



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO**



PERFIL DEL USUARIO QUE CONCURRE AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS “DR. MANUEL QUINTELA

AUTORES:

Br. Brunetto, Gabriela
Br. Hernández, Santiago
Br. Martínez, Verónica
Br. Mazzel, Mará José

TUTORES:

Prof. Lic. Enf. Vellozo, Rosa

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2009

INDICE

Abreviaturas	_____	Pág. 6.
Título de la investigación	_____	Pág. 7.
Resumen	_____	Pág. 8.
Introducción	_____	Pág. 9.
Fundamentación del tema	_____	Pág.11.
Descripción de la investigación	_____	Pág. 14.
Título, pregunta problema	_____	Pág.16.
Objetivos de la investigación	_____	Pág.17.
Metodología	_____	Pág.18.
Marco Teórico	_____	Pág.32.
Tablas y gráficos	_____	Pág.47.
Análisis	_____	Pág.64.
Conclusiones	_____	Pág.69.
Sugerencias	_____	Pág.72.
Normas éticas	_____	Pág.74.
Agradecimientos	=====	Pág. 75.
Bibliografía.	_____	Pág.76.
Anexos:.	_____	Pág.78.
1) Instrumento de recolección de datos		
2) Entrevista a la Licenciada en Enfermería Jefe del Sector.		
3) Autorización.		
4) Breve reseña histórica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”..		
5) Circuito asistencial del Triage, Indicadores de calidad del SET, Descripción de la planta física, Cobertura del servicio.		
6) Cronograma de Gantt.		
7) Presupuesto.		

ABREVIATURAS

- B.Q: Block Quirúrgico.
- C.I: Cuidados Intermédios.
- C.T.A.S.: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale
- Dr: Doctor.
- E.C.G: Electrocardiograma.
- E.S.I.: Emergency Severity Index.
- F.A: Frecuencia Absoluta.
- F.R: Frecuencia Relativa.
- F.R. %: Frecuencia Relativa Porcentual.
- HTA: Hipertensión Arterial.
- I.C.: Indicadores de calidad.
- Lic. en Enf.: Licenciado en Enfermería.
- M.A.T: Modelo Andorrano de Triage.
- M.S.P: Ministerio de Salud Publica.
- N.T.S.: Nacional Triage Scale.
- P.A.T: Programa de Ayuda de Triage.
- R.C. P: Reanimación Cardio Pulmonar.
- RR.HH: Recursos Humanos.
- S.C.V: Sistema Cardio Vascular.
- S.E.T.: Sistema Español de Triage.
- S.E.M.E.S: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
- S.G.R: Sistema Genito Reproductor.
- S.M.E: Sistema Músculo Esquelético.
- S.N.C: Sistema Nervioso Central.
- S.N.U: Sistema Nefro Urinário
- S. Psico - Emocional: Sistema Psico - Emocional.
- S.Resp : Sistema Respiratório.
- S. Teg: Sistema Tegumentário.
- S.U: Servicio de Urgencias
- Em.S.O.: Emergencia y Sala de Operaciones.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

***“Perfil del usuario que concurre al servicio de
emergencia del Hospital de Clínicas
Dr. Manuel Quintela”.***

RESUMEN

El trabajo a continuación determina el perfil de los usuarios que consultan en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, del 2 al 6 de Febrero de 2009, analizando las características Sexo, Edad, Estado Civil, Nivel de Instrucción, Antecedentes Patológicos, Hábitos Nocivos, Forma de traslado, Motivo de consulta, Sistema afectado, Nivel de priorización y Destino del usuario, enmarcándolo dentro de los niveles de prioridad de atención de Triage (clase 1, clase 2, clase 3, clase 4, clase 5) .

El estudio es cuantitativo, descriptivo y longitudinal, con un universo y muestra total de 317 usuarios (muestra no probabilística- accidental). Se utilizo formularios estructurados de múltiple opción con escalas de clasificación y una entrevista semi estructurada para recolectar la información. Se evaluó los datos por análisis cuantitativos univariados y bivariados con tabulación y graficas (diagramas de barras.) en el sistema informático Microsoft Excel.

El estudio refleja que la mayoría de la población es femenina, adultos y adultos mayores y mujeres entre 20 y 35 años. El 28% son solteros, con estudios secundarios, solo el 2% era analfabeta. La mayoría son de Montevideo. Los Antecedentes Patológicos que se destacan son la Hipertensión Arterial, Intervenciones Quirúrgicas, y Hábitos Nocivos como el Tabaquismo. Los motivos de consulta mas frecuentes fueron el dolor y las lesiones o traumatismos, cuyo sistema mas afectado fue el S.N.C. seguido del S.M.E.

El 38% de los usuarios son clasificados de clase 5 en el triage, y el 41% de los usuarios queda en observación y solo el 9 % ingresa al hospital de manera directa.

Con esta investigación se detallo el perfil de los usuarios que concurren al servicio, como son clasificados y derivados, pudiendo esto servir como base para la gestión del servicio o realizar otros estudios.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo fue realizado por un grupo de 4 estudiantes de la Facultad de Enfermería, pertenecientes a las generaciones 2003-2004, que cursan la carrera de Licenciatura en Enfermería; quienes realizaron un corte monográfico (tesis) referido al “Perfil del usuario que consulta en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela”.

Este estudio parte de los intereses de la Cátedra de Adulto y Anciano de Facultad de Enfermería por abarcar dicho tema y el interés del grupo por utilizar el triage y su aplicación como instancia y herramienta para la recolección de información para caracterizar la población.

El grupo considera que a través de este estudio, se logro elaborar un trabajo de caracterización de población, consiguiendo conocer el perfil de los usuarios que ingresan al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, donde se aplico estándares internacionales de clasificación y caracterización de usuarios.

Como futuros Licenciados en Enfermería, este tipo de investigación es importante para la gestión de dichos servicios; además puede servir como la base a futuras investigaciones y continuar desarrollando el área de investigación de enfermería, el cual es pilar fundamental de la profesión junto a la docencia y la asistencia.

Para realizar la investigación se utilizó un marco teórico que incluye un informe actual del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, elaborado por el Profesor Agregado Doctor. Norberto Liñares, que muestra datos e información sobre el funcionamiento y gestión del Servicio de Emergencia, también se recabo información sobre el Hospital de Clínicas, conceptos de Urgencia y Emergencia, la

historia y evolución del Triage, y detalle de el SET (Sistema Español de Triage), referencia mundial de este tipo de sistema de clasificación de usuarios..

La investigación tiene como fin determinar las características que predominan en la población que consulta en el servicio de emergencia del Hospital de Clínicas, enmarcándolos dentro de los diferentes niveles de caracterización de prioridad de Atención de Usuarios según el sistema de Triage.

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

El Hospital de Clínicas es de referencia nacional, siendo este un hospital Universitario, perteneciente a la Universidad de la República. A él llega un gran caudal de usuarios que se asiste en la puerta de emergencia. Brindando atención a una población heterogénea, en cuanto a edad, sexo, patología, entre otros, sin importar su procedencia o cobertura en salud.

Según el Profesor Agregado Doctor. Norberto Liñares se identifican diferentes situaciones que afectan e influyen negativamente en el funcionamiento de dicho servicio, como por ejemplo, el gran número de usuarios que ingresan a la emergencia pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, el ingreso de ambulancias con usuarios de otras instituciones privadas, además de la estadía que estos usuarios presentan a la espera de la resolución de su problema.¹

Un dato a tener en cuenta en el mencionado trabajo es que en el año 2002 hubo aproximadamente 20.000 consultas en la puerta de Emergencia del Hospital de Clínicas lo que se duplicó en el año 2004.¹

*“La sobrecarga de los servicios de emergencia se debe a cuatro factores, el propio funcionamiento del servicio, el del hospital, los problemas de la comunidad y los propios del Usuario”.*²

*En cuanto a lo comunitario, el sistema de salud público- privado que en el 2002 colapsó, el cual sobrecarga el sector público.*¹

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares, “Triage como método de selección y clasificación de pacientes”, www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf.2005.

2)Schull MJ, Slaughter PM, Redelmeier DA. Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions. Can J Emerg Med. 2002;4:76-83

*En lo que refiere a la sobrecarga de los hospitales, se asocia a la insuficiente descarga, a las altas precoces de los usuarios con patologías crónicas y por ende al reingreso al servicio de los mismos.*¹

*“El aumento de la demanda de los servicios de urgencia es un reflejo de una crisis importante en los distintos sistemas de salud de toda América.”*³

Otro factor de sobrecarga, son las Emergencias Móviles; las cuales son el único recurso de asistencia de salud de muchos estratos sociales; y éstas organizaciones de ambulancias, al no disponer de una estructura, terminan internando en los hospitales públicos.¹

Es por todo lo antes mencionado que en el año 2005 se implemento “el Triage”, que es un método de tamizaje, selección y clasificación de pacientes, según la gravedad que presentan los usuarios.¹

Se realizo también en este trabajo una entrevista a la Licenciada en Enfermería Jefe del sector Susana Lacuesta (ver anexo 2), la cual manifestó un conocimiento general de los usuarios que se atienden en el servicio, pero hace referencia a la importancia de estudios que investiguen esta temática, enfatizando en el sector de Triage, para así poder volcarlo a la gestión del servicio.

Este estudio, además de partir de los intereses de la Cátedra, también genero el interés del grupo en el funcionamiento y utilización del triage y se aplico como una herramienta para la recolección de información para caracterizar la población.

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares, “Triage como método de selección y clasificación de pacientes”, www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf.2005.

3) Crowding Resources Task Force, American College of Emergency Physicians, EE.UU, 2002

De este modo se podrá ofrecer al servicio, una referencia acerca de la comunidad que se atiende en la puerta de Emergencia y así poder colaborar en buscar mejoras a futuro, tanto en lo asistencial como administrativo, pudiendo optimizar sus RR.HH. y RR.MM.

Es importante tener en cuenta la frase a continuación:

“La sobrecarga de pacientes en un Departamento de Emergencia no debe deducirse del número de pacientes, sino en la capacidad que tiene ese Departamento de brindar los recursos que necesita cada enfermo en los tiempos adecuados” (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale)¹

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares, "Triage como método de selección y clasificación de pacientes", www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf,2005

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se elaboró en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, dentro del Servicio de Emergencia.

En el mismo se realizó la descripción de la población, analizando el perfil de los usuarios que concurren a la puerta de Emergencia. Se utilizó como herramienta de ayuda el método de tamizaje de paciente “el Triage”.

El tipo de investigación es cuantitativa, con un diseño descriptivo y longitudinal.^{5,6}

Las variables están discriminadas en 2 tipos; *las características de la población* (Sexo, Edad, Estado Civil, Nivel de Instrucción, Procedencia, Antecedentes Patológicos, Hábitos nocivos, Forma de Traslado, Motivo de Consulta, Sistema Afectado, Destino del Usuario); y por otro lado los *niveles de priorización de los usuarios* (Clase 1, Clase 2, Clase 3, Clase 4, Clase 5.)

Los datos fueron recolectados por los 4 estudiantes que participan en la investigación, durante un periodo de 5 días, en los turnos mañana y tarde (de 6 a 18 horas), Lo cual permitió conocer los usuarios, en los momentos del día con mayor flujo en el servicio.

El instrumento para la recolección de datos fue un formulario estructurado, aplicado por medio de múltiple opción y escalas de clasificación que se les aplico a los usuarios que ingresaron al Triage. (Ver anexo 1). Además se realizo un entrevista semi estructurada a la Lic. En Enf. Jefe del sector.^{5,7.}

5) Pineda E.B., de Alvarado E.L., de Canales F.H: Metodología de la Investigación. 2º edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EEUU, 1994.

6)Ketzioian, C., “Estadísticas Medica”, Oficina del libro FEFMUR, Montevideo, Uruguay, 2004.

7) Polit DF & Hungler BP, ¡Investigación científica en ciencias de la salud”, 6ª edición. Interamericana-Mc Graw-Hill, México, 2000.

El análisis de los datos se realizo por medio de la estadística descriptiva, como son variables cualitativas nominales, se llevo acabo análisis cuantitativos univariados utilizando tablas de Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa, y Frecuencia Relativa Porcentual. También se elaboro un análisis bivariados por medio de tabulación cruzada. Para las graficas del análisis univariado y bivariado se utilizaron diagramas de barras. Utilizando para la confección de tablas y gráficos el programa Microsoft Excel.^{6, 7, 8.,9.}

5) Pineda E.B., de Alvarado E.L., de Canales F:H: Metodología de la Investigación. 2º edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EEUU, 1994.

6) Ketzoian, C., "Estadísticas Medica", Oficina del libro FEFMUR, Montevideo, Uruguay, 2004.

7) Polit DF & Hungler BP, ¡Investigación científica en ciencias de la salud", 6ª edición. Interamericana-Mc Graw-Hill, México, 2000.

8) Padell, H., "Manual de Bioestadística", Masson S.A., Barcelona, España, 1986.

9) Icart Mª., Caja C., "Protocolo de investigación", revista Rol de Enfermería Nº. 152, Pág. 11-16, Barcelona, España, 1991.

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Perfil del usuario que concurre al servicio de emergencia del Hospital de Clínicas

“Dr. Manuel Quintela”.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué peculiaridades presentan los usuarios clasificados en los diferentes niveles de categorización del Triage dentro del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, en los turnos mañana y tarde durante 5 días?

OBJETIVOS PLANTEADOS

Objetivo general:

- Determinar el perfil de los usuarios de la población que consulta en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, enmarcándolos dentro de los diferentes niveles de prioridad de atención de usuarios según el sistema de Triage.

Objetivos específicos:

- Realizar una aproximación diagnóstica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” haciendo énfasis en el Servicio de Emergencia y su sistema de Triage.
- Identificar las características de la población (Sexo, Edad, Estado civil, Nivel de instrucción, Antecedentes patológicos, Hábitos Nocivos, Forma de traslado, Motivo de consulta, Sistema afectado, Nivel de priorización y Destino del usuario) que consulta en la emergencia del Hospital de Clínicas.
- Definir cuales son los diferentes niveles de categorización de prioridad de atención de usuarios (clase 1, clase 2, clase 3, clase 4, clase 5), dentro del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, conocer cuales son los que se presentan con mas frecuencia y en que tipo de usuarios.
- Analizar cuales son las características de la población que están dentro de cada nivel de prioridad de atención.
- Poder brindarle al servicio un trabajo de investigación que le sea útil para su gestión diaria, y como antecedente a otros estudios e investigaciones.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio:

- El tipo de investigación es **cuantitativa**.
- Con un diseño **descriptivo y longitudinal**.^{6,5}

Universo:

El universo de estudio está constituido por el total de Usuarios que asistieron al Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, durante los turnos mañana y tarde (06:00-12:00, 12:00-18:00), durante 5 días (de lunes a viernes, del 2 al 6 de Febrero del 2009). Conformando un total de 317 usuarios.

Muestra:

El muestreo es **No Probabilístico-Accidental**, se tomaron los casos o unidades que están disponibles en un momento dado.⁵

Se tomó como muestra a encuestar al 100% de los usuarios que consultan en el servicio de emergencia durante 12 horas al día (06:00-12:00, 12:00-18:00), durante 5 días (de lunes a viernes). Un total 317 usuarios.

Criterios de inclusión:

Todos los usuarios que ingresaron al Servicio de Emergencias y fueron registrados en ventanilla de admisión.

5) Pineda E.B., de Alvarado E.L., de Canales F.H: Metodología de la Investigación. 2º edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EEUU, 1994

6) Ketzoian, C., “Estadísticas Médica”, Oficina del libro FEFMUR, Montevideo, Uruguay, 2004.

7) Polit DF & Hungler BP, “Investigación científica en ciencias de la salud”, 6ª edición. Interamericana-Mc Graw-Hill, México, 2000.

9) Icart Mª., Caja C., “Protocolo de investigación”, revista Rol de Enfermería N°. 152, Pág. 11-16, Barcelona, España, 1991.

Criterios de exclusión:

Los menores de 14 años de edad son derivados a otra institución, a excepción de las emergencias oftalmológicas que requieren de cirugía, en los menores de dicha edad.

Instrumento de recolección de datos:

El instrumento para la recolección de datos fue un formulario estructurado, anónimo, aplicado por medio de preguntas cerradas de múltiple opción y escalas de clasificación que se les aplico a los usuarios que ingresaron al Triage. (Ver anexo 1). Y se realizo un entrevista semi estructurada a la Lic. en Enf. Jefe del sector (Ver anexo 2).^{5, 7.}

Análisis de datos:

El análisis de los datos se realizo por medio de la estadística descriptiva, como son variables cualitativas nominales; se llevo acabo análisis cuantitativos univariados utilizando tablas de Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa, y Frecuencia Relativa Porcentual. También se realizo análisis bivariados por medio de tabulación cruzada. Paras las graficas del análisis univariado y bivariado se utilizaron diagramas de barras. Se utilizo para la confección de tablas y gráficos el programa Microsoft Excel.^{6, 7, 8, 9.} A continuación de la elaboración de las tablas y los gráficos, se realizo el análisis escrito de los mismos, destacando los resultados más relevantes.

5) Pineda E.B., de Alvarado E.L., de Canales F.H: Metodología de la Investigación. 2º edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EEUU, 1994.

6) Ketzoian, C., "Estadísticas Medica", Oficina del libro FEFMUR, Montevideo, Uruguay, 2004.

7) Polit DF & Hungler BP, ¡Investigación científica en ciencias de la salud", 6ª edición. Interamericana-Mc Graw-Hill, México, 2000.

8) Padell, H., "Manual de Bioestadística", Masson S.A., Barcelona, España, 1986.

9) Icart Mª., Caja C., "Protocolo de investigación", revista Rol de Enfermería Nº. 152, Pág. 11-16, Barcelona, España, 1991.

Variables:

Discriminación de variables :

• **Variables primarias:**

- ❖ Caracterización de la población (Sexo, Edad, Estado Civil, Nivel de Instrucción, Procedencia, Antecedentes Patológicos, Hábitos nocivos, Forma de Traslado, Motivo de Consulta, Sistema Afectado, Destino del Usuario).
- ❖ Niveles de priorización de atención de usuarios (Clase 1, Clase 2, Clase 3, Clase 4, Clase 5).

• **Variables secundarias:**

Caracterización de la población:

1) **Sexo:** (variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: condición orgánica que distingue macho, hembra en los seres humanos.

Definición operativa: Masculino
Femenino

2) **Edad:** (variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: tiempo que una persona a vivido contando desde que nació; cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.

Definición operativa: Adolescente 14-19
Joven 20-34
Adulto joven 35-49
Adulto 50-64
Adulto mayor ≥ 65 ¹⁰

10) www.who.int/es

3) **Estado civil:** (variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: condición cívica que se encuentra una persona.

Definición operativa: Soltero
Casado
Viudo
Divorciado
Concubinato.

4) Nivel de instrucción: (variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: último nivel de estudio cursado.

Definición operativa: Primaria
Secundaria
UTU o escuela técnica
Terciaria.

5) Procedencia: (variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: lugar habitual donde vive el usuario.

Definición operativa: Interior.
Capital.
Intra hospitalario.
Otra institución.
Exterior.

6) Antecedentes patológicos: (Variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: patología previa del paciente

Definición operativa:

<u>HTA</u>
<u>Diabetes</u>
<u>Colesterol</u>
<u>Asma</u>
<u>Alergia</u>
<u>Epilepsia</u>
<u>Insuficiencia Renal.</u>
<u>Insuficiencia. Cardiaca.</u>
<u>Cáncer</u>
<u>Psiquiátricos</u>
<u>Intervención.</u>
<u>Quirúrgica</u>
<u>Obesidad</u>
<u>Otros</u>

7) Hábitos Nocivos: (Variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: Comportamiento repetido regularmente que compromete la salud de la persona.

Definición operativa: Tabaquismo.

Alcoholismo.

Drogadicción.

Otros.

8) Forma de traslado: (variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: medio de transporte que fue utilizado por el usuario para llegar a un lugar dado.

Definición operativa: Ambulancia

Propios medios.

Otros.

Policía

9) Motivo de consulta: (Variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: causa principal por la que el paciente acude al centro o servicio de salud (Emergencia).

Clasificación de motivos de consulta en el e-PAT V 3.0 (Programa de Ayuda de Triage)¹¹

Definición operativa:

1. Inflamación-fiebre
2. Inmunodepresión
3. Diabético
4. Adulto con malestar general
5. Alteración psiquiátrica
6. Alteración de la conciencia-estado mental
7. Focalidad neurológica
8. Síntomas auditivos
9. Cefalea y/o cervicalgia
10. Convulsiones
11. Inestabilidad
12. Lipotimia- síncope
13. Síntomas oculares
14. Dolor torácico
15. Disnea
16. Hipertensión arterial
17. Parada respiratoria o cardiorrespiratoria y choque
18. Problemas de extremidades
19. Infección-alteración rinolaringológica

11) <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>

20. Problemas abdominales y digestivos, incluida la hemorragia digestiva
21. Síntomas urológicos
22. Síntomas ginecológicos y obstétricos
23. Alergia-reacciones cutáneas
24. Dolor
25. Hemorragia
26. Lesiones y traumatismos
27. Intoxicación
28. Quemado-escaldado
29. Agresión-negligencia
30. Abuso sexual

Específicas:

1. Cambio de yesos y vendajes
2. Cura de heridas
3. Dentista
4. Ingresos programados
5. Maternidad
6. Preoperatorio
7. Revisitas
8. Visita joven
9. Visitas administrativas
10. Visitas concertadas
11. Realización de procedimientos en urgencias
12. Paciente de difícil catalogación

Categorías sintomáticas pediátricas

A. Niño mayor enfermo (> 2 años)

B. Neonato y niño pequeño con mal estar general (≤ 2 años)

10) Sistema Afectado: (Variable cualitativa nominal).

Definición conceptual: Sistema del cuerpo humano el cual presenta alteración patológica que impide su funcionamiento normal.

Definición operativa:

- Sistema Nervioso Central.
- Sistema Cardio Vascular.
- Sistema Respiratorio.
- Sistema Psico-Emocional.
- Sistema Negro Urinario.
- Sistema Genito Reproductor.
- Sistema Tegumentario.
- Sistema Músculo Esquelético.

11) Niveles de priorización de atención de usuarios: (Variable cualitativa nominal).

Según la escala de Tiraje de la Asociación Canadiense de Urgencias (CAEP).¹²

Clase1:

Definición conceptual:

Requerimiento de resucitación - Es el caso de la situación que no admite la menor demora en la asistencia.

Definición operativa:

1. Paro cardíaco o respiratorio: pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria o, bien, que puede ser inminente.

2. Traumatismo mayor: daño grave a un sistema o politraumatismo. Traumatismo craneoencefálico, con escala de coma de Glasgow menor a 10, quemadura grave, mayor al 25% de la superficie corporal total, o quemadura de la vía aérea. Traumatismo toracoabdominal, con alteración del estado mental, hipotensión, taquicardia, dolor grave y alteraciones respiratorias.
3. Estados de choque: cardiogénico, insuficiencia pulmonar, hemorrágico, alteraciones en la demanda de oxígeno, estados hiperdinámicos, síndrome séptico.
4. Alteraciones de la conciencia: intoxicaciones, sobredosis, enfermedades del SNC, trastornos metabólicos y padecimientos que requieran protección de la vía aérea y tratamiento del paciente crítico.
5. Enfermedad respiratoria grave: neumotórax, estado asmático, anafilaxia, cetoacidosis diabética. Los pacientes requieren una rápida evaluación (A, B, C) y tratamiento ventilatorio.

12) Resendiz J., Montiel M, Limona R., "Triage en el servicio de urgencias", Medicina Interna de México Volumen 22, Núm. 4, julio-agosto, 2006

Clase 2:

Definición conceptual: Riesgo vital inmediato con requerimiento de intervención precoz en cuanto al tiempo - La evolución de la situación clínica es rápidamente evolutiva hacia un deterioro tal que va a determinar la muerte del paciente

Demora máxima de atención 15 minutos

Definición operativa:

1. Alteraciones del estado mental: enfermedades infecciosas, inflamatorias, síndromes coronarios, convulsiones, estados de agitación, letargo, parálisis, coma.
2. Traumatismo craneoencefálico: alteraciones del estado mental, cefalea grave, pérdida de la conciencia, escala de coma de Glasgow menor a 13.
3. Traumatismo grave: politraumatismo, signos vitales estables, estado mental normal.

4. Dolor ocular: escala de dolor de 8-10/10, exposición a ácidos o álcalis, cuerpos extraños en la córnea.
5. Dolor torácico: síndromes coronarios: infarto agudo de miocardio, angina inestable.
Dolor visceral: continuo, asociado con náusea e irradiación al cuello, la mandíbula, los hombros y los brazos. Síncope: concomitante con embolia pulmonar, disección aórtica o con otras enfermedades vasculares. Infarto agudo de miocardio, angina o embolia Pulmonar previo.
6. Sobredosis: de manera intencional, con signos y síntomas de toxicidad.
7. Dolor abdominal: constante, asociado con náusea, vómito, signos vitales alterados (hiper o hipotensión, taquicardia, fiebre). Embarazo ectópico, colangitis, colédoco litiasis.
8. Hemorragia gastrointestinal: signos vitales inestables, hematemesis, melena.
9. Enfermedad vascular cerebral: déficit neurológico importante (isquemia, hemorragia, hematomas que requieren tomografía craneal urgente).
10. Asma: antecedentes de asma, cianosis o disnea que requieren la administración de broncodilatadores y el ingreso al hospital.
11. Disnea: neumotórax, neumonía, anafilaxia.
12. Fiebre: con signos de letargo que sugieran meningitis.
13. Diabetes: hipo e hiperglucemia y acidosis metabólica.
14. Dolor abdominopélvico: cólico renoureteral (8-10/10), síndrome doloroso abdominal, hematuria, alteración de los signos vitales.
15. Cefalea: catastrófica (meningoencefalitis, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural y subdural, estado migrañoso).

Clase3:

Definición conceptual: Riesgo vital potencial, que requiere medidas diagnósticas y terapéuticas en el área de emergencia, con estabilidad fisiológica –

Demora máxima de atención 30 minutos.

Definición operativa:

1. Traumatismo de cráneo: generalmente alertas, con escala de coma de Glasgow igual a 15, dolor moderado (7-8/10), náusea, ameritan vigilancia y si tienen deterioro pasan a nivel II.
2. Traumatismo moderado: fracturas o luxaciones con dolor grave (8-10/10), requieren intervención con analgésicos y reducción; los pacientes se encuentran estables.
3. Asma leve a moderada: inicio reciente de la crisis desencadenada por ejercicio u otras causas; requieren broncodilatadores y vigilancia.
4. Disnea moderada: pacientes con neumonía, enfermedad pulmonar crónica y derrame pleural.
5. Dolor torácico: localizado, que aumenta a la palpación, sin datos de dolor visceral, puede ser de tipo pleurítico.
6. Hemorragia gastrointestinal: tubo digestivo alto, inactiva, sin alteración de los signos vitales, puede haber deterioro potencial, requiere valoraciones periódicas.
7. Convulsiones: paciente conocido, con duración menor a cinco minutos, llega alerta y con signos vitales estables.
8. Ideas suicidas: problemas psiquiátricos que requieren la valoración de un especialista.
9. Dolor grave (8-10/10): pacientes que reportan dolor intenso pero que tienen un problema menor, generalmente son de tipo muscular, crónico, tipo neuropático y con reacción regular a los analgésicos.

10. Dolor moderado (4-7/10): pacientes con migraña o cólico renal, pueden tener signos vitales normales y requieren tratamiento.

11. Pacientes en diálisis o trasplantados: alteraciones de líquidos y electrolitos, pueden manifestar arritmias y deterioro.

Clase4:

Definición conceptual: Requerimiento de pruebas o terapéuticas en el marco del día de la consulta - Sin entrar en la categoría del anterior, el paciente presenta un problema que, si bien no es para resolver en los próximos minutos por que su estabilidad fisiológica, no corre riesgo. Demora máxima de atención 60 minutos.

Definición operativa:

1. Traumatismo de cráneo: traumatismo menor, alerta (escala de coma de Glasgow de 15, sin vómito), requiere un breve periodo de observación y valoración, Neurológica.

2. Traumatismo menor: fracturas pequeñas, contusiones, abrasiones, laceraciones que requieren curación, signos vitales estables, dolor (4-7/10).

3. Dolor abdominal: intensidad 4-7/10, apendicitis en etapas iniciales, signos vitales normales, amerita vigilancia y evaluación periódica.

4. Cefalea: no súbita, no migrañosa, dolor 4-7/10, con signos vitales normales.

Dolor torácico: sin antecedentes de cardiopatía, usualmente pleurítico, muscular, debido a ejercicio.

5. Infección respiratoria aguda: tos, congestión nasal, fiebre. Hay que descartar abscesos en la cavidad.

6. Vómito y diarrea: sin datos de deshidratación.

Clase5:

Definición conceptual: Son los pacientes que por lo general presentan un problema clínico administrativo - Estos pacientes son mal derivados a emergencia y no se atienden, ni en el área de emergencia, ni en la policlínica de atención rápida.

Definición operativa:

1. Pacientes con problemas crónicos, no hay deterioro, puede ser referido a otro nivel de atención.¹²

12) Resendiz J., Montiel M, Limona R., "Triage en el servicio de urgencias", Medicina Interna de México Volumen 22, Núm. 4, julio-agosto, 2006

12) Destino de usuario: (Variable cualitativa nominal)

Definición conceptual: lugar donde el usuario es destinado luego de pasar por el Triage.

Definición operativa:

- Ingreso a piso.
- Block Quirúrgico.
- Alta.
- Fallecimiento.
- Derivación a otro servicio.
- Derivación a otra institución.

***Dato: El instrumento de recopilación de datos se encuentra en anexo 1**

MARCO TEÓRICO

Para comenzar este Marco Teórico, se realizo el planteo de las siguientes definiciones, según el diccionario de la Real Academia Española (vigésima segunda edición):

Perfil: Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo.

Peculiaridad: Detalle, signo peculiar.

Peculiar: Propio o privativo de cada persona o cosa.

Característica: Dicho de una cualidad: Que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.

Breve reseña histórica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”: (Ver anexo 4)¹³

Concepto de urgencias y emergencias:

La profesión enfermera, a través de la historia, se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentado y a las necesidades de *cuidados* que la población y el Sistema Sanitario han ido demandando.

La Enfermería de Urgencias y Emergencias se encuentra en la actualidad en un pico de relevancia social debido principalmente a dos causas:

- Las patologías cardiovasculares y los accidentes se han convertido en las principales causas de muerte e invalidez en las sociedades occidentales.
- La atención que se presta a estas patologías quedan enmarcadas en el ámbito de los cuidados de Urgencias y Emergencias.¹⁴

13) http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60.

14) Fernández B., Morillo J., Duque del Río M^a., "Material didáctico de apoyo para profesionales sanitarios", Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.), C/ Meléndez Valdés, 52. 28015 Madrid, España, 2004.

La terminología usada en el dominio de la ayuda sanitaria urgente varía, no sólo dentro de nuestro país, sino entre los distintos países de nuestro entorno socioeconómico.

Urgencia:

Existen diversos criterios a la hora de definir el concepto de urgencia sanitaria, entre éstos se encuentra el que resume la filosofía que ha servido a la Seguridad Social para establecer los Servicios especiales o normales de Urgencia:

“Urgencia es toda demanda de asistencia que se produce fuera del horario laboral normal”.¹⁴

- Las diversas asociaciones sanitarias americanas, a modo de ejemplo, definen urgencia como: “Toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de llevar a un paciente al hospital, requiere una atención sanitaria inmediata”. Se trata de un criterio centrado en la percepción del usuario.
- Comúnmente se acepta que: “Urgencia es toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona”.¹⁴

Tipos de urgencias:

Atendiendo a los conceptos expresados sobre las urgencias, podrían hacerse las siguientes distinciones:

Urgencia subjetiva: Está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona.

13) http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60.

14) Fernández B., Morillo J., Duque del Río M^a., “Material didáctico de apoyo para profesionales sanitarios”, Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.), C/ Meléndez Valdés, 52. 28015 Madrid, España, 2004.

Urgencia objetiva: Sería por tanto aquella situación que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado.

Urgencia vital: Forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento; este concepto hace referencia al término Emergencia.¹⁴

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

14) Fernández B., Morillo J., Duque del Río M^a., "Material didáctico de apoyo para profesionales sanitarios", Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.),C/ Meléndez Valdés, 52. 28015 Madrid, España , 2004.

Reseña histórica del departamento de emergencia del Hospital de Clínicas.

“El 21 de setiembre de 1953 se inaugura el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, fruto de un histórico proceso. En ese momento se habilitan una Clínica Quirúrgica y una Clínica Médica para la atención en sala y policlínicas. No existía al principio un verdadero Servicio de Emergencia, y las puertas del Hospital se cerraban a las 23:00 horas

Durante la década del 60 se comenzaron a brindar servicios de urgencia y emergencia a cargo de las Clínicas. Es así que comienza a delinearse el funcionamiento de la Emergencia

Se constituyó en centro de referencia para el trauma y otras circunstancias de emergencia.

La producción del sector se tradujo en conceptos y adelantos científicos que marcaron época y señalaron a nuestro país en el contexto internacional de la medicina. Numerosos textos docentes, cursos de perfeccionamiento y publicaciones científicas acompañaron esta producción.

En lo asistencial, se ha constatado un creciente y progresivo aumento de la demanda absoluta de consultas en el Departamento (entre los años 2002 y 2004 ha habido un aumento de casi el 40% de consultas, que fueron 25177 en el primero de estos años, 36817 en 2003 y más de 40000 en 2004. Simultáneamente la cifra de egresos hospitalarios casi no varió, lo que indica que la resolución de ese importante incremento de consultas corrió por cuenta del Departamento.¹

Para el presente y el futuro se encaran múltiples desafíos en el área docente, asistencial y de investigación. Algunos de ellos son la enseñanza basada en problemas, con

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares, "Triage como método de selección y clasificación de pacientes", www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf, 2005

contenidos ajustados al nivel de evidencia, y con una metodología intensiva en pequeños grupos, la asistencia fundada en el concepto de clasificación de las consultas (triage), el traslado y la recepción normalizados, la creación y aplicación de protocolos de conducta segura, entre otros.”¹

Objetivos del Departamento de emergencia:

Lograr un Departamento de Emergencia inserto, operativo, armónico con el resto del desempeño hospitalario y de la Facultad, teniendo como horizonte la búsqueda de la excelencia en todos los ámbitos que le competen, que sea referencia nacional e internacional y un ámbito permanente de consulta.

Objetivos Docentes

Elaborar un amplio plan docente coordinado y conjunto para todos los niveles, pre y postgrado y enfermería. Coordinar actividades, contenidos, metodologías, objetivos y recursos, con los Departamentos Clínicos y con la Facultad de Enfermería, con el fin de adecuar y racionalizar la docencia, elaborando programas permanentes. Elaborar y publicar pautas y guías, incluyendo guías diagnósticas y terapéuticas médico-quirúrgicas.^{1,13}

Objetivos Asistenciales

Reestructurar el sistema asistencial, lo que implica la consolidación del sistema de clasificación oportuna y precoz de los enfermos que consultan, triage. La asistencia centrada en el paciente, objeto esencial del actuar médico procurando el mejor resultado con el mínimo de inconvenientes. Promover la buena clínica y la habilidad médica para un diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz.

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares, "Triage como método de selección y clasificación de pacientes", www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf, 2005

13) http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60.

La relación tiempo/resultado debe ser tan tenida en cuenta como la costo/beneficio, apuntando a la excelencia del acto médico.^{1,13}

Investigación

Crear una comisión permanente de investigación, multisectorial y operativa. Publicación del producto. Iniciación de trabajos prospectivos, propios y cooperativos, basados en una instancia inicial de registro informático de la actividad asistencial a través de la instauración de protocolos de registro y seguimiento. Crear líneas permanentes de investigación, asignando responsables entre los grados superiores. Revalorar y consolidar manuales de roles en investigación de los distintos escalones médicos y no médicos, Practicantes Internos, Residentes, médicos G°2 a 4.^{1,13}

Reseña histórica del Triage:

Triage es un neologismo que equivale a selección ó clasificación en función del grado de urgencia.

Proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, de forma que en una situación de saturación del SU ó de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados primeros.

Las funciones del triage son:

- 1- Proteger a los pacientes más urgentes.
- 2- Aumentar la satisfacción de los usuarios.
- 3- Optimizar los recursos humanos y materiales.

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares, "Triage como método de selección y clasificación de pacientes", www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf, 2005

13) http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60

Según las primeras reseñas históricas, el triage médico comenzó a utilizarse en el campo de batalla en el siglo XIX por un médico del ejército de Napoleón. Se atendían más rápidamente a los soldados heridos que estaban más graves, con más riesgo para morir. En los servicios de urgencias (SU) el triage se empezó a utilizar en EEUU en la década de los 60 de forma paulatina conforme se desarrollaban dichos servicios, tanto en estructura como en personal debido al aumento de la demanda de la población atendida. El progreso en los SU de los últimos años ha ido paralelo con la aparición e implantación de modelos de triage diferentes según las necesidades y las políticas de salud de cada país.

El modelo de triage de un SU es un buen indicador del grado de maduración del sistema sanitario en la atención de urgencia y emergencia.¹¹

Triage estructurado:

Se realiza cuando disponemos de una escala de clasificación válida, útil y reproducible, y de una estructura profesional, física y tecnológica en los SU que permitan realizar la clasificación de los pacientes en base a su grado de urgencia, según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.¹¹

Modelos actuales de triage:

- Administrativo.
- Médico ó enfermero, sin unificación de criterios.
- Médico ó enfermero basado en 3 ó 4 niveles de priorización.¹¹

*En Uruguay esta siendo implementado por el Hospital Británico donde lo implementa una licenciada en enfermería y en el centro hospitalario Pereira Rossell donde es aplicado por un medico junto a personal de enfermería.

11) <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>

Evolución histórica del triage moderno:

Hasta que en Australia, la NTS (Nacional Triage Scale) en 1993 evolucionó de una escala de 5 niveles de los 70, el triage se hacía tímidamente y según criterios particulares de cada SU según se hacía en EEUU desde 1964.

La NTS se creó con la necesidad de unificar y normalizar un sistema de triage estructurado único en su entorno.

Está basada en 5 niveles:

- Nivel I: Resucitación
- Nivel II: Emergencia
- Nivel III: Urgente
- Nivel IV: Semi-urgente
- Nivel V: No urgente

En esa época, la CTAS (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale) realiza otra escala en 5 niveles basándose en la NTS, así como el MTS (Manchester Triade Sistem) en 1996. Con posterioridad, el ESI (Emergency Severity Index) se crea en EEUU en referencia a los modelos anteriores.

En Andorra, a partir de la CTAS se crea un modelo propio, el MAT (Modelo Andorrano de Triage), en el que se fundamenta el SET (Sistema Español de Triage) aprobado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) en el 2003.¹¹

Características del triage:

Un buen sistema de triage debe cumplir con estas propiedades:

REPRODUCIBILIDAD + UTILIDAD + VALIDEZ

11) <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>

Tener una buena concordancia Inter-observador. Ser útil para medir el nivel de urgencia.

Tener validez empírica para predecir la gravedad y la evolución de los pacientes

Ser aplicable a cualquier SU.

Ser aplicable a adultos y niños.

Disponer de indicadores de calidad propios de la escala.¹¹

Circuito asistencial del SET (Ver Anexo 5)¹¹

Fundamentos del Sistema Español de Triage:

El Sistema Español de Triage (SET) es la adaptación española del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y aprobado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) en el 2003.

Puede considerarse que es uno de los sistemas de triage más avanzados que existen en el mundo debido a sus características:

El SET es un modelo de triage de Enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento estructural ó profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencia.

Está basado en cinco niveles de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del triage, que permite el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación.

El SET está dotado también de otro programa informático de ayuda a la decisión clínica en el triage (Web e-PAT), evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del triage.¹¹

11) <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>

Objetivos del SET

Identificar rápidamente los pacientes en situación de riesgo vital, mediante una fase inicial de evaluación.

Priorizar en función de la urgencia de la situación clínica del paciente.
Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.

Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el SU.

Determinar cuales son las necesidades de exploraciones diagnósticas preliminares

Iniciar pautas terapéuticas iniciales protocolizadas.

Dar información a los pacientes y a sus familias sobre la asistencia realizada y el tiempo de espera probable.

Disminuir la congestión del SU, mejorando el flujo de pacientes dentro del mismo.

Dar información al SU que ayude a definir el grado de urgencia o gravedad del mismo y su casuística.¹¹

Niveles de prioridad

El SET establece unos tiempos de atención y asistencia predefinidos en función del nivel de urgencia del paciente. Se establecen cinco niveles:

Nivel I RESUCITACIÓN Riesgo vital inmediato.

Nivel II EMERGENCIA Riesgo vital inmediato con inestabilidad fisiológica y/o dolor severo.

Nivel III URGENCIA Riesgo vital potencial que requieren múltiples exploraciones diagnósticas y /o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica y/o dolor moderado.

11) <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>

Nivel IV MENOS URGENCIA Riesgo potencialmente serio y de complejidad significativa, constituyéndose en estándares de los SU hospitalarios y de alta frecuentación en atención primaria.

Nivel V NO URGENCIA Situaciones no urgentes, problemas clínico-administrativos ó problemas clínicos de baja complejidad, constituyéndose en estándares de atención primaria.

Indicadores de calidad del SET (Ver anexo 5)

Identificación de los motivos de consulta

Al ser el SET un sistema de triage estructurado, se requiere que el profesional realice una abstracción del síntoma ó signo guía; es decir, es el que más riesgo de deterioro de la salud del paciente genera durante la espera.

El programa informático de ayuda al triage (Web e-PAT) se presenta con una serie de cuestionarios cerrados mediante protocolos integrados en una categoría sintomática que contemplan múltiples síntomas, signos y situaciones clínicas, actuando según el principio de descartar primero lo más urgente. Se gestionan más rápido los pacientes más urgentes.

El PAT está estructurado de forma que existan vínculos entre distintas categorías sintomáticas, el cual busca siempre que aparezca un dato clínico en el interrogatorio que así se lo indique. Además el PAT incorpora una ayuda continua para cada pregunta, de manera que el profesional sabe en todo momento qué es lo que el PAT entiende respecto a la pregunta en cuestión.

Es fundamental tener en cuenta que la base del SET no son los diagnósticos médicos, sino la asignación del nivel de atención según los síntomas que expresa el paciente y los signos observados por el profesional que hace el triage.

Con la finalidad de disponer de un sistema de clasificación de motivos clínicos estandarizados, como entrada al SET que permita el registro informatizado del motivo de consulta en el triage, se definen:

576 Motivos clínicos de consulta

32 Categorías sintomáticas y 14 subcategorías.¹¹

Esto último fue de gran ayuda para la confección de los formularios de recolección de datos de la investigación, pudiendo lograr una herramienta práctica, fácil de utilizar y fácil de ser aplicada con los usuarios.

Triage En el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas

Desde el 1º de Septiembre de 2005, en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas se instauró el sistema de clasificación por prioridades de acuerdo a las necesidades de los pacientes que llegan a la “puerta”, por sus propios medios o traídos por ambulancias.

Este sistema de clasificación se denomina “Triage o Triage”, que es un galicismo, siendo el vocablo que más se aproxima en castellano “Triar”, y significa “separar”, “escoger”, “entresacar”.

Es un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos, y en los recursos disponibles. O dicho de otra manera: Proceso de valoración clínica preliminar que clasifica a los pacientes según orden de gravedad o urgencia, antes de completar las etapas diagnósticas y terapéuticas en el propio servicio de urgencia.

1. Asegurar la valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a la emergencia, tratando de captar a aquellos que requieren terapéutica de urgencia.

11) <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>

2. Organizar el ingreso de los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos humanos y materiales disponibles en el hospital que lo realiza.
3. Asignar el área adecuada para asistir a cada paciente.
4. Disminuir la ansiedad del paciente y de la familia; explicar al paciente la metodología de asistencia.¹

Procedimiento para realización del triage:

1. Los usuarios son recibidos en la ventanilla de admisión, donde se realiza el registro correspondiente y entrega de formulario para su atención (hoja rosada).
2. El usuario es dirigido al área de clasificación (área de espera) de pacientes donde será atendido en un box asignado (consultorio de triage).
3. En esta área, la responsabilidad de clasificación del paciente esta a cargo de un medico grado 2 o superior del equipo de guardia, acompañado por una licenciada de enfermería estando definidas sus funciones por protocolo.
4. Se realizara el interrogatorio, examen básico, controles vitales del usuario, estableciendo la categoría del mismo para su posterior atención.
5. se registrara en la historia clínica la categoría asignada del paciente la cual definirá la prioridad de atención como su destino dentro de la emergencia.¹

Descripción de la planta física:(Ver Anexo 5)

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares,"Triage como método de selección y clasificación de pacientes", www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf,2005

11) <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>

Responsabilidades del equipo de emergencia que realiza la selección de los pacientes (triage).¹

1. La Técnica en registros médicos es responsable de entregar al triage la historia de emergencia realizada en ventanilla en la recepción del usuario, verificando los datos.
2. Enfermería es responsable de recibir a los usuarios en la sala de espera, garantizando prioridades.
3. El medico realiza examen primario y anamnesia, clasificando usuario según categoría, registrando hora en historia clínica.
4. Enfermería asigna y dirige al usuario al área correspondiente, según a donde es derivado.
5. Si recibe pase a policlínico, el técnico en registros médicos es quien orientara al usuario en los trámites a realizar.
6. Medico y enfermera de triage informan de manera pertinente al personal que reciben al usuario dentro del servicio.
7. Técnico de registros médicos debe mantener información constante sobre flujo de pacientes dentro y fuera del servicio y sala de espera, enfermería colabora reevaluando los mismos.
8. El equipo de atención debe mantener informada a la familia del usuario y su situación.¹

Cobertura del servicio:(Ver anexo 5)¹³

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares,"Triage como método de selección y clasificación de pacientes", www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf,2005

13)http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60

Caracterización general de la población del Servicio de Emergencia del Hospital de

Clínicas “Dr. Manuel Quintela”:

La caracterización de la población es muy heterogénea, consultan desde personas adolescentes, hasta adultos mayores, no siendo dominante ningún sexo.

Como característica de la población se puede decir que los usuarios deben ser mayores de 14 años, los menores de esta edad son derivados al C.H.P.R., pero existe la excepción para que se atiendan en el Hospital de Clínicas, que son las emergencias oftalmológicas que requieren de cirugía, en los menores de dicha edad.

También a grandes rasgos se nos informo que en los turnos, vespertino y noche hay concurrencia de usuarios adolescentes y jóvenes con intoxicaciones alcohólicas y/o por drogas.

Politraumatizados producto de accidentes de tránsito, son otro tipo de usuarios frecuentes en la emergencia.

Otro tipo de usuario característico se ve en sala de cuidados intermedios (CI), que en su mayoría están en el rango de los 50 y 70 años, los cuales son ingresados por descompensaciones fisiopatológicas diversas (cardíacas, respiratorias, renales, metabólicas, etc.).

La procedencia de los usuarios es principalmente de Montevideo y zonas limítrofes, y pueden haber traslados desde el interior.¹³

13) http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60

1) Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares, "Triage como método de selección y clasificación de pacientes", www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf (2005).

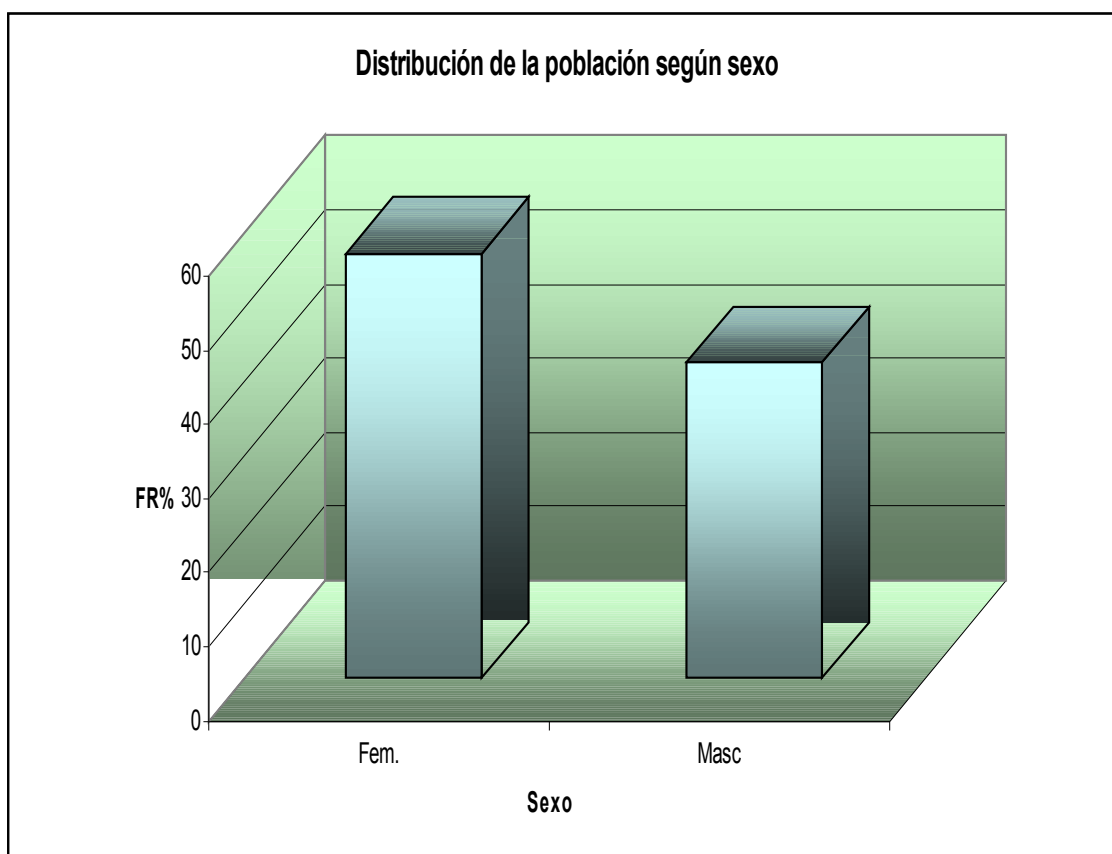
TABLAS Y GRÁFICAS (Análisis univariado)

Tabla y gráfico N°1:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **sexo** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

1) Sexo		FA	FR	FR%
	Fem.	182	0,6	57
	Masc.	135	0,4	43
	Total	317	1	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



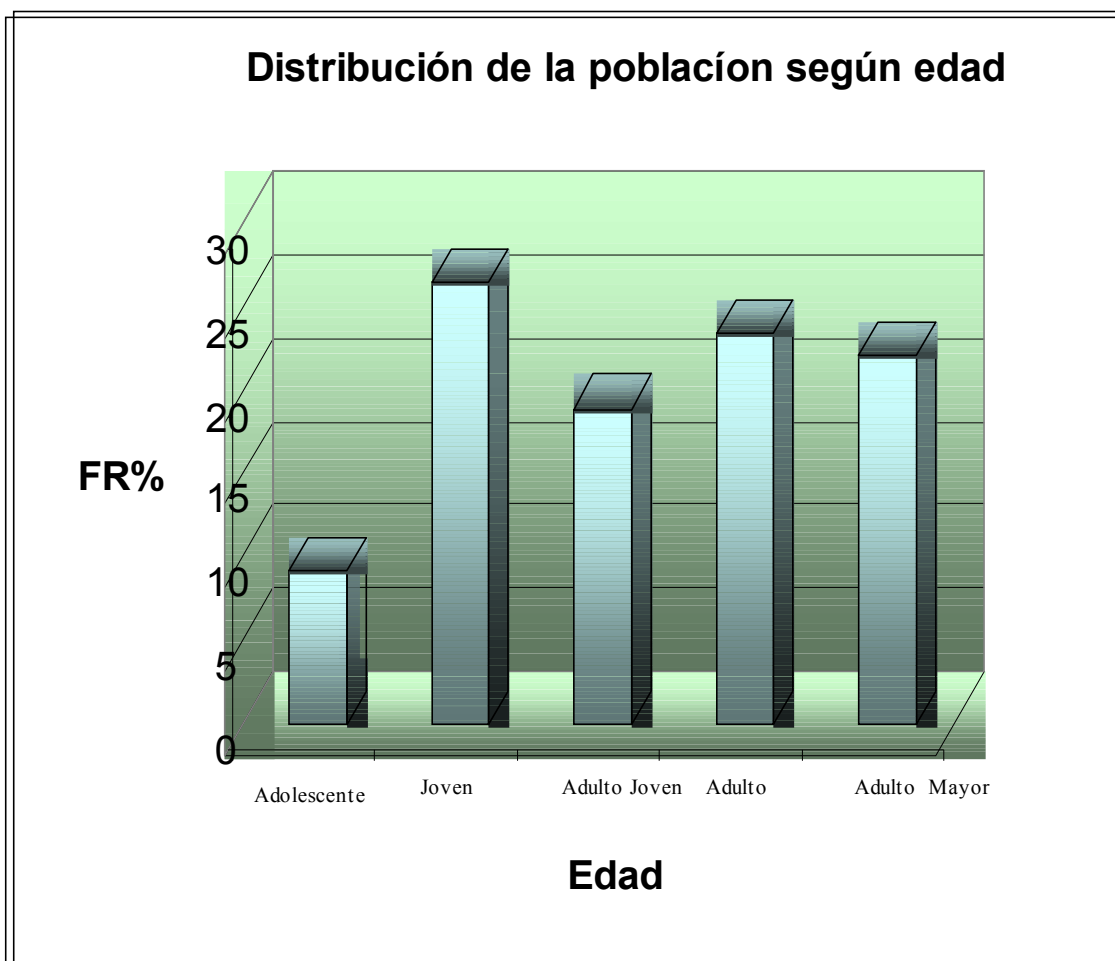
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Tabla y gráfico N°2:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **edad** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

2) Edad		FA	FR	FR%
Adolescente	14-19 años	29	0,09	9
Joven	20-34 años	84	0,26	26
Adulto joven	35-49 años	60	0,19	19
Adulto	50-64 años	74	0,23	23
Adulto mayor	≥65 años	70	0,22	22
	Total	317	1	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



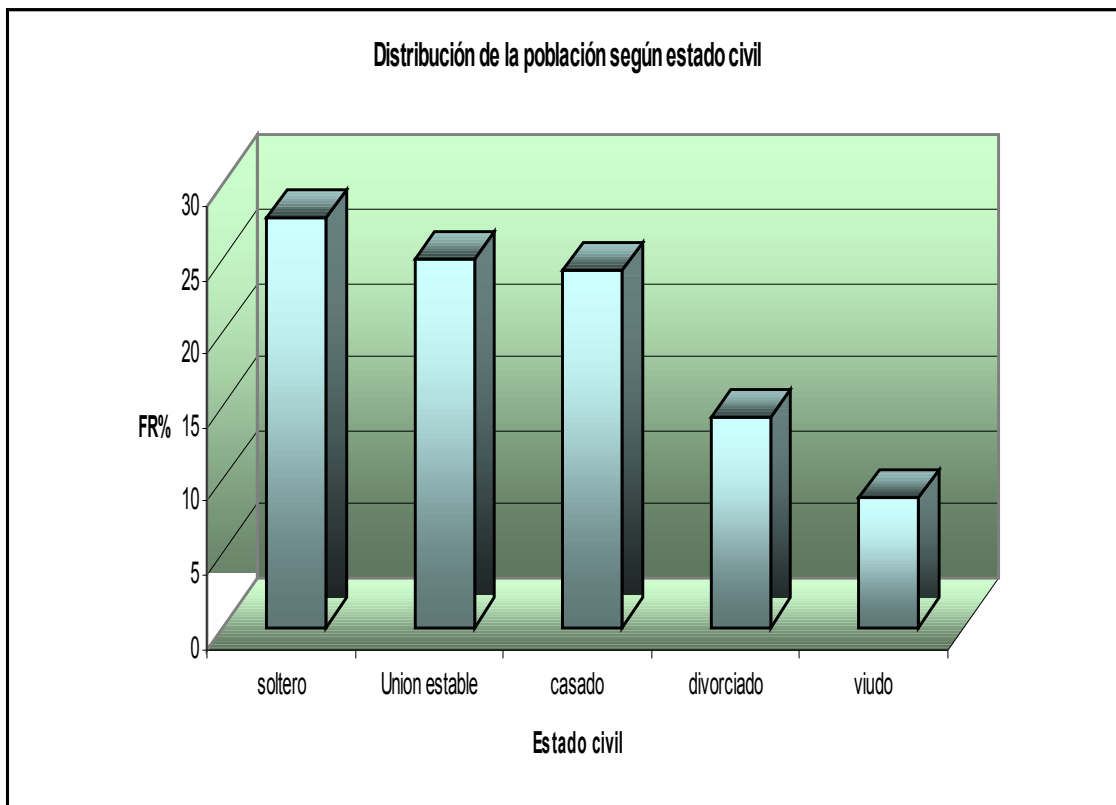
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Tabla y gráfico N°3:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Estado Civil** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

3) Estado civil		FA	FR	FR%
4) Nivel de instrucción	soltero	79	0,25	43
	Unión estable	78	0,24	27
	casada	45	0,14	17
	divorciado	28	0,09	11
	viudo	77	0,24	27
Total		317	1,00	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

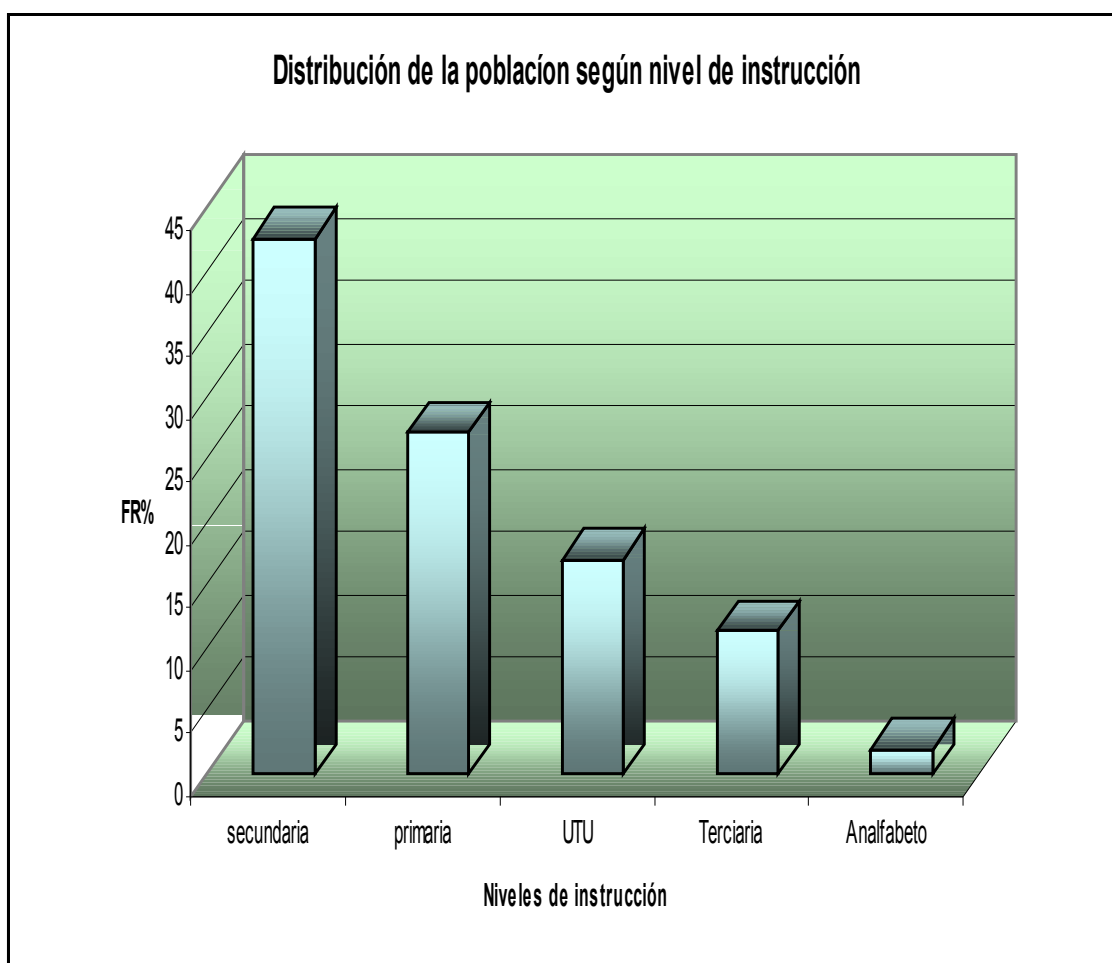


Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Tabla y gráfico N°4:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Nivel de Instrucción** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



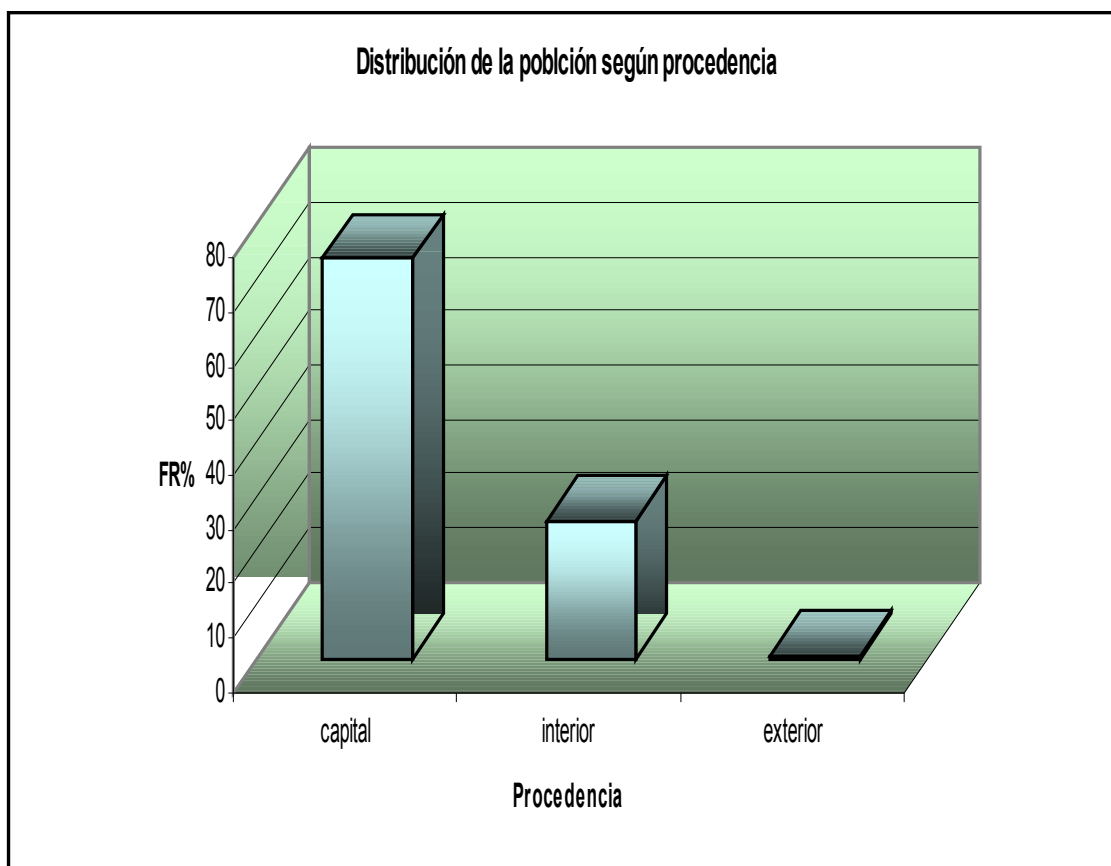
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas

Tabla y gráfico N° 5:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Procedencia** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

5) Procedencia		FA	FR	FR%
	capital	234	0,74	74
	interior	81	0,26	26
	exterior	2	0,01	1
	Total	317	1,00	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas



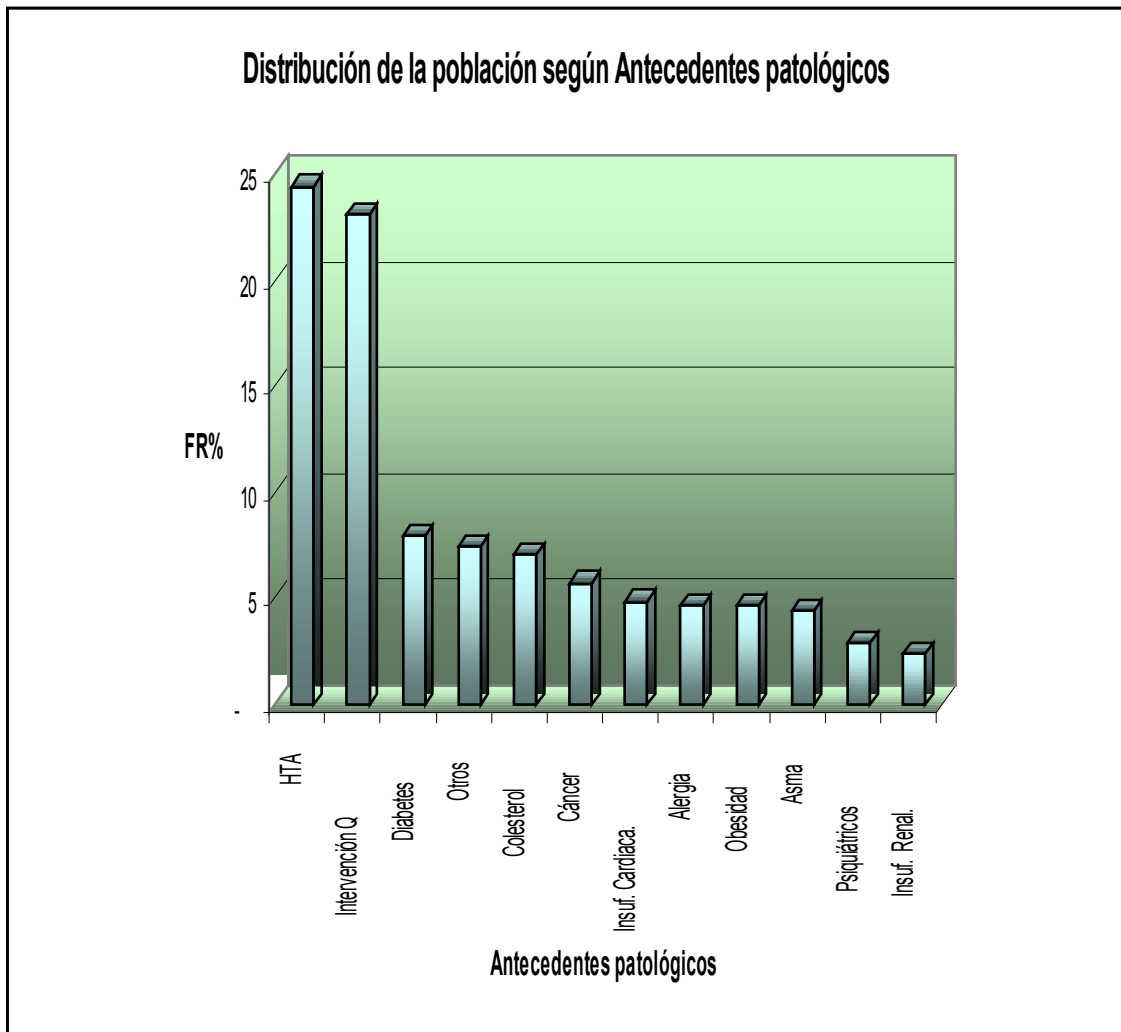
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas

Tabla y gráfico N° 6:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Antecedentes Patológicos** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

6)Antecedentes Patológicos	FA	FR	FR%
HTA	111	0,24	24
Intervención Q	105	0,23	23
Diabetes	36	0,08	8
Otros	34	0,07	7
Colesterol	32	0,07	7
Cáncer	26	0,06	6
Insuf. Cardiaca.	22	0,05	5
Alergia	21	0,05	5
Obesidad	21	0,05	5
Asma	20	0,04	4
Psiquiátricos	13	0,03	3
Insuf. Renal.	11	0,02	2
Epilepsia	2	0,00	0
Total	454	1,00	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas



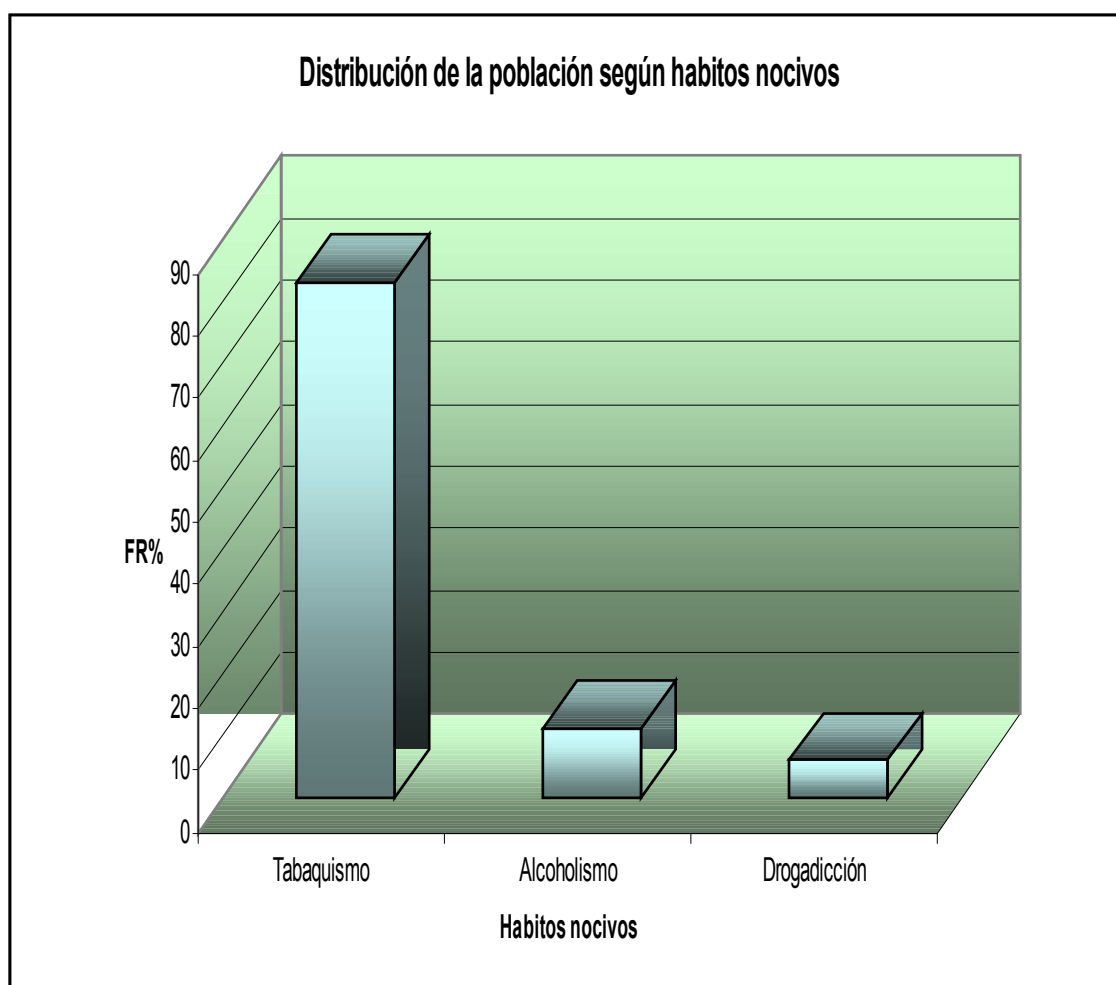
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas

Tabla y gráfico N° 7:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Hábitos nocivos** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

7) Hábitos Nocivos	FA	FR	FR%
Tabaquismo	84	0,83	83
Alcoholismo	11	0,11	11
Drogadicción	6	0,06	6
Total	101	1,00	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas



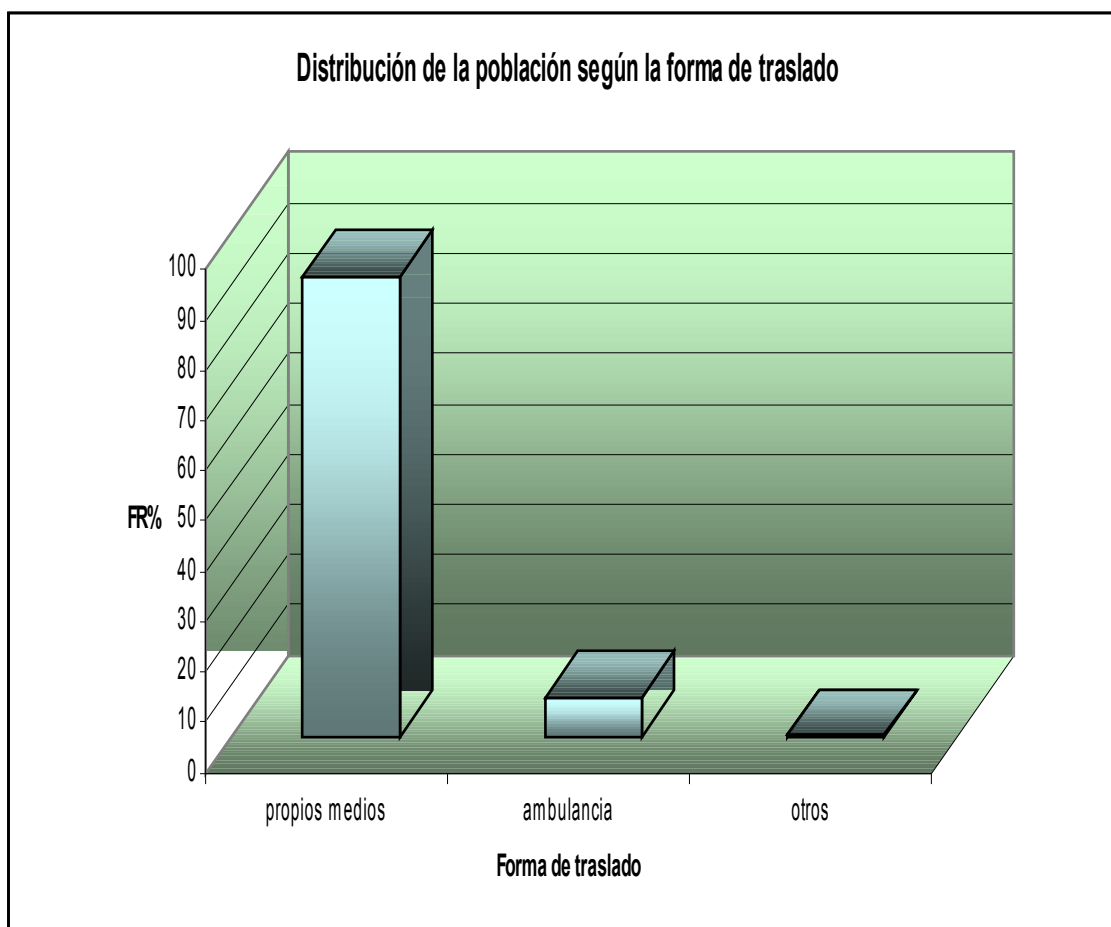
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas

Tabla y gráfico N° 8:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Forma de Traslado** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

8) Forma de traslado	FA	FR	FR%
propios medios	291	0,92	92
ambulancia	25	0,08	8
otros	1	0,00	0
Total	317	1,00	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



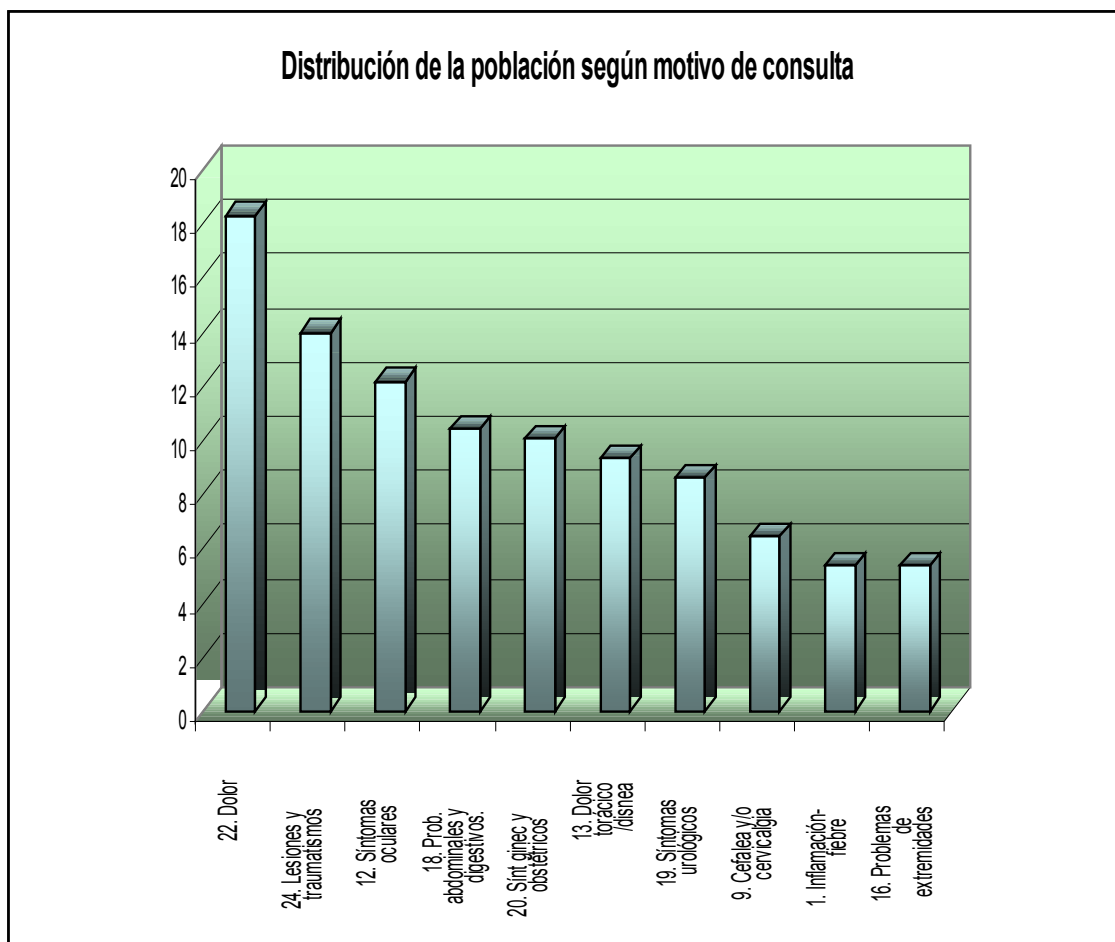
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Tabla y gráfico N°9:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Motivos de Consulta** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

9) Motivo de Consulta	FA	FR	FR%
22. Dolor	51	0,18	18
24. Lesiones y traumatismos	39	0,14	14
12. Síntomas oculares	34	0,12	12
18. Prob. abdominales y digestivos.	29	0,10	10
20. Sínt ginec y obstétricos	28	0,10	10
13. Dolor torácico /disnea	26	0,09	9
19. Síntomas urológicos	24	0,09	9
9. Cefalea y/o cervicalgia	18	0,06	6
1. Inflamación-fiebre	15	0,05	5
16. Problemas de extremidades	15	0,05	5
Total	279	1,00	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



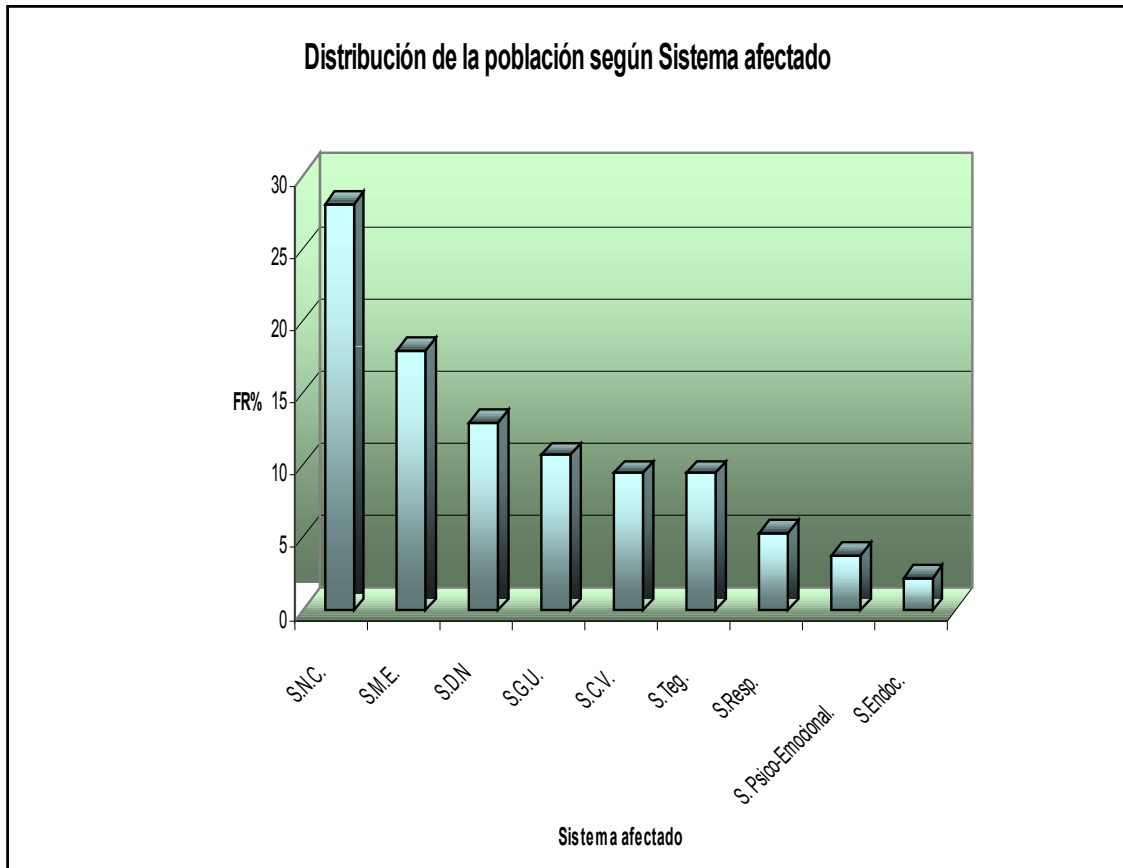
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Tabla y gráfico N°10 :

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Sistema Afectado** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

10) Sistema Afectado	FA	FR	FR%
S.N.C.	89	0,28	28
S.M.E.	57	0,18	18
S.D.N	41	0,13	13
S.G.U.	34	0,11	11
S.C.V.	30	0,09	9
S.Teg.	30	0,09	9
S.Resp.	17	0,05	5
S. Psico-Emocional.	12	0,04	4
S.Endoc.	7	0,02	2
Total	317	1	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



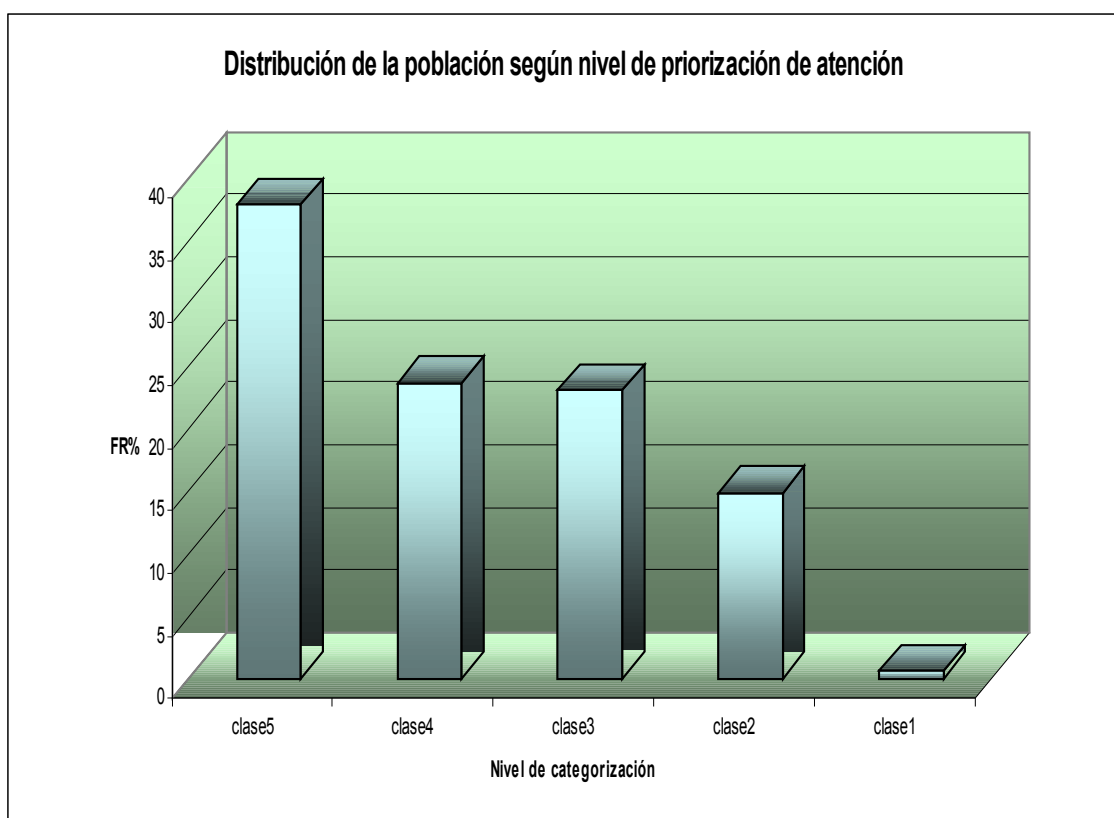
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Tabla y gráfico N°11 :

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Nivel de Priorización de Atención** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

10) Nivel		FA	FR	FR%
Priorización de Atención	clase5	120	0,38	38
	clase4	75	0,24	24
	clase3	73	0,23	23
	clase2	47	0,15	15
	clase1	2	0,01	1
	Total	317	1	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



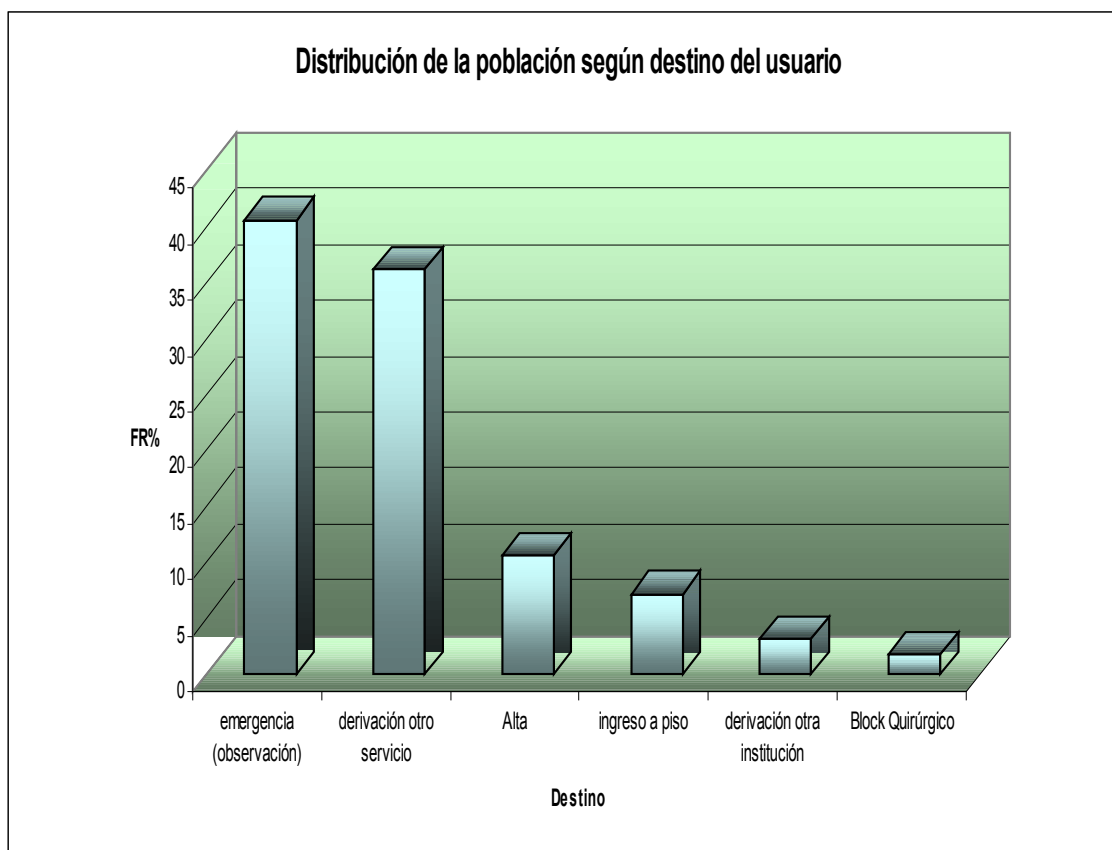
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Tabla y gráfico N°12 :

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Destino** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

11)Destino	FA	FR	FR%
emergencia (observación)	129	0,41	41
derivación otro servicio	115	0,36	36
Alta	34	0,11	11
ingreso a piso	23	0,07	7
derivación otra institución	10	0,03	3
Block Quirúrgico	6	0,02	2
Total	317	1,00	100

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

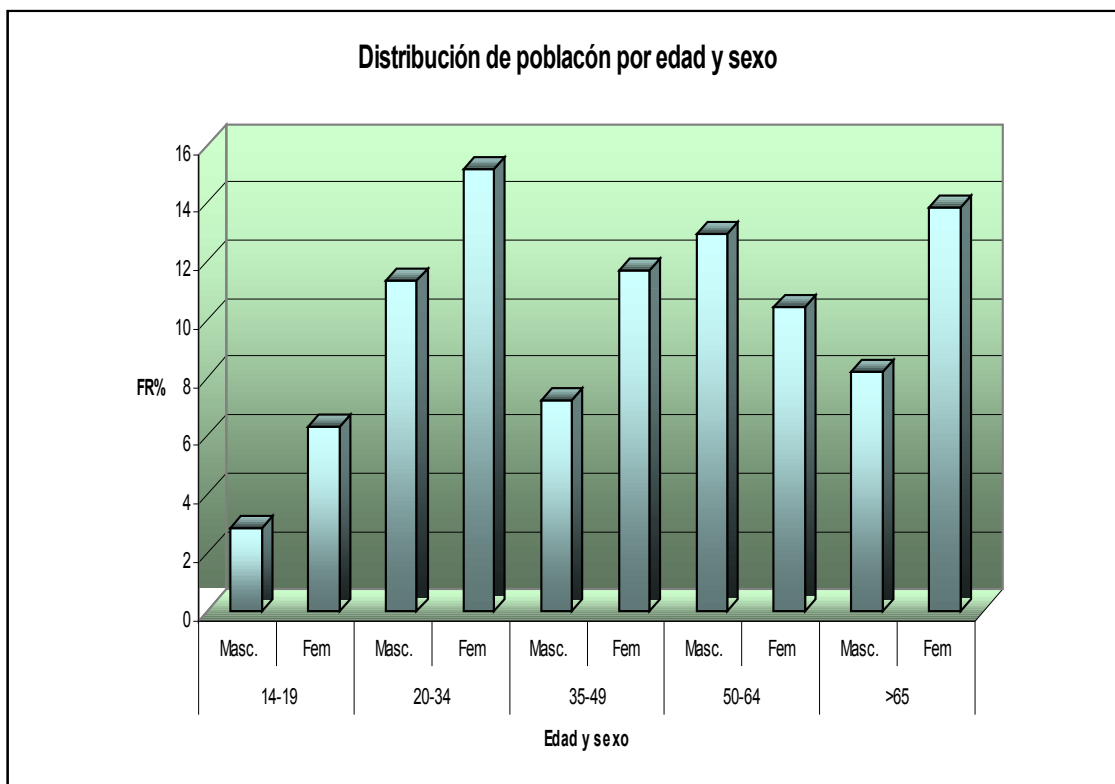
Tablas (de doble entrada) y Gráficos Cruzados (Análisis bivariado)

Tabla y gráfico N°15:

Distribución la variable **Sexo** en relación a la variable **Edad** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Edad											
Sexo	Adolescentes		Jóvenes		Adulto-Joven		Adulto		Adulto Mayor		Total
	14-19 años	FR%	20-34 años	FR%	35-49 años	FR%	50-64 años	FR%	Mayor de 65 años	FR%	
Masculino	9	3	36	11	23	7	41	13	26	8	135 (42%)
Femenino	20	6	48	15	37	12	33	10	44	14	182 (58%)
Total	29	9	84	26	60	19	74	23	70	22	317 (100%)

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas



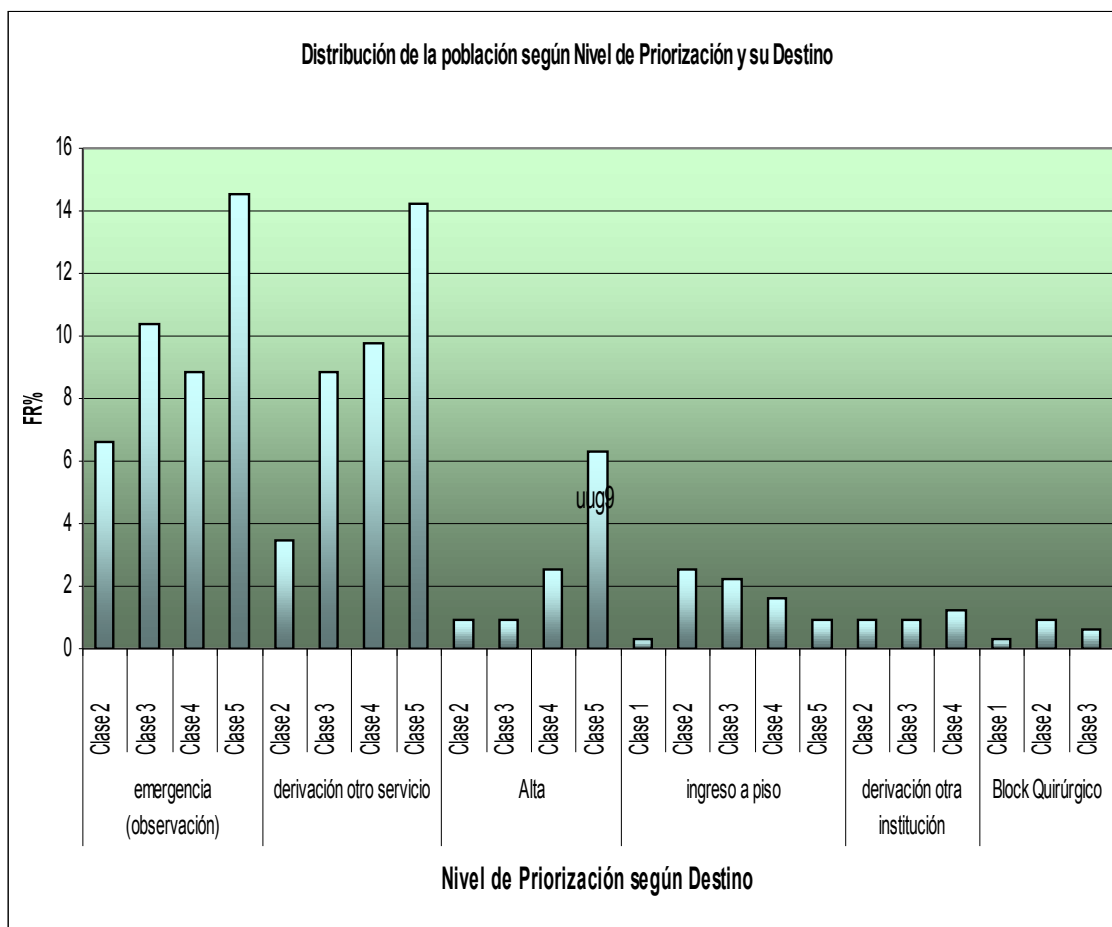
Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Tabla y gráfico N°14:

Distribución de la población en Frecuencia Absoluta, Frecuencia Relativa y Frecuencia Relativa Porcentual según **Nivel de Priorización de Atención** en relación al **Destino** de los usuarios que consultaron al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el periodo comprendido entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

Nivel de priorización.												
Destino		Clase 1 FR%		Clase 2 FR%		Clase 3 FR%		Clase 4 FR%		Clase 5 FR%		Total
Destino	Observación			21	7	33	10	28	9	46	15	128
	Deriv. a otro serv.			11	3	28	9	31	10	45	14	115
	Alta			3	1	3	1	8	3	20	6	34
	Ingreso a piso	1	0	8	3	7	2	5	2	3	1	24
	Deriv. a otra inst.			3	1	3	1	4	1			10
	Block Quirúrgico	1	0	3	1	2	1					6
	Total		2		49	16	76	24	76	24	114	36

Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.



Fuente: datos recolectados de formularios entre el 2 de febrero y el 6 de febrero del 2009, en el horario de 06:00-18:00 horas.

ANALISIS

El relevamiento de datos se realizo en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, a los usuarios que ingresaron a través del triage en los turnos mañana y tarde, en el horario de 06:00 a 18:00, en el periodo comprendido entre el 2 y el 6 de febrero de 2009.

El muestreo no probabilístico accidental abarco el 100% de los usuarios del universo, un total de 317 personas.

De este 100% de la población estudiada, un 57% son usuarias de sexo femenino y un 43% de usuarios de sexo masculino. Esto corresponde con la realidad del país que muestran las estadísticas nacionales, ya que en el Uruguay hay un mayor porcentaje de mujeres (52%) que de hombres (48%).¹⁵

La franja etaria con mayor porcentaje, en un 45%, es de adultos y adultos mayores (sumando la franja entre los 50-64 años y mayores a 65) , esto se corresponde con lo anteriormente dicho sobre las estadísticas y la pirámide poblacional del país, donde la población uruguaya se encuentra envejecida por el bajo índice de natalidad y bajo índice de mortalidad.

El rango que le sigue es de usuarios jóvenes entre los 20 a 34 años; en un 26% y por último el rango de adultos entre los 35 y 49 años con un 19%. El 9% restante pertenece a la franja etárea de adolescentes entre los 14 y 19 años.

Combinando la franja etárea con el sexo de los usuarios por medio del análisis bivariado, se pudo conocer que el 15% de la población son mujeres entre 20 y 35 años,

10) http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60

15) Instituto Nacional de Estadística, www.ine.gub.uy

Seguido de un 14% de mujeres mayores a 65 años, un 13% de hombres entre 50 y 64 años y un 12 % mujeres entre 35 y 49 años.

Estos datos, la edad y el sexo de los usuarios, son importantes para conocer las características de población en general que concurre al servicio de emergencia y poder así prever el tipo de demanda que esta población requiere, como ejemplo: al ser las mujeres de diversas edades es necesario contar con insumos para el área ginecológica, aunque esta no es una variable determinante.

En lo que respecta a su estado civil, el 28% de la población es soltera, seguida por un 25% de uniones estables, 24% casados, 14% divorciados y 9% viudos.

Con estas cifras se puede determinar que el 49% de la población se presenta en hogares constituidos de forma legal o en unión libre, lo que puede reflejar un factor favorecedor de la salud, ya que tendrían apoyo psico-emocional por parte de la familia.

En cuanto a la alfabetización de la población en los usuarios evaluados se observo que presentan un nivel educativo medio- bajo; 11% tiene estudios terciarios, el 43% realizo estudios secundarios de los cuales más de la mitad del mismo relató que no culmino ciclo básico y 17% realizo estudios en la U.T.U, Un 27% de usuarios curso solo estudios primarios, un 2% (6 usuarios) son analfabetos. Este último factor es importante de conocer para el personal que trabaja en el servicio tanto enfermeros como médicos ya que da la pauta del nivel de conocimiento general de los usuarios y así poder adecuar el vinculo enfermero-usuario, pudiendo llevar acabo los cuidados que el usuario requiere y transmitir la información que el mismo necesita con un lenguaje correcto, claro y preciso, adecuándose a la situación educacional del mismo ya que si se utiliza un lenguaje muy técnico puede no ser comprendido o utilizar un lenguaje vulgar puede ofender al usuario.

La procedencia de los usuarios es prioritariamente de Montevideo, aunque este sea un hospital de referencia nacional. El 74% de los usuarios consultados son de la capital mayoritariamente de barrios periféricos, un 26% del interior y un 1% (solo 2 usuarios) extranjeros. Cabe destacar que de los usuarios del interior gran mayoría es proveniente de ciudades de departamentos cercanos a Montevideo (Canelones y San José).

Los Antecedentes Patológicos que mas prevalecen en los usuarios que consultan al Servicio de Emergencia son enfermedades que afectan el Sistema Cardio Vascular como Hipertensión Arterial en un 24%; esto coincide con los datos de la población del país donde se muestra que la primer causa de morbimortalidad nacional son por patologías que afectan dicho sistema. En menor proporción se detectó otros factores como colesterol en un 7% y obesidad en un 5%. Como dato a destacar dentro de los antecedentes, un 23% de usuarios presenta Intervenciones Quirúrgicas anteriores; luego se continúa una serie de enfermedades y afecciones como ser neoplasias, diabetes (en un 8%), que coinciden nuevamente con las patologías prevalentes en la población del país. Se puede también remarcar que hay un alto porcentaje de usuarios que presentó factores de riesgo modificables, un 31% del total de usuarios (100 usuarios); de estos, hábitos nocivos como el tabaquismo en un 83% (de los 100 usuarios) influye negativamente en el proceso salud-enfermedad de los usuarios, ya que este antecedente es un precursor de distintas patologías como diferentes tipos de neoplasias, enfermedades pulmonares y renales, así como también es un factor de riesgo para las patologías cardiovasculares. A éste último se le suma como hábito nocivo un 11% de alcoholismo y un 6% drogadicción. Todos estos datos enmarcan una población que presenta patologías de base diferentes y factores de riesgo negativos, que hacen a una población vulnerable, por lo tanto es una “población de riesgo”, donde la prevención en

salud es fundamental, en todos los niveles de atención pero prioritariamente la del primer nivel de atención en salud.

Los usuarios estudiados concurren al servicio por sus propios medios en un 92% y solo un 8% (25 usuarios) fueron trasladados en ambulancia, esto condiciona a decir que los usuarios que requieren una atención inmediata, por una situación de urgencia o emergencia, son los que se presentan en menor cantidad.

Con respecto a los motivos de consulta encontrados el dolor agudo fue el principal motivo de consulta del servicio de emergencia con un 18% de los usuarios, le sigue las lesiones y traumatismos con un 14% y los síntomas oculares con un 12% (esto se destaca ya que el servicio de emergencia del Hospital de Clínicas posee oftalmólogos de guardia), luego continúan con un 10% las consultas gineco – obstétricas y con el mismo porcentaje se encuentran los problemas abdominales y digestivos.

Haciendo referencia a los sistemas afectados son: el S.N.C. con un 28% del total, relacionado a dolores de origen múltiple, un 18% presenta afecciones a nivel del S.M.E los cuales se relacionan a traumatismos y lesiones; un 13% presenta alteraciones en el S.D.N y un 11% son alteraciones del S. Genito Urinario y Reproductor (tanto masculino como femenino).

Con respecto a los Niveles de Priorización y Clasificación de triage se observa que un 38% de los usuarios son Clase 5, o sea, no consultaron por urgencias, ya que se referían a problemas clínicos de baja complejidad o administrativos (inadecuada orientación al usuario desde otro servicio), lo cual es una cifra muy elevada para un servicio de especialidad, el cual, en teoría, no debería recibir estos casos para evitar el congestionamiento del mismo. Luego se encuentran los usuarios Clase 4 en un 24% cuyo tiempo de espera puede ser entre 1 y 2 horas, en su mayoría, son usuarios crónicos de policlínica que son enviados desde las mismas. Los que corresponden a la Clases 3,

o sea urgencias que deben ser atendidas en los primeros 30 minutos de llegada, fueron el 23% del total. Los Usuarios que se encuentran dentro de la Clase 2 fueron el 15%, las cuales son emergencias y se debe actuar en minutos, estos son cuadros severos, (dolor torácico, dolor ocular, politraumatizado, diabetes descompensada, dolor grave). Y por ultimo se ubico solo el 1% dentro de la clase 1, dado por un usuario que padeció un infarto agudo de miocardio, el cual precisa reanimación cardio-pulmonar al instante.

En cuanto a los destinos de los usuarios que pasan por el triage se puede decir que es otra variable interesante de analizar, ya que no solo nos habla de los usuarios, sino de la dinámica de trabajo del servicio; Por ejemplo: el 41% de los usuarios pasan a ser observados en el servicio causando una saturación del mismo si los usuarios no son resueltos de manera rápida y eficaz, debido a que de este 41%, solo ingresó a la institución un 9%.

Observando el análisis bivariado (Tabla y grafica N°14) de Nivel de Clasificación de Triage y destino del usuario, queda claramente demostrado que del 41% que ingresa a observación, un 15% es Clase 5. Del 36% que son derivados a otros servicios un 15% corresponden a Clase 5, un 11% se les da de alta en el triage, y otro 3% es enviado a otra institución, esto nos da a entender que un 50% de los usuarios fueron consultas banales, o sea que no requerían la atención propiamente de un servicio de emergencia y urgencia, sino que necesitaban ser orientados y derivados al servicio correcto dentro o fuera de la institución.

CONCLUSION

El grupo considera que a través de este estudio se elaboró un trabajo de caracterización de población, consiguiendo conocer el perfil de los usuarios que ingresan al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, donde se aplico estándares internacionales de clasificación y caracterización de usuarios.

Como futuros Licenciados en Enfermería que desarrollaran su labor en diversos servicios de salud, este tipo de investigación impone una piedra fundamental para la gestión de los mismos.

A través de la bibliografía se pudo elaborar un marco teórico enfocado a los servicios de emergencia y sistemas de triage, abarcando información acerca del funcionamiento optimo y estructura que tiene un “triage”.

Se conoció el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, sus comienzos, su historia, y la aplicación del sistema de Triage en la actualidad, pudiendo comparar esta dinámica del trabajo diario con un referente como ser el SET, tratando de adecuar a la realidad del país.

Con esta investigación se detalló el perfil de los usuarios que concurren al servicio, conocer sus motivos de consulta, sus demandas, sus características, como también como son clasificados y priorizada su atención, a donde son derivados y resueltos.

Se consiguió aplicar un instrumento de recolección de datos basado en los registros que se utilizan en el SET, el cual permitió estandarizar y clasificar características importantes de la población estudiada como su motivo de consulta, y Nivel de Priorización.

El análisis bivariado y univariado de las variables cualitativas nominales dado por las tablas y graficas mostró datos representativos, la población es mayoritariamente femenina, donde la edad predominante son los adultos y adultos mayores y los usuarios que más consultan son las mujeres jóvenes.

Se observo que la mayoría de la población es soltera, por lo general con estudios secundarios cursados; un gran porcentaje de los usuarios proceden de Montevideo, estos usuarios presentan como Antecedentes Patológicos más comunes la Hipertensión Arterial, intervenciones quirúrgicas, y Hábitos nocivos como el tabaquismo. Los motivos de consulta mas frecuentes fueron el dolor y las lesiones o traumatismos, cuyo sistema mas afectado fue el S.N.C. seguido del S.M.E. Un dato primordial fue un numero importante de usuarios son clasificados dentro de la clase 5 en el triage, y un mayor porcentaje de los usuarios queda en observación y una pequeña fracción de ellos ingresa al hospital de manera directa.

Los datos reflejan que la mayoría de usuarios integran la clase 5, los cuales son problemas de baja complejidad, pero un porcentaje importante de estos usuarios, son ingresados para observación. Esto hace que el servicio se sobrecargue, dificultando el funcionamiento del triage, aumentando los tiempos de espera y disminuyendo la calidad de atención. Produciendo una demora en cada escalón del “sistema de procesador” del proceso asistencial de los usuarios (entrada-proceso- salida).

Todo lo antes mencionado lleva a una inadecuada utilización de los recursos materiales y financieros, lo que desemboca en una inadecuada distribución de los recursos humanos y afectando el tiempo y rendimiento de productividad, afectando la calidad de atención al usuario y el nivel asistencial del personal.

Se debe hacer referencia, que en un principio, esta investigación también sería destinado a analizar el recurso humano de enfermería en el triage del servicio, pero en los 5 días de recolección de datos, no se constato personal específico de enfermería para este sector del servicio. Esto se debe a la falta de personal, el cual debe cubrir los sectores de internación, dejando la gestión del triage al personal medico.

El trabajo investigativo deja datos e información importantes, los cuales son aplicables tanto para la administración y gestión del servicio, el cual puede enfocarse en algunos de ellos y de este modo poder trabajar en conjunto con otro niveles de atención presentes en policlínicas, otras instituciones o servicios de salud, coordinando, derivando o asistiendo de forma inmediata al usuario que consulta al servicio de emergencia, conociendo previamente las características de la población que asiste.

El estudio elaborado por el grupo es un acercamiento primario a uno de los grandes pilares a explotar en la enfermería profesional, “la investigación científica”, que forman junto a la asistencia y la docencia la triada formadora del Licenciado en Enfermería, dejando un precedente para futuras investigaciones de este tipo en el mismo u otros servicios.

SUGERENCIAS

Al ir Finalizando el trabajo de investigación, y luego de haber analizado todos los datos obtenidos, el grupo plantea algunas sugerencias a tener en cuenta por parte del servicio. Se espera que la investigación pueda contribuir a dinamizar el modo de trabajo de la emergencia y conocer el tipo de usuario que se asiste.

Seria bueno que el servicio pueda continuar con este tipos de estudios, ya que dicha población es cambiante a lo largo del tiempo, y se modifican no solo sus características patronímicas, si no también sus necesidades, intereses y problemas, aumentando o disminuyendo la demanda.

Una de las sugerencias más relevantes que el grupo considera es la importancia de la presencia de *un Licenciado en Enfermería* para el sector del Triage dentro de la emergencia del Hospital de Clínicas, que pueda trabajar interdisciplinariamente con el resto del equipo de salud, para conocer de manera mas efectiva a los usuarios.

Dicho Licenciado en Enfermería deberá estar capacitado para clasificar y priorizar por medio de la Consulta de Enfermería a los usuarios que llegan al servicio. Cabe mencionar que logrando un adecuado tamizaje de los usuarios que utilizan el servicio se mejorara la asistencia de quien necesite realmente la consulta en emergencia.

Otro punto a destacar es la elaboración de un *instrumento de valoración de enfermería estandarizado*, que permita ser aplicado en la consulta con el usuario en la que dicha herramienta permita clasificar de manera protocolizada y con un mismo criterio.

Se propone la *capacitación del personal de salud* dentro del sistema de triage para optimizar la dinámica del sector, mejorando la actividad diaria y así colaborar en la

rápida resolución de problemas, para llegar a una adecuada gestión dentro de la institución.

En relación a los datos obtenidos se observo que la población presenta un porcentaje elevado de usuarios con patologías previas de base como ser la Hipertensión Arterial y diabetes, enfermedades crónicas y además dentro de los hábitos nocivos un porcentaje significativo de usuarios Tabaquistas. Estos usuarios tendrían que ser captados por enfermería, y a través de la educación en salud fomentar el autocuidado. Además luego de ser captados se tendrían que poder derivarlos adecuadamente; óseas retirarse de la emergencia con día y hora para una consulta al especialista que corresponda dentro de la red de policlínicas que existe en nuestro país, para una adecuada resolución y seguimiento de sus problemas. De esta manera enfermería no estaría solo para “Cuidar” sino que brindaría una adecuada promoción en salud y prevención de la enfermedad dentro del servicio.

NORMAS ÉTICAS:

Para realizar la investigación se pidió autorización por medio de una carta escrita y entrevista personal con la directora de División Enfermería del Hospital de Clínicas. y a la Directora Departamento de Educación del Hospital, así como también a la jefa del sector , y a los coordinadores médicos del servicio.

A su vez todos los usuarios partícipes del estudio fueron informados que formarían parte del mismo.

Del mismo modo el personal del servicio se le informo acerca del estudio⁵.

5) Pineda E.B., de Alvarado E.L., de Canales F:H: Metodología de la Investigación. 2º edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EEUU, 1994.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la Docente asignada como tutora Lic. En Enf. Rosa Vellozo, quien nos acompaño en la investigación, y nos apporto grandes conocimientos en el área de Enfermería en Emergencia, y además agradecer a su gran paciencia.

A la Jefe del Sector Lic. Enf. Susana Lacuesta, la cual nos recibió de manera cordial desde el primer momento y nos brindo apoyo antes durante y después del estudio, y a la gran disposición a la colaboración del personal, especialmente por parte de enfermería hacia el grupo estudiantil.

Agradecemos también a lo Médicos Jefes Coordinadores del Sector Prof. Dr. Augusto Müller y Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares que nos dan la oportunidad de brindarles un aporte científico desde la enfermería, el cual en la actualidad no esta muy desarrollada.

También agradecemos la colaboración a los profesores Dra. Rosa Espinas, y Dr. Jorge Venegas.

Y por ultimo, agradecer a la familia, amigos, por brindarnos su apoyo incondicional.

BIBLIOGRAFÍA

- Balderas Pedrero M. Administración de los Servicios de Enfermería. 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2000.
- Fernández B, Morillo J, Duque del Río M. Material didáctico de apoyo para profesionales sanitarios: Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.) Madrid: Meléndez Valdés; 2004.
- Ketzoian C. Estadística Medica: Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación medica. Montevideo: Oficina del libro FEFMUR; 2004.
- Lambe S, Washington DL, Fink A. Trends in the use and capacity of California's emergency departments. 1990-1999. Ann Emerg Med. 2002;39 : 389-396.
- Pardell H. Manual de Bioestadística, Barcelona: Masson; 1986.
- Pineda E. de Alvarado E, de Canales F. Metodología de la Investigación. 2º edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
- Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud, 6ª ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 2000.
- Schull M, Slaughter P, Redelmeier D. Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions. Can J Emerg Med. 2002;4:76-83.
- Tamayo y Tamayo M. Metodología formal de la investigación científica. Mexico: Limusa; 1990.

ARTICULOS DE REVISTAS:

- Icart Mª, Caja C, Protocolo de investigación, revista Rol de Enfermería Nº. 152, Pág. 11-16, Barcelona, España, 1991.

- Resendiz J, Montiel M, Limona R, Triage en el servicio de urgencias, Medicina Interna de México Volumen 22, Núm. 4, julio-agosto, 2006.

PAGINAS WEB:

- 1) Liñares N, Triage como método de selección y clasificación de pacientes, Montevideo, Uruguay,2005, www.emergencia.hc.edu.uy/download/Triage.pdf.
- 3) American College of Emergency Physicians, Crowding Resources Task Force, EE.UU. 2002, <http://www.acep.org>.
- 8) Programa de Ayuda de Triage, Clasificación de motivos de consulta en el e-PAT V 3.0, , España, 2004, <http://www.mebe.org/01/TriaED.htm>.
- 10) Organización Mundial de la Salud, Grupos de edades, 2006, www.who.int/es.
- 11) Instituto Nacional de Estadística, Sociodemográficos, Estadísticas Vitales, Uruguay, 2006, www.ine.gub.uy.
- 13) Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Historia, Misión, Visión, Montevideo: Facultad de Medicina; 2006. http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60.
- 16) Diccionario de la Real Academia Española, Definición de: Perfil, Peculiaridad, Peculiar, Característica; Vigésima segunda Edición, España, 2001, www.rae.es.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:	
Hora:	

1)Sexo	Fem.		2)Edad	Adolescentes 14-19		3)Estado civil	soltero
	masc			Jovenes20-34			concubinato
				Adulto Jovesnes 35-49			casado
				Adulto 50-64			viudo
				MAYOR 65			divorciado

4)Nivel de Instrucción	1ª		5)Procedencia	interior		6)Antecedentes	HTA	
	2ª			capital			patologicos	Diabetes
	utu			exterior				Colesterol
	3ª			intra hospitalaria				Asma
	ninguno			otra institución				Alergia
						Epilepsia		
						Insuficiencia Renal.		

7) Habitos nocivos	Tabaquismo		8)Forma de traslado	propios medios			Insuficiencia. Cardiac.
	Alcoholismo			ambulancia			Cáncer
	Drogadicción			policía			Psiquiátricos
	otros			otros			Intervención Quirúrgica.
							Obesidad

9)Motivo de		1		23
--------------------	--	---	--	----

--	--

Consulta	2		24					
	3		25					
	4		26	11)nivel de	clase1	clase2	clase3	clase5
	5		27	categorización	1	1	1	1
	6		28		2	2	2	
	7		29		3	3	3	
	8		30		4	4	4	
	9		31		5	5	5	
	10		1			6	6	
	11		2			7	7	
	12		3			8	8	
	13		4			9	9	
	14		5			10	10	
	15		6			11	11	
	16		7			12		
	17		8			13		
	18		9			14		
	19		10			15		
	20		12					
	21		32	12)Destino	ingreso a piso			
	22	a			emergencia (observación)			
		b			Block Quirúrgico			
10)Sistema	S.N.C.				derivación otro servicio			
Afectado	S.C.V.				derivación otra institución			
	S.Resp.				fallecimiento			
	S. Psico-Emocional.							
	S.N.U.							
	S.G.U.							
	S.Teg.							
	S.M.E.							

ANEXO 2

Entrevista a la Licenciada en Enfermería Jefe del Sector (Lic. Enf. Jefe Susana

Lacuesta)

1) ¿Conocen de manera concreta el perfil de los usuarios que se atienden?

“Si, se ha tratado estudiar sobre ello, en su mayoría son consultas por urgencias personales, a las que el hospital no da respuesta para resolverlos en policlínicas a corto plazo y utilizan la emergencia para atenderse mas pronto. La mayoría de las consultas son por patologías medicas poco complejas y comunes, los usuarios graves son muy pocos. Desde el punto de vista socio económico no son de un nivel muy bajo, en otra época había gente más necesitada. Son usuarios que vienen porque no tienen otra asistencia, que cada vez son los menos.”

2) ¿Qué utilidad les daría conocer las características de los mismos?

“Y para todo, desde el promedio personal que se va a requerir en cada turno, hasta el pedido de material que el servicio demandara cada semana, en una infinidad de aspectos sirve esta información.”

3) ¿Qué importancia tiene para enfermería el Triage del servicio?

“Y tendría que ser mucha, allí estaría el personal mas entrenado en el área, que conozca la dinámica del hospital, ya que en el tiraje, uno puede orientar al usuario, además de descartar patologías que realmente necesitan atención urgente y cuales pueden esperar. El personal de enfermería puede servir de nexo de orientación para el usuario en los diferentes servicios de atención hospitalaria, así este no utilice la emergencia para solo atenderse rápido y si haga uso de los distintos canales que tiene el hospital .

4) ¿Cuál es el número total de personal en los distintos turnos?

“ En la mañana y tarde trata de cubrirse con 4 o 5 auxiliares de enfermería y 2 licenciadas, en el vespertino y noche este personal se reduce llegando a ser 3 auxiliares de enfermería y 1 licenciada”

5) ¿Qué personal de enfermería trabaja en el Triage, en los distintos turnos?

“Lo ideal es que en el tiraje hubiera una licenciada, como no hay, estaría el auxiliar de enfermería mas entrenado, el cual estuviera los 4 turnos las 24hs, esta área tendría que estar cubierta siempre ya que es otro sector como los Boxes, la reanimación o el cuidado intermedio del servicio. Pero en si, no hay personal fijo asignado a esta área, acude el que este disponible a tomar controles de signos vitales con el medico que recibe a los usuarios.

6) ¿Cuánto tiempo de RRHH se le dedica?

“El que se requiera, por lo general el que se utiliza para tomar los controles y preguntar datos patronímicos.”

7) ¿Cuantos usuarios en el día pasan por el Triage?

“Aproximadamente unos 150, 200 usuarios, que en esta época del año disminuye dicha cantidad.”

8) ¿Se realiza de manera protocolizada la categorización de los Usuarios?

“Los médicos son los que tienen protocolizada la clasificación en 5 niveles de priorización.”

9) ¿Enfermería como actúa en el Triage?

“Recibe al usuario, ve el motivo de consulta, realiza los controles de signos vitales, lo orienta al usuario en base a lo que le diga, y hace que espere la consulta con el medico”.

10) ¿Qué instrumento de recolección de datos utiliza?

“La hoja rosada, la cual es la historia clínica dentro del servicio”

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN

Para realizar la investigación se pidió autorización por medio de una carta escrita y entrevista personal con la directora de División Enfermería del Hospital de Clínicas Mg. Lic. Enf. Miriam Costabel y a la Directora Departamento de Educación del Hospital Lic. Enf. Miriam Gorrasi, así como también a la jefa del sector Lic. en Enf. Susana Lacuesta, y a los coordinadores médicos del servicio Prof. Dr. Augusto Müller y Prof. Agdo. Dr. Norberto Liñares.

ANEXO 4

Breve reseña histórica del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”:

En 1887 Pedro Visca, fundador de la Clínica Médica en Uruguay y entonces Decano de la Facultad de Medicina, plantea la necesidad de crear un Hospital de Clínicas, un hospital exclusivamente universitario. Dos años después en 1889, el Dr. Elías Regules, nuevamente hace mención a la necesidad de un hospital donde se pudiera realizar concretamente la docencia clínica.

En 1910 el parlamento solicitó a la Facultad de Medicina opinión sobre el proyecto de un nuevo hospital. Fue el Dr. Manuel Quintela, decano en dos periodos, quien tomó la iniciativa de propulsar la creación de un Hospital de Clínicas para la Facultad.

El 14 de octubre de 1926 se aprobó la ley de creación del Hospital de Clínicas, y al mismo tiempo se nombraba la Comisión Honoraria encargada de su construcción. Quintela presidirá esta Comisión hasta el 17 de diciembre de 1928, fecha de su fallecimiento sorpresivo.

En 1929, se designa como Hospital de Clínicas Dr. “Manuel Quintela” al hospital que construiría la Facultad. Ese mismo año se seleccionó por concurso el proyecto del Arq. Carlos Surraco, quien es designado director de la obra hasta su finalización.

El 24 de diciembre de 1930 se colocó la piedra fundamental del futuro Hospital de Clínicas.

La construcción del Hospital de Clínicas llevó 22 años.

Durante el tiempo que llevó su construcción, hubo un ardoroso litigio entre la Universidad y el Poder Ejecutivo (MSP), sobre cual sería su dependencia, como se tendría el personal necesario para su funcionamiento, cual sería su organización y administración. Las situaciones que se plantearon para resolver a quién pertenecería el Clínicas, fueron de tal magnitud que trascendieron a la calle y a la opinión pública.

Luego de intensas movilizaciones estudiantiles, el 27 de junio de 1950, se aprueba la ley que entrega el Hospital de Clínicas a la Facultad de Medicina.

Una vez finalizada la estructura, fueron ingresando otros servicios preparando la asistencia de pacientes. Las secciones de Sala de Máquinas, Mantenimiento y Calderas, funcionaron desde 1952 y en ese año se incorpora el primer servicio médico al hospital universitario: la Central de Sangre y Plasma, que pasó a denominarse Servicio de Transfusión en 1953 cuando ingresaron los primeros pacientes.

La fecha de ingreso de los primeros pacientes, el 21 de setiembre de 1953, es considerada la inauguración del Hospital de Clínicas. Ese día se habilitaron 50 camas en el Piso 8 para la Clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel.

El primer internado (Nº de Registro 000.001) fue el Sr. Radamés Piendibene (sobrino del famoso futbolista).

Hospital universitario:

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un Hospital Universitario. La esencia de Hospital Universitario se funda en el papel que le brinda el constituir un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, en el marco del quehacer de la Universidad de la República. Un Hospital Universitario que forma parte de esta Universidad compartiendo sus bases filosóficas y jurídicas, donde se genera y practica un modelo de atención que puede constituir una referencia para el conjunto del sistema de salud.

El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la Facultad de Medicina, cogobernado por los cuatro órdenes que integran el demos universitario se clasifica como de tipo general y de alta complejidad, para adultos con patologías agudas, de referencia en la red de servicios. Su caracterización como importante efector de servicios de atención a la salud y como organización altamente compleja, lo convierte en uno de los ámbitos privilegiados para las actividades docentes e investigativas de los servicios universitarios, tanto del área de la salud como del total de la Universidad.

Misión

Brindar atención a la salud de las personas, de calidad, con profundo respeto y compromiso hacia ellas; a través de la cual, el Hospital deviene ámbito formador de recursos humanos y de generación de conocimientos, contribuyendo al desarrollo del nivel de salud de la población, optimizando la utilización de los recursos que a tales fines le son confiados.

Perfil

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" es un Hospital Universitario. La esencia de Hospital Universitario se funda en el papel que le brinda el constituir un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, en el marco del quehacer de la Universidad de la República.

El Hospital funcionará como un hospital general, de adultos y para episodios con breve período de estadía, de alta complejidad y de referencia nacional en lo que competa.

El Hospital estará inserto en la Red de Servicios de Salud y estará abierto a la comunidad en el sentido de brindar atención a las personas independientemente de su condición social, coadyuvando a la superación de la segmentación de la asistencia expresada en la dicotomía público-privado y contribuyendo a la elevación de la calidad de los efectores públicos y a la mejoría de la equidad y la eficiencia social del sistema de salud nacional.

El espectro de usuarios estará constituido, de acuerdo a las definiciones operativas acordadas y convenidas:

Por un sector determinado de la población beneficiaria de ASSE;

Por poblaciones beneficiarias de sistemas grupales de salud, como el de los funcionarios de la Universidad de la República y eventualmente otros que opten por recibir atención en el Hospital Universitario;

Por la población beneficiaria de ASSE de todo el país, para aquello en lo cual el Hospital es referencia;

Aquella población que con cualquier tipo de cobertura en salud opte por los servicios de medicina altamente especializada del Hospital;

Aquella población de otros servicios de salud que demanden determinada asistencia o servicio en el Hospital Universitario;

Aquella población que teniendo otra cobertura en salud, opte privadamente por atenderse en el Hospital Universitario, abonándose los servicios correspondientes (desde consultas puntuales hasta la asistencia quirúrgica, por ej.)

A los efectos de profundizar la inserción en la Red de Servicios Asistenciales a nivel nacional, se promoverá una efectiva coordinación con los otros efectores del sistema, que permita evitar la duplicación de servicios, apuntando a la optimización de los recursos y a la articulación del Hospital con servicios de diferente nivel de complejidad. En tanto Hospital Universitario es un ámbito natural de formación de técnicos y profesionales, especialmente de los sectores directamente vinculados a la salud, lo que se refleja especialmente en el modelo asistencial y el programa académico previstos, que persiguen siempre el beneficio de los usuarios mediante una atención integral e integrada adecuadamente a las funciones académicas.

Docencia:

El hospital universitario es el centro formador de recursos humanos para la salud más importante del país. En él adquieren conocimientos, tanto teóricos como prácticos, alumnos de pregrado y de posgrado de varias facultades y escuelas.

Estudiantes:

Anualmente realizan cursos en el Hospital de Clínicas una importante cantidad de estudiantes de nivel técnico, y universitarios. Según los datos suman algo más de 10.000 los alumnos regulares pertenecientes a la Facultad de Medicina, Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Escuela de Nutrición, Escuela de Graduados, Educación Médica Continua y Facultad de Enfermería.

Objetivos del Hospital de Clínicas:

- Prestar atención medica a los pacientes internados en el Hospital, en consultas externas y domicilio, organizando el funcionamiento para facilitar la docencia.
- Hacer efectiva la educación a estudiantes de medicina, médicos graduados para especialidades, estudiantes y egresados de profesiones afines con la medicina.
- Contribuir a la prevención de enfermedades y promover la salud.
- Prestar educación sanitaria general.
- Promover y contribuir al desarrollo y la investigación científica.

ANEXO 5

Circuito asistencial de Triage:

Perfil del usuario que concurre al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". 82

Comienza con la llegada del usuario al SU, bien por sus propios medios ó por traslado de una ambulancia de otro centro sanitario ó del exterior.

A continuación, si viene de forma autónoma, comunica él mismo ó algún acompañante, sus datos personales a Admisión de Urgencias, y pasa a la sala de espera de triage acompañado hasta que es llamado por el DUE.

Si viene en ambulancia, será el personal de la misma el que dé los datos a Admisión, para su registro en el SU.

Posteriormente, el DUE realiza el triage siguiendo los pasos descritos a continuación:

- 1) Adhiere la pegatina con los datos personales del usuario.
- 2) Llama al mismo, ó acude a él si está en una camilla ó carrito.
- 3) Mediante una breve entrevista se identifica el motivo de consulta, se anotan las constantes vitales necesarias y algún antecedente de interés (alergias, medicación importante, etc.).
- 4) Asigna el nivel de priorización establecido (del I al V).
- 5) Anota las pruebas complementarias que ha solicitado según protocolo.
- 6) Asigna el número de consulta no urgente.
- 7) Informa al paciente y/o acompañante del proceso a seguir a continuación, manteniendo un ambiente íntimo, tranquilo y relajado en lo posible.

En la entrevista para conocer el motivo de consulta es muy importante:

Comenzar con preguntas abiertas (evaluación subjetiva) y terminar con preguntas cerradas (evaluación objetiva) y así concretar el problema.

Observar y tener en cuenta la comunicación no verbal del paciente hacia nosotros.

Evitar los prejuicios sobre el aspecto, actitud, etc., que pueden llevar a errores.

Adoptar una actitud empática con el paciente y su acompañante, sin expresar juicios

negativos.

Poner los cinco sentidos en la entrevista, y así recabar la máxima información.

Elementos participantes:

Precisamos de un DUE experimentado y formado en triage, en RCP avanzada y en la interpretación de ECG, acompañado de un auxiliar de enfermería, dedicados exclusivamente al triage, así como de un médico de apoyo.

El triage se llevará a cabo en una sala lo más cercana al área de Admisión y de la sala de Críticos, donde habrá:

- Una sala para realizar el triage de forma íntima y reservada (consulta de triage) para el paciente y/o acompañante con el material necesario para la toma de constantes vitales, saturación de O₂ y glucemia capilar, así como la posible realización de una primera cura provisional de heridas (vendajes, hemostasia, etc.). También debe estar provista de un teléfono y un equipo informático completo de apoyo.
- Una sala más grande que la anterior (consulta urgente) donde pasarán los pacientes que vengan en camilla ó carrito para realizar el triage y/o para valoración médica (nivel II) donde se pueda administrar oxígeno, tratamiento prescrito urgente, canalizar vías, extracción de muestras sanguíneas y orina, realización de ECG, así como el resto de equipamiento de la anterior sala.
- Una sala de críticos (pacientes con nivel I ó II) con el equipamiento necesario (monitorización, carro de RCP, fungibles, medicación, etc.).

Tanto el número de profesionales como de salas vendrá determinado por la demanda asistencial que tenga el SU en su historial.

Indicadores de calidad del SET ;

El SET define cuatro indicadores de calidad (IC) en el triage.

1) Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico: Se define como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido se sitúa en £ al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias. El SET subdivide este indicador en:

o Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados: Porcentaje de pacientes que deciden dejar el SU después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados.

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

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

3) Tiempo de duración del triage: Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea £ a 5 minutos en > 95% de los pacientes clasificados.

4) Tiempo de espera para ser visitado: Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en £ a 2 horas desde su clasificación y el 100% en £ a 4 horas. El tiempo de espera para ser visitado se evalúa por el percentil de cumplimiento marginal, que son porcentajes de cumplimiento para cada nivel de triage.

En la siguiente tabla veremos como se dividen según el nivel de triage asignado, el porcentaje de pacientes que han de ser atendidos / visitados en el tiempo de atención.

Nivel Percentil de cumplimiento marginal Tiempo de atención / asistencia

I 100 % Inmediato enfermería / 7 min. médico

II 95 % 7 min. enfermería / 15 min. Médico

II 100 % 15 min. enfermería / 20 min. médico

III 85 % 20 min.

III 90 % 30 min.

III 100 % 45 min.

IV 85 % 1 hora

IV 100 % 2 horas

V 80 % 2 horas

V 100 % 4 horas

Descripción de la planta física:

La Emergencia se ubica por avenida Italia sin número, basamento, Tel: 4871178.

Al ingreso se encuentra división de servicios contables, recaudación de caja (admisión), y continuamente Triage, policlínica de atención rápida, consultorios de observación.

Posteriormente se encuentra el sector de Emso (emergencia y sala de operaciones).

Al finalizar el corredor a mano derecha se encuentra enfermería limpia para todos los Boxes y consultorios, a mano izquierda se ubica el mostrador.

Ubicándonos en el sector del corredor central hacia el ala este encontramos una cama para aislamiento, Box 1. Box 7, enfermería de limpieza.

Hacia el ala oeste los baños de los usuarios, sala de procedimientos, Box 2, Box 3, cuidados intermedios.

El sector de triage consta de un escritorio, 2 sillas, una mesa, un lavatorio, termómetro, esfingomanómetro, estetoscopio, guantes limpios, alcohol al 70%, algodón, hojas de historia clínicas y pedidos de estudios u análisis.

Cobertura del servicio:¹³

1) MSP - Carne de asistencia gratuita, abonar 10 pesos.

- Carne con Arancel tipo 1, abonar 30 pesos.
- Carne con Arancel tipo 2. Abonar 60 pesos.
- Sin carne de asistencia, abonar 100 pesos.

En caso de no poseer carne de asistencia, ni dinero el usuario firma un compromiso de pago por un plazo de 60 días para abonar o realizar el trámite para obtener el carne (en este caso posteriormente abonaría 10 pesos).

13) http://www.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&task=category§ionid=15&id=80&Itemid=60.

ANEXO 6

CRONOGRAMA DE GANTT

Periodo de Diciembre del 2007 hasta junio de 2009.

Perfil del usuario que concurre al Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". 87

	2008												2009					
	Mes	Dic.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Actividad																		
Presentación del Programa de Tesis por la cátedra de adulto y anciano.																		
Reunión con el grupo de investigación																		
Elección tema																		
Revisión bibliografía																		
Tutorías con Docente																		
Elaboración protocolo																		
Entrega de Autorizaciones																		
Recolección de datos																		
Tabulación de datos y confección de gráficos																		
Análisis e interpretación de resultados																		
Redacción del informe final																		
Presentación de resultados																		

ANEXO 7

PRESUPUESTO

	Detalle	Precio	Integrantes	Total
Categoría				
Transporte	14 reuniones	\$30	4	\$1680
Hojas A4	500	\$300	1	\$300
Cartuchos de Impresión	4	100	2	\$800
Internet	50 horas	\$15 por hora	4	\$3000
Lapiceras	4	\$10		\$40
Bibliografía	500 fotocopias	\$ 1 cada 1	4	\$2000
Total				\$7820