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. España. 13. 90-96.
3. Nicki, Gilboy (2007). *Triage hospitalario*. En Newberry, Lorene y Criddle, Laura (Ed.), *Sheehy Manual de Urgencia de Enfermería*. (6 ed.). España: Elsevier.
4. Organización Panamericana de la Salud (2005). *Guía de Preparativos de Salud Frente a Erupciones Volcánicas*. Protección de los Servicios de Salud frente a erupciones volcánicas. Quito: Autor.
5. Rodríguez, Alberto; Peláez, María y Jiménez, Luis (2008). *Manual de Triage Prehospitalario*. Barcelona: Elsevier.
6. Tudela, Pere y Módol, Joseph (2003). Urgencias Hospitalarias. *Medicina Clínica*. 120. 711-716.

PÁGINAS DE INTERNET

7. Arenas, José (2010). *Investigación-acción y Enfermería de Urgencias y Emergencias: Un cambio en el proceso de enseñanza-aprendizaje*. (Tesis de doctorado, Universidad de Alicante).
Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17569/1/tesis_arenas.pdf
8. Candela, María; Cámara, Sixto y Valenzuela, Antonio (2006), Recepción, acogida y clasificación de pacientes en urgencia: RAC Y TRIAJE. *Excelencia Enfermería. Revista científica y de divulgación*. España. 13, 1-5. Recuperado de http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantill...

9. Cornejo, Cristina; Arnáiz, Monserrat y De los Santos, José (2008). Triage en un servicio de urgencias hospitalarias. Hospital General Yagüe de Burgos. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*. España, 1-8. Recuperado de <http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/diciembre/pagina4.html>
10. De la Garza, Lorenzo (2004). Dominique Jean Larrey. La Cirugía militar de la Francia Revolucionaria y el Primer Imperio. *Cirujano General*. México. 26, 59-66. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2003/cg034n.pdf
11. Delgado, A. Álvarez, Y. Aliaga, R. (2007). Calidad de atención de enfermería desde la percepción del usuario que acude al servicio de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*. Perú, 2: 66-68). Recuperado de <http://posgrado.upeu.edu.pe/csalud/revista/filev3/66-68.pdf>.
12. Díaz, Juan (2005). La enfermera de recepción, acogida y clasificación. *Enfermería Global*. 4, 1-12. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/505>
13. Fernández, Begoña y Morillo, Javier (2004) *Atención Enfermera en Urgencias y Emergencias*. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería. Recuperado de <http://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/05/atencion-de-enfermeria-en-urgenci...>
14. García, Adrián (2008). *Triage en el Servicio de Emergencia, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón G.* (Tesis de especialidad Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua). Recuperado de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Triage/2576423.html>
15. Garita, Priscilla (2008). *Propuesta para reestructurar el servicio de Urgencias de la Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas*. Costa Rica. (Tesis de maestría, Instituto Centroamericano de Administración Pública. Gerencia de la Salud) Recuperado de <http://orton.catie.ac.cr/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=COLEC.xis&method=post&formato=2&cant...>

16. Gómez Jiménez J. (2003). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencia*, 15, 165-174. Recuperado de http://www.triajeset.com/acerca/archivos/revision_triaje_estructurado.pdf
17. González, Eva; Gutiérrez, Alicia; Molina, Lorena y Otero. (2009) *PASADO, PRESENTE Y FUTURO. Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias*. (Tesis de maestría, Universidad de Barcelona). Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21544/1/2008_6.pdf.
18. Irigoyen, Almenara (2007). Calidad de Atención de Enfermería desde la percepción del usuario que acude al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*. Perú, 2, 66-68.
19. Labra, Raquel; Juárez, Ricardo y Jiménez Agustín (2010). Servicios de urgencia. Conceptos, organización y triaje. En Jiménez, Agustín (Coord.), *Manual de protocolos y actuación en urgencias* (3 Ed.). Recuperado de http://www.cht.es/cht/cm/cht/images?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=8206
20. López José; Montiel María y Licon, Raymundo (2006). Triaje en el Servicio de Urgencias. *Revista de Medicina Interna de México*, 22, 310-316. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064k.pdf>
21. Medina. J.; Ghessy. C.; Figueredo. D.; León. D.; Rojas. G y Cáceres. L (2007). Triaje: Experiencia en un Servicio de Urgencias Pediátricas. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 211-216. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000200015&script=sci_arttext
22. Ministerio de Protección Social (2007). *Manual de Planeamiento Hospitalario para Emergencias*. Bogotá: Autor. Pag 37-42
http://www.disasterinfo.net/safehospitals_refdocs/documents/spanish/DocsReferenciaPorPais...
23. Ministerio de Salud Pública del Perú (2004). *Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de los hospitales del Sector Público*. Lima: Autor.
Recuperado de http://www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/leyes/leyes/suramerica/peru/salud/NORMA_TECNIC...

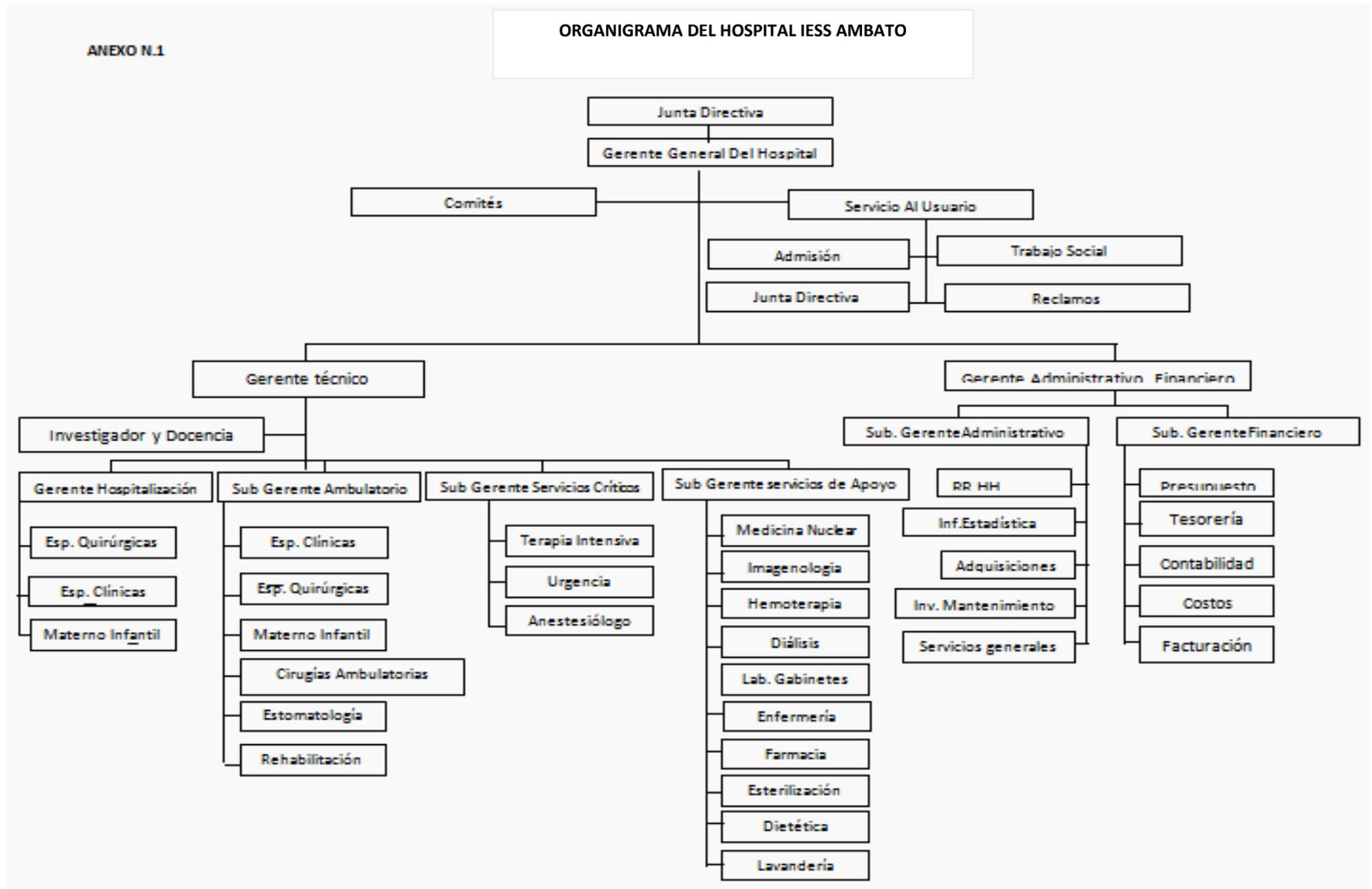
24. Ministerio De Sanidad y Social (2010). *Unidad de urgencias hospitalaria: Estándares y recomendaciones*. Paseo del Prado-Madrid: Autor. Recuperado de https://www.seup.org/pdf_public/gt/mejora_ministerio.pdf
25. Organización Panamericana de la Salud (2010). *Guía para el desarrollo de simulaciones y simulacros de emergencias y desastres*. Panamá: Autor. 9-17
Recuperado de http://www.redhum.org/archivos/pdf/ID_8125_YB_Redhum-GL-Guia-Guia_para_el_desarrollo_de_si...
26. Palacio, Nuria; Casablanca, Magdalena y Palacio, Mónica (2009). *Triaje en el Servicio de Urgencias-emergencias pediátricas*. Hospital de Sabadell. Barcelona. *Ibarra, Antonio (Dir.) Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales*, (pp). España:Imagital
27. Reyes, Arturo; Grimaldo; Beatriz (2010). *Triaje en la Sala de Urgencias*.
Recuperado de <http://www.salud.tamaulipas.gob.mx/boletines/descargas/triagedeurg...>
28. Servicios de Salud de Araucanía (2011). *Protocolo: Categorización de pacientes en el servicio de urgencia del hospital Dr. Mauricio Heyermann Torres*. Chile: pag 2-23-
Recuperado de http://www.hospitalangol.cl/documentos/ACREDITACION/4.-AOC/AOC.%201.2/PROTOCOLO_CATEGORIZA...
29. Silvariño, Ricardo; Acevedo, Vanesa; Moyano, Magdalena y Méndez, Enrique (2011). Experiencia de triaje estructurado en el departamento de urgencias. *Revista Médica del Uruguay*. 27 (2), 88-93. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/2011v2/art5.pdf>
30. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (2008). *El SET: una exigencia de calidad para nuestros servicios de urgencias*. Boletín N.17, 12-12. España: Autor. Recuperado de http://www.semes.org/set/documentos/Boletin6_SET.pdf
31. Soler, Wifredo; Gómez, M; Bragulat, E y Álvarez, A (2010). El triaje. Herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de*

Navarra. 33. 55-68. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext

32. Villalobos, Yadira (2011). *Eficacia de la Realización del Triage en el Hospital General Regional N. 25*. (Tesis de Especialidad. Instituto Politécnico Nacional. México). Recuperado de <http://www.repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/12293>

ANEXOS

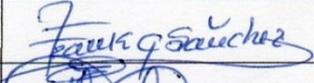
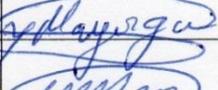
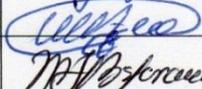
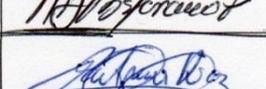
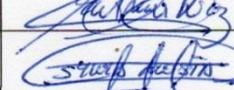
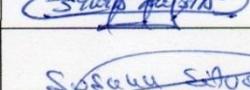
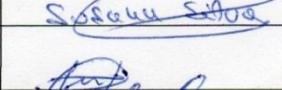
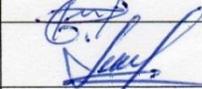
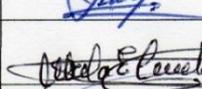
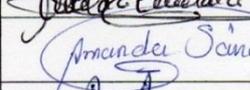
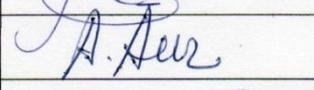
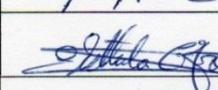
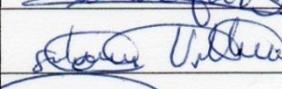
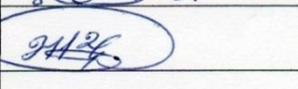
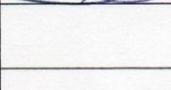
ANEXO 1



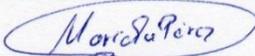
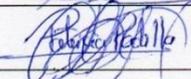
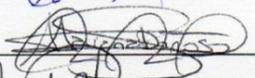
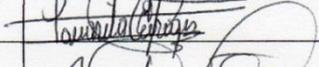
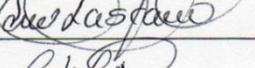
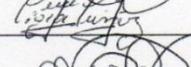
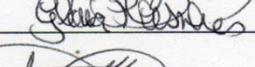
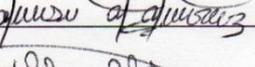
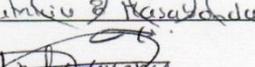
ANEXO 2

TALLER DE CAPACITACIÓN SOBRE TRIAGE

LISTA DE ASISTENTES A LA CAPACITACIÓN DE TRIAJE DEL DÍA 20 DE DICIEMBRE DE 2010

NOMBRE	CÉDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
Lic. Franklin Sánchez	180289294-1	
Lic. Mariano Mejía	180281118-0	
Lic. Naldemar Vargas	180222659-5	
Golanda Moyano	1801265552	
Chela Blanca Leo V.	180126856-4	
Lic. Mónica Bazarano	180262161-3	
Lic. Patricia Díaz	180334120-3	
Lic. O Acosta	180282226-0	
Lic. Susana Silva	180184298-8	
Leda Ravina Amador	180333725-0	
Lic. Juan C. Ferejo	1103779458	
Lic. Marilú E. Cumbato	180145028-7	
Lda. Amanda Sánchez	060381311-4	
Aurora Aler	040053453-3	
Esthela Forjas	1801852789	
Lic. Silvia Villena	180301706-8	
Lic. María Páez	480780458-2	

LISTA DE ASISTENTES A LA CAPACITACIÓN DE TRIAJE DEL DÍA 21 DE DICIEMBRE DE 2010

NOMBRE	CÉDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
Lic. Mariela Pérez.	060337251 - 7	
Patricia Padilla	060428156-8	
Lic. Mariana Dorazo	0609995300	
Lic. Sonarito Enriquez	180256454-0	
Lic. Adriana Lascano	180312118	
Lic. Ligia Nunez	160034452-5	
Lic. Patricia Romero	050295371-4	
Lic. Silvia Martinez.	180301796-9	
Lic. Rosa Pérez	180304403-9	
Lic. Silvana Mander	180134983-6	
Lic. Patricia & Husbando	180273720-0	
Lic. Silvia Susana	1802387801	
Lic. Luviana Espinosa	100167630-1	
Lic. Ligia Benavides	180251111-1	
Patricia Montenegro	180272764-2	

LISTA DE ASISTENTES A LA CAPACITACIÓN DE TRIAJE DEL DÍA 22 DE DICIEMBRE DE 2010

NOMBRE	CÉDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
Gimena Pancho	060329226-9	
Ruth Orozo	170905544-4	
Fidél Asimbaya	1709092777	
Alexandra Maldonado	150266915-8	
Jimeno Vasco Graes	1802124980	
PATRICIA CANNO	180 195 1839	
Cecilia Zúñiga	180272817-8	
Janeth Rodríguez	060033486-3	
Isabel Freire	1802073641	
Nancy Perazzo	180238073-1	
Chaglia Ysabel	180312221-5	
Silvano Santacruz	180345871-6	
Mariana Bautista	1803022647	
Paulina Guilónes	1802903938	
Vargas Nelly	180216375-6	
Isrene Díaz	0603402512	
Jamila Pallo	180316787-1	

FOTOS

CAPACITACIÓN TRIAGE



La autora del proyecto en la capacitación al personal de enfermería del personal de enfermería del Hospital IESS de Ambato.



Con la autorización de la Coordinación de enfermería se procedió a la capacitación en tres días.



Dra. Paulina López, emergensióloga del hospital como invitada para la capacitación.



Enfermeras participantes en la capacitación sobre triage. La cual fue de asistencia obligatoria para todo el personal de enfermería.

ANEXO 3

PROTOCOLO DE TRIAGE

Definición

Es la función de clasificar a los enfermos antes de que reciban la prestación asistencial que precisan.

Objetivos del Triage

- Evitar la demora en la atención a aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida frente a aquellos que presentan patologías banales.
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden a Urgencias y detectar sus principales problemas de salud.
- Reducir los niveles de ansiedad del usuario y su familia mediante una atención sanitaria rápida.
- Aumentar la información del paciente sobre su situación real durante su espera, sobretodo en aquellos que presentan patologías banales que tendrán una espera más tiempo.
- Garantizar una buena gestión de los recursos existentes, tanto físicos como humanos mediante la designación de qué área y qué grupo está mejor preparado en cada momento para el tratamiento de una determinada patología.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Documentos necesarios

- Cédula de Identidad para afiliados activos.
- Carné de afiliación y Cédula de Identidad, para Jubilados y beneficiarios de Montepío.
- Seguro Social Campesino. Carné, Cédula de Identidad y Transferencia del Dispensario de la Comunidad.

De no tener la documentación solicitada, el familiar o su representante entregará la cédula de identidad, y los documentos que entregue, le serán devueltos al legalizar el derecho a la prestación médica.

Al paciente indocumentado, le proporcionaremos atención únicamente en caso de emergencia. Los familiares o acompañantes demostrarán en un tiempo perentorio (6 horas) la condición de afiliado para continuar con el tratamiento.

Deberá acercarse a la ventanilla de estadística, para verificar su derecho de atención como afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Luego pasará a la sala de Triage donde le toman los signos vitales y le indican el número del consultorio médico al que debe acudir.

Los pacientes en condiciones críticas, serán ingresados directamente al interior de Urgencias para su inmediata atención. Los pacientes I y II serán atendidos en el Cuarto Crítico. Los pacientes III pasan al área de observación, Los pacientes IV y V son los que permanecen en la sala de espera.

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

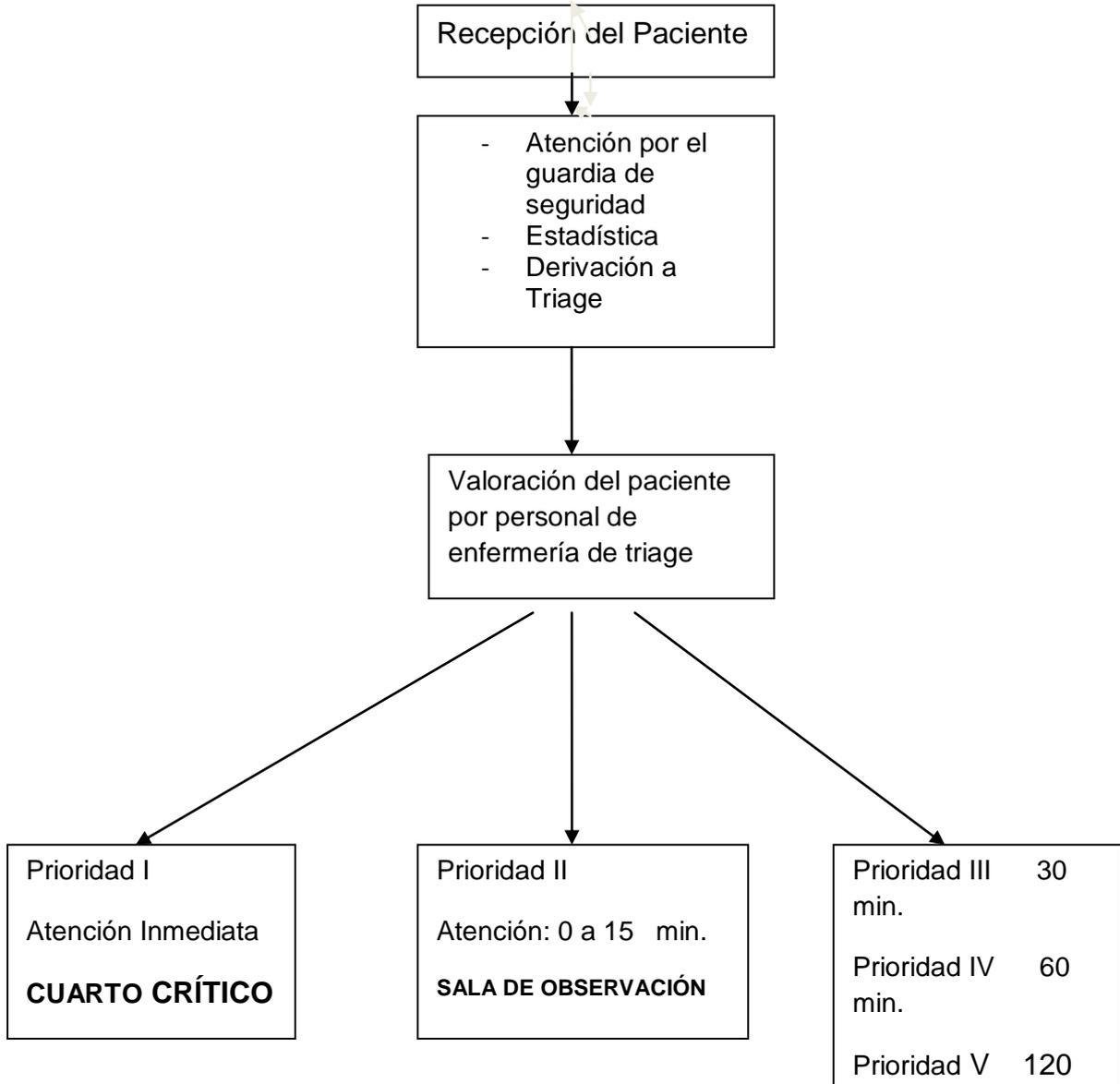
Para acceder a la prestación médica es indispensable tres meses consecutivos de aportes, Las pacientes que acuden por parto, serán evaluadas por el ginecólogo en el Centro Gineco-obstétrico, después de legalizar su ingreso en la Oficina de estadística que atiende las 24 horas. Para recibir esta atención necesita 12 imposiciones mensuales consecutivas.

Cuando el paciente amerita permanecer durante varias horas sometido a observación médica, ingresará a la Unidad de Observación. La permanencia de un paciente no podrá ser mayor de 6 horas.

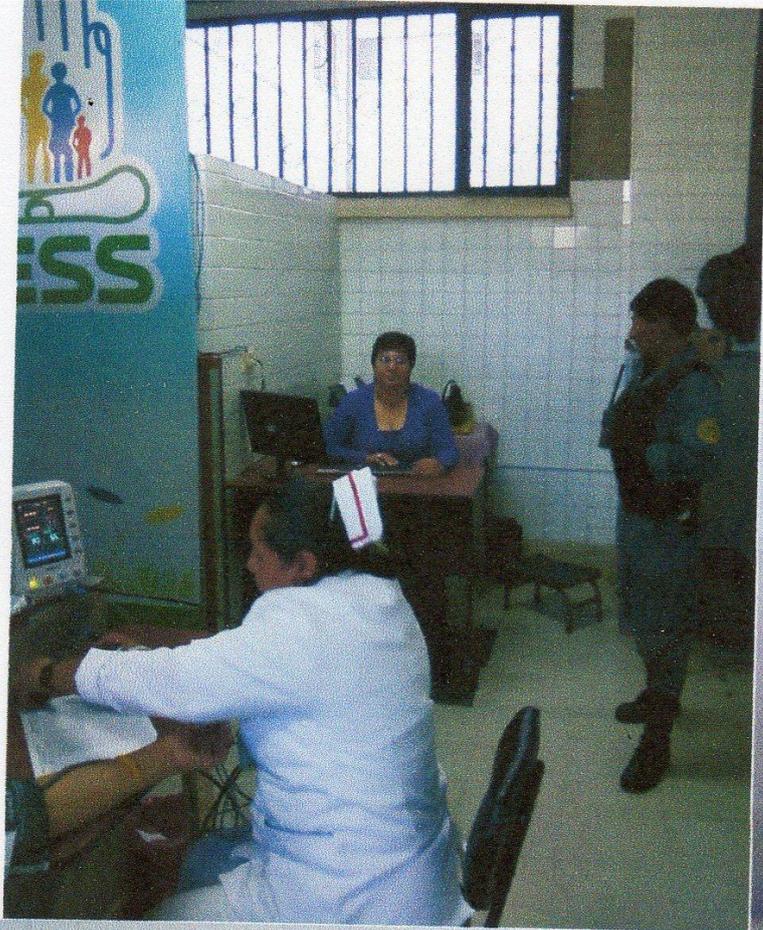
A los pacientes no afiliados, se les dará atención únicamente hasta haber superado el peligro inmediato para salvar su vida. Una vez logrado esto, el médico dará la orden para transferirlo a otra unidad médica del Ministerio de Salud o a la que elija el enfermo.

DIAGRAMA DE PROCESO

TRIAGE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL IESS AMBATO



**TRIAGE ACTUAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL IESS DE
AMBATO**





ANEXO 4

TRIAJE: PLANILLA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL PACIENTE:
CÉDULA DE IDENTIDAD: EDAD:.....
QUEJA (MOTIVO DE CONSULTA):
.....
CONSTANTES: TA: FC: TEMPERATURA:
SATURACIÓN DE OXÍGENO:.....
HORA DE LLEGADA A LA ADMISIÓN:
NIVEL DE PRIORIDAD:.....

FECHA Y HORA DE REALIZACIÓN DEL TRIAJE:.....
NOMBRE DE LA ENFERMERA RESPONSABLE:.....
HORA DE ATENCIÓN DEL MÉDICO:.....

NOMBRE DEL PACIENTE:
CÉDULA DE IDENTIDAD: EDAD:.....
QUEJA (MOTIVO DE CONSULTA):
.....
CONSTANTES: TA: FC: TEMPERATURA:
SATURACIÓN DE OXÍGENO:.....
HORA DE LLEGADA A LA ADMISIÓN:
NIVEL DE PRIORIDAD:.....
FECHA Y HORA DE REALIZACIÓN DEL TRIAJE:.....
NOMBRE DE LA ENFERMERA RESPONSABLE:.....

HORA DE ATENCIÓN DEL MÉDICO:.....

NOMBRE DEL PACIENTE:
CÉDULA DE IDENTIDAD: EDAD:.....
QUEJA (MOTIVO DE CONSULTA):
.....
CONSTANTES: TA: FC: TEMPERATURA:
SATURACIÓN DE OXÍGENO:.....
HORA DE LLEGADA A LA ADMISIÓN:.....
NIVEL DE PRIORIDAD:.....
FECHA Y HORA DE REALIZACIÓN DEL TRIAJE:.....
NOMBRE DE LA ENFERMERA RESPONSABLE:.....
HORA DE ATENCIÓN DEL MÉDICO:.....

ANEXO 5 SIMULACIÓN

Hipótesis

La implementación de un sistema de triage estructurado mejorar la calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital IESS Ambato?

Objetivos específicos

1. Conocer la capacidad de respuesta del personal ante un evento de víctimas en masa
2. Evidenciar la preparación del personal sobre triage
3. Identificar si el personal de enfermería cumple con los pasos que comprende el triage.

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA SIMULACIÓN

TEMA: SIMULACIÓN DE UN EVENTO DE VICTIMAS EN MASA.

Propósito

Realizamos la simulación de un accidente con víctimas en masa para determinar la necesidad de contar con un sistema de triage estructurado en el servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato, para mejorar la calidad de atención que brinda el servicio

GUIÓN DE SIMULACIÓN

A Las 4h00 del día sábado 25 de Junio, en un bus que se dirigía a la ciudad de Ambato con 40 pasajeros, el conductor pierde el control del mismo a nivel de puente Las Juntas, cayendo por 10 metros, el servicio de paramédicos conformado por Bomberos, Cruz Roja con la ayuda de la policía al saber al saber que todos son trabajadores de una florícola y están asegurados deciden trasladarlos al Hospital IESS Ambato.

El médico residente de turno es comunicado que se recibirán 20 víctimas, pide soporte al personal de piso. Los heridos llegan a las 9h00 al hospital.

Víctimas

Victoria Fuentes

APP: No

Alergias: NO

Paciente de 43 años, se realizó extricación dificultosa por presentar atrapamiento de su mano entre las latas del bus.

Examen físico: TA: 160/100 FC: 118 FR: 80

Glasgow: 15 Saturación de O₂ : 94%

Mano derecha deforme se evidencia pérdida de sustancia a nivel ventral.

Carlos Jaramillo

Paciente de 39 años fue encontrado ayudando a salir a la gente del bus, durante el rescate de Juan su hermano presentó cuadro de pérdida de la conciencia.

Examen Físico: TA: 110/70 FC: 99 FR: 18 ECG: 7

Pupilas: anisocóricashiporeactivas.

Región Occipital: hematoma subgaleal derecho.

Juan Jaramillo

APP: No

Alergias: No

Paciente de 29 años fue rescatado por su hermano, ya que presenta intenso dolor a nivel de tobillo izquierdo y muslo izquierdo.

Examen Físico: TA: 130/90 FC: 100 FR: 25 Saturación de oxígeno: 91% ECG: 15

Miembro Inferior Izquierdo: Acortamiento más deformidad a nivel de muslo y tobillo.

AnelRomse

APP: No

Alergias: No

Paciente de 26 años fue encontrada sentada a unos 10 metros del bus, refiriendo

Intenso dolor a nivel de cuello y cabeza.

Examen Físico: TA: 120/90 FC: 103 FR: 20 Saturación O₂: 95% ECG 15

Región Cervical: Dolor a la digito presión a nivel de C6 C7

Cabeza: no se evidencia estigmas de trauma.

Marco Pilatuña

APP: No

Alergias: No

Paciente de 24 años, pasajero del medio fue encontrado inconsciente a 5 metros del bus.

Examen Físico:

TA: 100/50 FC: 110 FR: 26 Sat. O2: 80% ECG: 8

Región Frontal: Herida cortante 5 cm.

Fractura expuesta de tibia y peroné derecho.

Ana González

APP: No

Alergias: No

Paciente de 4 años fue encontrada con hipotermia, somnolienta dentro del bus.

Examen Físico:

FC: 130 FR: 10 Sat. O2: 83% ECG: 1º

Paciente con múltiples abrasiones a nivel de miembros superiores e inferiores, hematoma subgaleal occipital.

Marina Tituaña

APP: FUM: 28 de diciembre de 2010 G1 P0 C0 A0

Alergias: AINES

Paciente de 20 años en estado de gravidez, fue encontrada a pocos metros del bus, Algica.

Examen Físico:

TA: 90/50 FC: 125 Sat. O2: 90%

Paciente somnolienta

Abdomen: Presencia de de Actividad Uterina esporádica FCF: 130 por minuto.

Sangrado vaginal escaso.

José Guamán

Paciente de 40 años, se realizó extracción por 30 minutos, durante su traslado se Evidencia deformidad en Miembro Inferior Izquierdo.

Examen Físico: TA: 100/60 FC: 100 FR: 20 ECG: 10 Sat. O2: 91%
Miembro Inferior Izquierdo: presencia de fractura expuesta a nivel de fémur
Nelly Jácome

APP: No

Alergias: No

Paciente de 12 años, pasajera posterior, se quejaba de no sentir sus pernas

Examen físico:

TA: 120/70 FC: 80 FR: 20 ECG: 15 Sat. =2 : 94%

Región lumbar: dolor a la digito presión a nivel de L1 L2

Miembros Inferiores: Con parestesias bilaterales, hiporreflexia bilateral no
Puede mover ambas piernas.

Antonio Ricaurte

APP: HTA Enalapril

Alergias: Penicilina.

Paciente de 52 años fue encontrado intentando salir del bus, se quejaba de dolor a nivel de hombro derecho.

Examen Físico:

TA: 150/100 FC: 103 Sat. O2: 90% ECG: 14

Hombro derecho: Movimientos activos y pasivos disminuidos por dolor, deforme.

Gloria Santos

APP: DM2 Metformina, Glibenclamida.

Alergias: No

Paciente inconsciente encontrada dentro del bus en la segunda fila

Examen Físico: TA: 120/80 FC: 50 FR: 20 Sat. O2: 85% ECG: o Glucotest: HI

Región Frontal: herida cortante 3 cm.

Corazón arrítmico.

Roberto Sigcho

APP: se desconoce

Alergias: Se desconoce

Paciente de 60 años que fue encontrado fuera del bus quejumbroso no puede mover miembro superior derecho y miembro inferior derecho.

Examen físico: TA: 140/90 FC: 100 FR: 23 Sat. O2 : 89% ECG: 15

Cabeza: herida cortante más escalpe a nivel parietotemporal izquierdo.

Múltiples abrasiones, equimosis a nivel de abdomen.

Carolina Villota

Paciente de un año, irritable fue encontrada en brazos de su madre quien presentó deformidad a nivel de antebrazo izquierdo, la madre se llama Andrea, quién presentó cuadro de pánico y no quiere separarse de su hija.

Examen físico:

Carolina: FC: 112 FR: 25 Sat. O2: 90 % ECG: 15

Andrea: TA: 129/80 FC: 99 Sat. O2: 98 %

Antebrazo Izquierdo: Movimientos: activos y pasivos disminuidos por dolor, pulsos distales presentes, llenado capilar 4".

RN NN

Paciente de 11 años, irritable fue encontrada con deformidad a nivel de antebrazo izquierdo.

Examen Físico: TA: 120/80 FC: 99 Sat. O2: 98%

Antebrazo Izquierdo: Movimientos activos y pasivos disminuidos por dolor, Pulsos distales presentes, llenado capilar 4"

No siente las piernas.

NN HOMBRE

APP: se desconoce

Alergias: Se desconoce

Paciente de 40 años que fue encontrado fuera del bus quejumbroso, no puede mover Miembro superior derecho y miembro inferior derecho.

Examen físico:

TA. 140/90 FC: 100 FR: 23 Sat. O2: 89 % ECG: 12

Cabeza: herida cortante más escalpe a nivel parietotemporal izquierdo.

Pupilas anisocóricas

Múltiples abrasiones, equimosis a nivel de abdomen.

NN MUJER

APP: NO

Alergias: No

Paciente de 54 años, se realizó extricación dificultosa por presentar atrapamiento de su mano entre las latas del bus.

Examen Físico: TA: 160/100 FC: 118 FR: 80 ECG: 15 Sta. =2: 94%
Mano izquierda deforme se evidencia pérdida de sustancia a nivel ventral.
Dolor a digito presión a nivel de columna cervical.

Carlos.....

Paciente de 29 años fue encontrado ayudando a salir a la gente del bus, durante el rescate de Ana su hermana, presentó cuadro de pérdida de la conciencia.

Examen físico: TA: 110/70 FC. 99 FR: 18 ECG: 7

pupilaranisocóricashiporeactivas .

Región occipital: Hematoma subgaleal y parietal.

Presenta cuadro de alteración de la conciencia cuando se sienta en la sala de emergencia.

Miguel sarmiento

APP: No

Alergias: No

Paciente de 26 años fue rescatado por su hermano , ya que presenta intenso de dolor de tobillo izquierdo y muslo izquierdo.

Examen Físico: TA. 130/90 FC: 100 FR: 25 Sat. O2: 91% ECG: 15

Miembro Inferior Izquierdo: Acortamiento mas deformidad a nivel de muslo y tobillo.

MikeyRomse

APP: No

Alergias: NO

Paciente de 45 años, fue encontrada sentada a unos 10 metros del bus, refiriendo intenso dolor a nivel del cuello y cabeza.

Examen Físico: TA: 120/90 FC: 103 FR: 20 Sat. O2: 95% ECG: 10

Región Cervical: dolor a digito presión a nivel de C6 C7 ; Tórax: Dolor a nivel de C6 C10

Cabeza: No se evidencia estigma de trauma.

RN NN

Paciente de 11 años, irritable fue encontrada con deformidad a nivel de antebrazo izquierdo.

Examen Físico: TA: 120/80 FC: 99 Sat. O2: 98%

Antebrazo Izquierdo: Movimientos activos y pasivos disminuidos por dolor,. Pulsos distales presentes, llenado capilar 4"

No siente las piernas.

CRONOGRAMA DE LA SIMULACIÓN

- 8.00 Reunión del equipo de trabajo y entrega de materiales
- 8:15 Inicio de la simulación
- 8:30 Indicaciones generales: Procesos a seguir
- 9:00 Aviso Llegada de victimas (20 victimas)
- 9: 05 Entrega de libretos
- 9:10 Llegan victimas
- 9:15 Triage
- 10:00 Valoración de victimas
- 10:30 Se termina simulación y se recoge información
- 11:00 Receso
- 11:45 Valorar resultados
- 13: 00 Se entregará informe de simulación

Evaluación.

Los participantes se sintieron satisfechos de poder actuar por primera vez en uno de estos ejercicios en el mismo que demostraron su experiencia y habilidades obtenidas durante el tiempo de permanencia en el servicio, con la sugerencia de que este tipo de ejercicios se continúen realizando y poder mejorar muchos procesos en nuestras labores diarias.

Los observadores determinaron que durante la simulación se debió dar mucha importancia al asunto de la seguridad, pues el personal no pudo controlar a los familiares e incluso curiosos que se acercaron por dicho evento. Por lo que sería importante la ejecución tanto de simulaciones y simulacros para poder evaluar el accionar del personal en general para realizar correcciones y mejorar nuestras acciones o labores.

FOTOS

SIMULACIÓN TRIAGE



El día anterior a la simulación en la Sede UTPL Ambato, en la preparación de la Sala Situacional, instalación de computadoras en red para lo que contamos con la ayuda de un Ingeniero en Sistemas al igual que el día de la simulación.



La autora del proyecto: Implementación de un sistema de triage en el Hospital IESS Ambato, el día de la simulación.



Antes de iniciar la simulación la Dra. Paulina López, emergencióloga, que participó en la coordinación de la simulación, realiza una exposición sobre triage.





Autora del proyecto, realizó una breve explicación sobre los niveles de triage del Sistema Manchester.



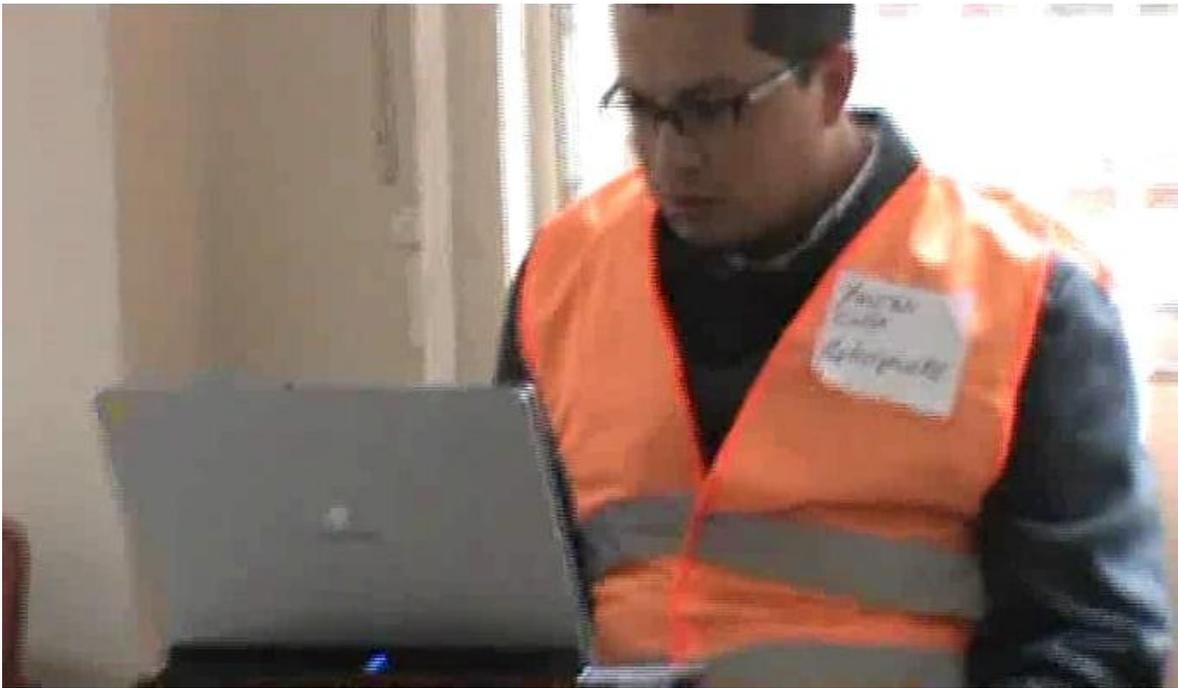
Lic. Fabiola Galarza enfermera del Hospital IESS Ambato, que participó como observadora de la simulación.



Licenciadas en enfermería participantes de la simulación, y observador momentos antes del inicio de la misma.



Minutos antes del inicio de la simulación, los participantes y los observadores, uno de los cuales fue delegado por la Universidad.



Dr. Javier Calle, Médico Residente del servicio de Emergencia, en la ejecución de la simulación.



Participante y observadora interactuando.

En la reunión final de evaluación de la simulación.

