AAS2906

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN TRIAJE PARA LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CLÍNICA EL ÁVILA, CARACAS.

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello,

por:

Maria Mercedes Castro de Martin

Como requisito para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN: GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

Realizado bajo la tutoría del Profesor: José Luis Rodeiro

Caracas, Junio 2010.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN TRIAJE PARA LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CLÍNICA EL ÁVILA, CARACAS.

DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN TRIAJE PARA LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CLÍNICA EL ÁVILA, CARACAS

Presentado por: **MARIA MERCEDES CASTRO DE MARTIN**

Profesor Asesor: **JOSE LUIS RODEIRO**

Caracas, Junio 2010.

INDICE DE FIGURAS, TABLAS, MATRICES Y GRÁFICOS

FIGURAS **Páginas**

1. Flujograma actual de atención Triaje 34
2. Flujograma propuesto para atención en Triaje 78

TABLAS

1.Tiempos de espera de atención en Triaje 15
2.Calificación del tiempo empleado en admisión 40
3.Tiempo de espera hasta recibir asistencia médica 43
4. Resumen comparativo de tiempos de espera 45
5. Recomendaciones de pacientes 56
6. Comparación de Triajes Estructurados 73

MATRICES

1. Entrevista a Residentes 59
2. Entrevista a Coordinadores 64
3. Entrevista a Expertos 77

GRÁFICOS

1.Tiempo de espera hasta atención médica inicial 38
2.Tiempo de trámites de admisión 39
3.Tiempo de espera después de admisión 41
4.Tiempo promedio de espera 42
5.Tiempo de espera "aceptable" 44
6. Conocimiento de pasos a seguir 46
7.Obtención de información sobre dinámica a seguir 47
8. Visualización de instructivo en sala de espera 48
9. Primer contacto en sala de espera 49
10.Necesidad de Oficial de recepción 50
11.Contacto inicial con el equipo de salud 51
12.Opinión sobre necesidad de establecer prioridades 52
13.Opiniones sobre quien debe establecer prioridades 53
14.Recomendación del Servicio a otros pacientes 55
15. Recomendaciones de los pacientes para mejorar rapidez de atención 57

INDICE GENERAL

	Páginas
CONTRAPORTADA	
RESUMEN	ii
ACEPTACION DEL ASESOR	iii
CERTIFICACION DE INSTRUMENTO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Objetivos de la Investigación	5
1.1.1Objetivo General	5
1.2.1Objetivos Específicos	6
1.2 Justificación	6
1.3 Viabilidad	8
CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Reseña Histórica	10
2.3 Bases Conceptuales	12
CAPITULO III. MARCO ORGANIZACIONAL	19
CAPITULO IV. MARCO METODOLOGICO	23
4.1 Diseño y Tipo de Investigación	23
4.2 Universo de Estudio y Unidad de Análisis	24
4.3 Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos	26
4.3.1 Recolección de datos	26
4.3.2 Procesamiento y análisis de datos	28
CAPITULO V. RESULTADOS	31
5.1 Presentación y análisis de resultados	31
CAPITULO VI. DISCUSION Y PROPUESTAS	71
6.1 Discusión	71
6.2 Propuestas	77
CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
7.1 Conclusiones	81
7.2 Recomendaciones	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	84

INDICE DE FIGURAS, TABLAS, MATRICES Y GRÁFICOS

FIGURAS	Páginas
1. Flujograma actual de atención Triaje	34
2. Flujograma propuesto para atención en Triaje	78
TABLAS	
1.Tiempos de espera de atención en Triaje	15
2.Calificación del tiempo empleado en admisión	40
3.Tiempo de espera hasta recibir asistencia médica	43
4. Resumen comparativo de tiempos de espera	45
5. Recomendaciones de pacientes	56
6. Comparación de Triajes Estructurados	73
MATRICES	
1. Entrevista a Residentes	59
2. Entrevista a Coordinadores	64
3. Entrevista a Expertos	77
GRÁFICOS	
1.Tiempo de espera hasta atención médica inicial	38
2.Tiempo de trámites de admisión	39
3.Tiempo de espera después de admisión	41
4.Tiempo promedio de espera	42
5.Tiempo de espera "aceptable"	44
6. Conocimiento de pasos a seguir	46
7.Obtención de información sobre dinámica a seguir	47
8. Visualización de instructivo en sala de espera	48
9. Primer contacto en sala de espera	49
10.Necesidad de Oficial de recepción	50
11.Contacto inicial con el equipo de salud	51
12.Opinión sobre necesidad de establecer prioridades	52
13.Opiniones sobre quien debe establecer prioridades	53
14.Recomendación del Servicio a otros pacientes	55
15. Recomendaciones de los pacientes para mejorar rapidez de atención	57

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO:
DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN TRIAJE PARA LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CLÍNICA EL ÁVILA, CARACAS.

Autor: María Mercedes Castro de Martín
Asesor: José Luis Rodeiro
Año: 2010

RESUMEN

El tiempo de espera para la atención médica inicial en el Triaje del Servicio de Emergencia en Instituciones de salud tanto publicas como privadas, es motivo de queja frecuente e insatisfacción entre los pacientes. El uso inadecuado del servicio por parte de los pacientes y/o la ineficacia de los recursos de atención disponibles pueden contribuir a esta situación. En la presente investigación se pretende proponer estrategias de atención para disminuir el tiempo de espera en Triaje. Se enmarca en el tipo de Investigación Proyectiva, de campo, no experimental, mixta y transversal. La muestra fue no probabilística, e intencional. Se recabaron 100 tomas de tiempo por observación, se aplicaron 104 encuestas a pacientes, 4 entrevistas a Coordinadores y Residentes, y 3 entrevistas a Expertos. El tiempo de espera para admisión fue calificado como "lo esperado" mientras que el de espera hasta la atención médica inicial fue calificado como "mas de lo esperado", según Escala tipo Likert. La demora mayor fue para la atención médica inicial después de los trámites de admisión. Se propone como estrategia de atención la implementación del Modelo de Triaje Estructurado MAT y se recomiendan cambios organizativos y estructurales para el logro de la estrategia propuesta.

Palabras clave: Triaje, tiempos de espera.

ACEPTACIÓN DEL ASESOR

Por la presente hago constar que he leído el Trabajo Especial de Grado, presentado por la ciudadana **Maria Mercedes Castro de Martin,** para optar al grado de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en salud, cuyo título es, "***Diseño de estrategias de atención en Triaje para la disminución del tiempo de espera en el servicio de emergencia de la Clínica El Avila, Caracas",*** y manifiesto que cumple con los requisitos exigidos por la Dirección de los Estudios de Postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello: y que, por lo tanto, lo considero apto para ser evaluado por el jurado que se decida designar a tal fin.

En la ciudad de Caracas, en el mes de junio de 2010.

Prof. José Luis Rodeiro
CI No.5968274

CERTIFICACIÓN DE UN INSTRUMENTO NUEVO VALIDADO PARA EL TEG

Por la presente, yo, **Jose Luis Rodeiro**, CI 5968274 , en mi calidad de asesor del Trabajo Especial de Grado ***"Diseño de estrategias de atención en Triaje para la disminución del tiempo de espera en el servicio de emergencia de la Clínica El Avila, Caracas",*** presentado por el alumno **Maria Mercedes Castro de Martin**, CI 10516955, certifico que como parte de la Realización de dicho Trabajo Especial de Grado, se ha validado un nuevo instrumento, con el concurso de dos (2) profesores (Prof. Teodoro Campos y Armando Gallo), el cual ha sido denominado ENCUESTA PARA PACIENTES , dadas las necesidades particulares de la presente investigación, y no contar con un instrumento que respondiese a las exigencias grupales para analizar el conjunto de resultados esperados, con base en los objetivos trazados, y pudiese permitir observar este conjunto de variables en su comportamiento global.

En la ciudad de Caracas, junio de 2010.

Prof. José Luis Rodeiro
CI No.5968274

DEDICATORIA:

De nuevo a mis cinco amores
por estar siempre a mi vera
y en mi horizonte.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor y Profesor José Luis Rodeiro, por su ejemplo como ser humano invencible y por compartir generosamente sus conocimientos y vivencias.

Al Profesor Armando Gallo, por sus enseñanzas y desinteresada colaboración en este trayecto final.

A Olga, mi amiga y compañera, por haberme envuelto en esta fascinante aventura del saber.

A los colegas y expertos, cuyas valiosas opiniones dan cuerpo a este texto.

A los maestros anónimos, los pacientes, quienes voluntariamente participaron en este proyecto.

INTRODUCCION

El congestionamiento de los Servicios de Emergencia en las Instituciones dispensadoras de salud es multifactorial; pueden existir factores inherentes a la estructura y organización del Sistema de Salud, otros dependientes de la Institución y del funcionamiento del Servicio de Emergencia en ella y aquellos relacionados con el uso que le dan los pacientes a este Servicio.

Un Servicio de Emergencia ofrece al paciente : facilidad de acceso, disponibilidad inmediata durante 24 horas de los recursos humanos, diagnósticos y terapéuticos necesarios para solventar rápidamente la situación de salud que le aqueja; sin embargo, la realidad es que algunos pacientes ingresan severamente enfermos, pero otros, hacen un uso inapropiado de la sala de emergencia con problemas menores; como resultado final se establece en la Institución un desequilibrio entre el servicio que se demanda y la oferta real; la disponibilidad del personal medico o de apoyo puede no ser suficiente , los insumos y los servicios auxiliares no cubren la demanda y el espacio físico colapsa en su capacidad, por la cantidad de pacientes que asisten.

Como resultado final los tiempos de espera se prolongan, tanto en la realidad temporal como en la perceptiva, lo cual trae como consecuencia un riesgo para aquellos casos que si requieren atención inmediata y la insatisfacción de aquellos que deseaban ser atendidos de inmediato y no lo son. Esta situación se presenta en Servicios de Emergencia tanto públicos como privados, mas acentuada en los primeros, pero para los pacientes que acuden a un servicio privado la insatisfacción es mayor por lo oneroso que resulta ese tipo de asistencia y la demora que existe en la atención.

El Triaje en el Servicio de Emergencia como proceso de valoración y selección de pacientes es una necesidad y como tal es aceptado a nivel mundial; representa seguridad y tranquilidad para el paciente y propicia la organización racional del trabajo en el equipo de salud, con eficiencia y eficacia; en consecuencia favorece la fluidez en la atención con lo que contribuye a disminuir el congestionamiento del servicio.

El Servicio de Emergencia de la Clínica El Ávila, de Caracas, a pesar de contar con el área de Triaje, es objeto de quejas tanto verbales como escritas por parte de los pacientes debido a los prolongados tiempos de espera. La insatisfacción es tal, que en ocasiones ha llevado al abandono del área por parte del solicitante del servicio bajo la premisa de que al ser un servicio privado que genera costos, la demora en la atención, no es una opción.

En la presente Investigación, de tipo Proyectiva, se describe el proceso de ingreso del paciente al Servicio de Emergencia, se establecen los tiempos de espera en Triaje y se identifican posibles prácticas que permitan minimizar tiempos de espera, con el objetivo de diseñar estrategias que permitan fluidez en la atención y en consecuencia lograr la satisfacción del usuario.

El contenido de la investigación se presenta distribuido de la siguiente manera:

Capitulo I: Planteamiento del problema, objetivo general y específicos, justificación de la investigación.

Capitulo II: Marco Referencial.

Capitulo III: Marco Metodológico.

Capitulo IV: Resultados.

Capitulo V: Discusión

Capitulo VI: Conclusiones y Recomendaciones.

Anexos.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El congestionamiento de los Servicios de Emergencia lleva en numerosas ocasiones a un desequilibrio entre la demanda y los recursos disponibles, lo cual condiciona que los pacientes no sean atendidos de forma inmediata. Este aumento de demanda plantea la necesidad de diseñar estrategias para atenderla oportunamente; en la medida en que el tiempo de espera se incrementa aumenta la insatisfacción del usuario y las urgencias reales podrían demorarse en su atención, empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos y ocasionar además intranquilidad e incomodidad tanto en el paciente como en sus familiares. Entre el 40 y 55% de los pacientes que demandan atención en emergencia corresponden a situaciones no urgentes que podrían haberse resuelto en un servicio de atención primaria.(López, Montiel , Licona. 2006).

Los efectos de sobresaturación de los servicios de Emergencia son reconocidos y autores como Derlet (2000) los resumen en los siguientes puntos:

- Riesgos para la seguridad de la población
- Prolongación del dolor y el sufrimiento
- Largas demoras y pacientes insatisfechos
- Abandono voluntario del servicio sin ser atendido
- Aumento del índice de pacientes perdidos
- Disminución de la productividad y la eficiencia
- Situaciones violentas
- Efectos negativos en la docencia
- Disminución de la comunicación

En respuesta a esta problemática la mayoría de las Instituciones dispensadoras de salud a nivel mundial cuentan en el Servicio de Emergencia con un área de Triaje. El Triaje o *Triage,* es entendido según el Descriptor de Ciencias en Salud (DeCS, 2009) como la separación y clasificación de pacientes o causalidades para determinar prioridad de necesidades y tratamiento en el sitio apropiado.

El Glosario de Protección Civil de la Organización Panamericana de Salud (OPAS, 1992) lo describe como un método que permite la selección y clasificación de víctimas mediante la aplicación de procedimientos normados, en los que se determina su probabilidad de supervivencia . Inicialmente creado como una estrategia para ser utilizada en situaciones de catástrofe, el Triaje se realiza hoy en día para aliviar el congestionamiento de las Emergencias tanto en Instituciones publicas como privadas. Según Gamella Pizarro, (2009) en un sentido estricto, el Triaje se inicia en el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y finaliza con la asistencia médica y el comienzo de un tratamiento efectivo; como beneficios disminuye costos y aumenta la efectividad en la atención de emergencia.

El Open Course Ware de la Universitat de les Illes Balears (2010), especifica que el Triaje en el Servicio de Emergencia debe cumplir los siguientes objetivos:

- Identificar rápidamente pacientes con patologías que ponen en peligro su vida
- Determinar el área de urgencias mas adecuada para su tratamiento
- Disminuir la congestión de servicio de urgencias
- Permitir la comunicación fluida con el paciente y los familiares
- Proporcionar información estadística sobre la casuística de los servicios de urgencias para poder optimizar y gestionar los recursos.

- Crear un lenguaje común para todos los profesionales de urgencias.

La Clínica El Ávila, Institución privada de Salud , categorizada entre las cinco primeras de la ciudad capital, dispone de Triaje en el Servicio de Emergencia y no escapa a la realidad de que el tiempo de espera que transcurre entre la llegada del paciente y la atención medica, es percibido como largo e inexplicable y se convierte en motivo de queja frecuente, mas aun tratándose de una Institución privada en la que el usuario desembolsa cierta cantidad de dinero y siente que el beneficio de este costo no se ve reflejado en la rapidez de la atención que demanda. La mayor parte de las reclamaciones se derivan de la demora en la asistencia inicial y la falta de información a los familiares y al propio paciente durante el periodo de espera.

Los autores de la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (2002) hacen énfasis en que la sobrecarga de pacientes en un Departamento de Emergencia no debe deducirse del numero de pacientes, sino de la capacidad que tiene ese departamento de brindar los recursos que necesita cada enfermo en los tiempos adecuados. (García, 2007).

En la presente investigación se tratará de encontrar la respuesta a la pregunta ¿Qué estrategias permitirían la disminución del tiempo de espera en el Triaje del Servicio de Emergencia de esta Institución privada?

1.1. Objetivos de la Investigación

1.1.1 Objetivo General

Proponer estrategias de atención en Triaje para disminuir el tiempo de espera en el Servicio de Emergencia de la Clínica el Ávila de Caracas.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Describir la secuencia de eventos que transcurren desde la llegada del paciente al Servicio de Emergencia hasta su atención medica inicial en el Triaje.
- Determinar tiempos de espera en el proceso de atención del paciente en Triaje.
- Identificar estrategias de atención en Triaje para Servicios de Emergencia.
- Diseñar estrategias de atención en Triaje para la disminución del tiempo de espera en el Servicio de Emergencia de la Clínica el Ávila de Caracas

1.2. Justificación de la Investigación

El concepto de emergencia o de urgencia y la percepción poco real por parte del paciente de cada uno de ellas, ocasiona que exista una afluencia mayor de pacientes al área de emergencia tanto en Instituciones publicas como privadas, cuando en realidad la mayoría de las veces se trata de consultas que en modo alguno ponen en riesgo la vida o la integridad física de la persona.

La existencia de pólizas de seguro que no cubren consultas externas, pero si aquellas que se realizan a través del Servicio de Emergencia trae como consecuencia que haya una mayor afluencia de usuarios a esta área en las instituciones privadas que los que en realidad ameritan este tipo de asistencia. Por otra parte el colapso de los Servicios de atención publica en salud por parte del Estado en nuestro país ha llevado a que un numero mayor de pacientes solicite servicios privados de salud a través del uso de contratos de seguros, muchos de ellos de baja cobertura , que han ocasionado saturación de los mismos; y todo esto finalmente se traduce en periodos de espera prolongados.

El paciente que ingresa al Servicio de Emergencia en estado critico siempre es atendido de inmediato, pero es en aquellos casos que visiblemente no son críticos en los que ocurre demora, muchas veces por saturación del servicio, pero en otras ocasiones porque no se ha establecido un flujo adecuado de pacientes.

Toro (2001), comenta en su obra *Hospital y Empresa* que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) , la calidad del servicio consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado, para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso .

El tiempo de espera es un elemento que afecta no solo la satisfacción del usuario sino también la atención de las urgencias reales; Thompson, Yarnold y Williams (1996) reportan que mas de la mitad de los usuarios sobre-estiman el tiempo de espera y concluyen que la satisfacción es mayor y que la percepción del tiempo de espera es menor cuando se les informa sobre su condición de salud, el plan a seguir y se muestra además actitud amable y calida.

El Servicio de Emergencia es la cara más visible de una institución de salud, es su carta de presentación, lograr la satisfacción del usuario es prioritario en esta área crítica. En el año 2009 de acuerdo a la información proporcionada por la Junta Directiva de la Clínica El Ávila se atendieron en el Servicio de Emergencia de adultos 11.210 pacientes, de lo cual se deriva la importancia de establecer prioridades en al atención de los mismos.

Al mismo tiempo, la Oficina de Relaciones Publicas de la Clínica El Ávila (Octubre, 2009) informa que a través de encuestas a los

usuarios, en los dos últimos años , se detecta que una de las quejas mas frecuentes es la larga espera para ser atendido en el Servicio de Emergencia, lo cual ocasiona malestar, quejas por escrito a la Junta Directiva y hasta conatos de violencia por parte de pacientes y/o familiares.

En este contexto la pertinencia de este estudio reside en determinar los nudos que existen en el flujo de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia de la Clínica El Ávila en lo que respecta a la atención inicial por parte del personal medico, entendido como Triaje; fundamentalmente se pretende con ello proponer estrategias de atención en esta área critica, que mejoren el tiempo de espera, a fin de optimizar tiempo y recursos. El estudio se desarrollará en el marco del tipo de Investigación denominada por Hurtado (2008) como Investigación Proyectiva.

1.3. Viabilidad de la Investigación

Existe el interés y el apoyo de la Junta Directiva y del grupo de accionistas de la Clínica El Ávila, para la ejecución de esta investigación porque constituye un motivo de preocupación la manifiesta insatisfacción del usuario en el Servicio de Emergencia de adultos, por las largas esperas y el resultado de la misma podría ser de aplicación práctica para agilizar la atención de los pacientes y optimizar los tiempos de espera en el Triaje. (Anexo A)

CAPÍTULO II
MARCO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la Investigación

La Clínica El Ávila fue objeto de una investigación llevada a cabo en el área de Gerencia Administrativa del Servicio de Emergencia realizado por los bachilleres Armas y Pereira (2005) para optar al titulo de Ingeniero Industrial en la UCAB, a fin de proponer mejoras que incrementaran el nivel de servicios y la satisfacción del cliente, debido al tiempo extenso de espera por parte de los pacientes ocasionado por el proceso de admisión, facturación y cobranzas, básicamente referido a los pacientes que iban a ser hospitalizados. A tal fin realizaron entrevistas al personal, encuestas a los clientes, diagramas causa-.efecto, flujogramas, estudios de tiempos, observaciones directas y matrices de solución de problemas. Finalmente propusieron la implementación del sistema SAP Health Care a fin de agilizar el proceso de admisión a hospitalización.

En la misma línea de investigación, Nagel Muñoz (2006), presenta la Tesis de Grado: Optimización de las funciones de la gerencia de admisión, facturación y cobranzas de Clínica el Ávila, para optar al titulo de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud (UCAB) , sin embargo la misma no es inherente al Servicio de Emergencia.

Han sido realizadas otras investigaciones en Instituciones públicas como el Hospital Universitario o el Hospital de Niños JM. de Los Ríos referidos a Calidad de Atención, en los que los tiempos de espera se toman , entre otros, como indicadores de gestión , no obstante en la Biblioteca de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), el Instituto de

Estudios Superiores en Administración (IESA) y en la Web , no se encontró un trabajo especifico similar al propuesto.

2.2. Reseña Histórica.

La evolución histórica del *triage* data del tiempo de los ejércitos y guerras napoleónicas cuando el medico cirujano militar Barón Dominique Jean Larre, (1766 – 1842), llamado padre de la moderna *teoría del triage*, recibe una controversial orden del Emperador Bonaparte *"Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla, sólo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse*",(Illescas, 2006) y crea un modo de clasificar las bajas en el campo de batalla basándose en tres conceptos: inspección, evaluación y decisión en correspondencia a la triada clásica: ver, juzgar, actuar. (López, Montiel, Licona, 2006). De esa manera se lograba que los soldados que requerían atención urgente la recibieran con mayor prontitud, desde entonces se instaura la utilización de las ambulancias y hospitales de campo lo que disminuye el tiempo que transcurre hasta la atención sanitaria (García Pavón, 2007) la metodología del Sistema de Triaje Militar, continúa en las sucesivas guerras mundiales con incorporación de otros elementos como ambulancias motorizadas y helicópteros equipados para tal fin. (Faria, 1990).

A partir de la década de los 60 del siglo pasado, comienza la inquietud sobre la aplicación del Triaje en situaciones de emergencia y según García Pavòn (2007) la primera descripción sistemática de implementación del Triaje en la medicina civil fue hecha por E. Richard Weinerman en Baltimore en 1964.

Para los años 70 se crean escalas en los Estados Unidos (EEUU) para aquellos pacientes que ingresan al hospital en ambulancia y se

propone en Australia (1977) la Box Hill Triage Scale que posteriormente evoluciona a la Ipswich Triage Scake (ITS).

La aplicación del Triaje hospitalario en la población civil sin la existencia de catástrofes o conflictos armados data de los años 90 cuando en los EEUU se desarrolla un modelo de 4 niveles de atención que luego se convierte en el denominado Emergency Classification System, mientras que Australia, Reino Unido y Canadá diseñan modelos de cinco niveles de atención denominados: National Triage Scale (NTS), Manchester Emergency Triage System y Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) sucesivamente , este ultimo es adoptado por Andorra en el año 2000, y se crea el Modelo Andorrano de Triage (MAT) que sirve de base Sistema Español de Triage (SET) . La NTS australiana cambia a partir de 2002 su denominación por la de Australasian College for Emergency Medicine (ATS) , sin otros cambios.

Mas recientemente en EEUU The American College of Emergency Physicians (ACEP) y la Emergency Nurses Association (ENA) recomiendan unificar criterios y establecen 2003, la Triage Scale Standarization (TSS) basada en cinco niveles de atención. De todas estas escalas, la CTAS, es de amplia difusión en el continente americano y el MAT, implantado sobre todo en España y todas disponen de análisis de concordancia y estudios de validez y utilidad.

Las escalas descritas corresponden al denominado Triaje Estructurado que se define como el proceso de clasificar y dar prioridad a los pacientes que acuden al servicio de emergencia, en el que el paciente más grave es atendido primero y más rápido. La escala permite una clasificación valida, útil y reproducible y para su implementación se requiere una estructura física, profesional y tecnológica. (López, Montiel Licona, 2006)

En Hospital de Clínicas Caracas, de Caracas, Institución privada de salud de categoría similar a la Clínica El Ávila, incorpora desde el año 2005 una escala de Triaje adaptada de la Escala CTAS, la cual prioriza la atención por Clases del I al V, en respuesta a la sobresaturación del Servicio de Emergencia y a la incapacidad de resolución eficiente. Desde su implementación han logrado reducir los tiempos de espera, entre otros beneficios y permanece en evaluación continua. (Liñares, 2005).

2.3. Bases Conceptuales

Para la Asociación Medica Americana (A.M.A.) Emergencia "es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano". En resumen, una Emergencia Médica es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro, por la importancia o gravedad de la condición, si no se toman medidas inmediatas.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la definición de Urgencia es "la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". Podemos concluir que Urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte pero que requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo, según la condición, para evitar complicaciones mayores. (Gómez Jiménez, 2009)

Para el paciente es difícil definir si su situación de salud es una emergencia o una urgencia, lo único que si tiene claro es que tiene que asistir al Servicio de Emergencia a recibir ayuda para lo que en realidad es para él una urgencia medica sentida, de allí la importancia del Triaje.

Etimológicamente *triaje,* se considera un anglo-galicismo, tiene su origen en el verbo francés *trier* que significa "separar", este vocablo se remonta al siglo XII y ha sido utilizado en otros ámbitos diferentes al sanitario e incluso antes que en él; no es un vocablo aceptado por la Real Academia de la Lengua Española que si contempla el verbo *triar* (escoger, separar, entresacar) y dado que el sufijo *–aje* forma sustantivos que expresan acción, proponen que el término mas adecuado en castellano en correspondencia con el término francés y anglosajón *triege* seria el de Triaje. (Gomez Jiménez, 2003).

Aunque para muchos autores el Triaje debería solo referirse a la atención de pacientes en momentos de catástrofe o desastres, cada vez se utiliza mas como un mecanismo de Gestión Hospitalaria.

El término se emplea para la selección de pacientes en distintas situaciones y ámbitos. En una situación normal en las urgencias extra-hospitalarias y hospitalarias, así como en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples victimas o de desastre. En situación normal se privilegia la atención del paciente más grave, el de mayor prioridad. En situaciones de demanda masiva, atención de múltiples victimas o desastre se privilegia a la victima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y la disponibilidad de recursos. (Pérez, Poblete, Pough, 2008). Los mismos autores diferencian dos tipos de Triaje, el primero referido a situaciones de desastre y el Triaje hospitalario propiamente dicho llamado de urgencias y emergencias.

En relación al primero la categorización del paciente se realiza mediante el uso de colores según la condición clínica del paciente en el sitio del desastre:

- *Negro*: cuando es cadáver o las posibilidades de recuperación son nulas. Prioridad nula. En algunos Triajes diferencian el

negro que es el paciente agonizante, del *blanco* en que ya ha fallecido.

- *Rojo*: paciente muy grave descompensado hemodinamicamente pero con probabilidades de sobrevivir. Prioridad inmediata para atención y traslado.
- *Amarillo*: gravedad moderada, estable hemodinamicamente, Demora de atención y traslado no mayor de una hora.
- *Verde*: Paciente levemente lesionado, que puede caminar y su traslado no precisa medio especial.

El Servicio de Emergencia de cualquier centro dispensador de salud debe disponer de un Triaje eficiente y eficaz para agilizar la atención de los usuarios que demanden atención en él, logrando discernir rápidamente la emergencia, de la urgencia y de lo que es una simple consulta percibida como urgencia solamente por el propio paciente, de forma que cada uno de ellos sea atendido según criterios de priorización, con independencia del orden de llegada y se establezcan los tiempos de espera razonables para ser evaluados y tratados por el equipo médico.

Quintilla Martínez (2000), describe que aunque desde la década de los 60 se han desarrollado distintos sistemas de triaje, pero es en los años 90 cuando las escalas han obtenido mayor calidad y aceptación. Todas ellas tienen en común el clasificar a los pacientes que llegan o bien por sus propios pies o trasladados en ambulancia, en 5 niveles de urgencia:

- Nivel I: pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
- Nivel II: se adjudica a las situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo. Generalmente son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso.
- Nivel III: lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones

diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica.

- Nivel IV: son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de complejidad-urgencia significativa, constituyéndose en estándares de la atención en los servicios de urgencias.
- Nivel V: son las situaciones menos urgentes o no urgentes, en general no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica y que nos pueden permitir una espera de hasta 4 horas para ser atendidas sin riesgo para el paciente.

Tabla 1. Tiempos de espera de atención, según tipo de Escala de Triaje de cinco Niveles de Urgencia

Nivel de Urgencia	Nivel de Gravedad	Tiempo de espera Manchester, CTAS MAT	Tiempo de espera ATS
I	Resucitación	Inmediato	Inmediato
II	Emergencia	15 min	10 min
III	Urgencia	60 min	30 min
IV	Menos Urgente	120 min	60 min
V	No Urgente	240 min	120 min

Elaboración propia
Fuente: U.S. Departament of Health and Human Services.
Leyenda: Canadian Association of Emergency Physicians, 2002 (CTSA)
Manchester Triage Group, 1997.(Manchester)
Australasian College for Emergency Medicine, 2002 (ATS)
Modelo Andorrano de Triaje (MAT)

Los tiempos de espera de atención en las escalas de clasificación de Triaje que utilizan cinco niveles, Australasian Triage Scale (ATS), Manchester Emergency Triage System y Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) , están estipulados de acuerdo al nivel de gravedad (Tabla 1), y destaca que la escala ATS mantiene la atención inmediata para el nivel I , sin embargo en ella los tiempos se duplican para el resto de las categorías al compararlas con la escala de de Manchester, la CTAS y la

MAT. Estos valores sirven de marco referencial para el desarrollo de la presente investigación.

López y otros (2006), destacan en su trabajo original, que resulta interesante señalar que se han descrito dos dimensiones en el tiempo de espera: la real (objetiva) y la percibida (subjetiva), y al parecer la segunda es la que se relaciona de una manera más directa con el grado de satisfacción; si bien "esperar" forma parte del proceso, una sobreestimación en el paso real del tiempo puede conducir a un mayor grado de insatisfacción.

En el estudio de la psicología que rodea la experiencia de la espera se ha observado que existen factores que aumentan la percepción del tiempo esperado, sobrevalorándolo como son: el tiempo inocupado, la ansiedad, el estar solo o el no saber cuánto tiempo más resta por esperar. La insatisfacción disminuye cuando se les informa a los pacientes cuanto tiempo mas tienen que esperar y las razones para ello.

Los tiempos de espera son tomados por distintos autores como Indicadores de Calidad, para Carbonell, Girbes y Calduch, (2006) en su estudio sobre los *"Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su satisfacción con el usuario"* uno de los mas importantes es el tiempo total percibido por el paciente, por lo que las acciones deben dirigirse no solo a mejorar el tiempo real como indicador de calidad de la asistencia sanitaria, sino a las percepciones que el paciente tiene sobre el tiempo que espera en el Servicio de Emergencia.

Otro aspecto a considerar es el relacionado con el personal idóneo para realizar el Triaje, existen discrepancias en este punto y tomando en cuanta esta situación Estrada (1981), describe cinco tipos de Triaje:

- Triaje no profesional: es realizado por una recepcionista o técnicoquien registra el paciente y lo envía a la sala de espera.
- Triaje básico: es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.
- Triaje avanzado: es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración médica.
- Triaje médico: es realizado por un médico; esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo.
- Triaje en equipo: la enfermera y el médico funcionan como un equipo.

De estos tipos de Triaje, la referencia encontrada más cercana a nuestro país es la del Departamento de Urgencias de la Fundación Santa Fe de Bogotá, donde se utilizan las modalidades de Triaje médico, el Triaje no profesional y el Triaje básico, realizado por la enfermera profesional. (Velandia Escobar, 2007). En nuestro país no se ha establecido formalmente la aplicación de alguna de las Escalas de Triaje mencionadas, la escogencia queda a la discrecionalidad de la Institución sin embargo la CTAS y la TSS parecen ser las mas populares en el continente americano; en cuanto a la modalidad, en aquellos establecimientos en los que se aplica, es la del Triaje médico.

Las modernas Escalas de Triaje Estructurado de cinco categorías no establecen diagnósticos médicos y debido a que todas ellas han demostrado un buen índice de concordancia interobservador en muchos países donde se aplican, esta función recae en el personal de enfermería debidamente entrenado para tal fin. En tal sentido la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) (2004), realiza un

pronunciamiento similar precisando que la recepción, acogida y clasificación (RAC) de pacientes en urgencias corresponde al su ámbito de competencias amparado en su cualificación profesional su titulación académica y el marco legal correspondiente.

Las visiones futuristas del Triaje proponen que podría utilizarse como una herramienta en la cual el paciente través de la tecnología auto-evalúe la urgencia de su situación y decida acudir o no a un Servicio de Emergencia. (Núñez y otros, 2004)

CAPÍTULO III
MARCO ORGANIZACIONAL

El origen de la Clínica El Ávila C.A, se gesta en el Campo Petrolero de la Paz, Estado Zulia, en 1945, como un proyecto de 10 galenos inspirados por el Dr. Santiago Salcedo Bastardo, sobre el desarrollo de una institución médica con la perspectiva de lograr un trabajo profesional acorde al desarrollo de la sociedad venezolana, el cual se materializa el 16 de Junio de 1951 con su fundación en terrenos de la actual urbanización Altamira; así se construye la primera etapa del edificio de Clínica El Ávila, cinco pisos de construcción donde se prestaba consulta en las diferentes áreas de la medicina además de los servicios de Radiología y Laboratorio. (Revista de la Clínica El Ávila, 2001)

Con el paso de los años los miembros fundadores deciden lanzar al mercado acciones dirigidas especialmente a los médicos jóvenes egresados de la Universidad Central de Venezuela dispuestos a invertir en una clínica ya establecida y con un nombre bien ganado en la comunidad; es así que en la década de los años 80, 210 médicos deciden formar parte de la comunidad médica de la Clínica el Ávila y es con su aporte que se logra construir la actual sede de la clínica que consta de cinco pisos de hospitalización, ocho pisos de consultorios, un anexo e consultorios de cinco pisos, quirófanos, servicio de emergencia de adultos, Centro de Atención Pediátrica Integral (CIAP), Centro de Rehabilitación (REHINCA), laboratorio, radiología, resonancia magnética, entre otros.

Resaltan como valores de la Institución.

- Satisfacción del cliente
- Visión compartida

- Liderazgo con innovación
- Identificación
- Excelencia

La institución se ha trazado como meta fundamental el desarrollo de un Proyecto de Planificación Estratégica que conlleve a ampliar sus servicios y adecuarlo a los estándares internacionales. Frente al proceso de Globalización que obliga a las empresas a hacerse cada día más competitiva y eficiente, la Clínica El Ávila adelanta una serie de pasos con miras a ampliar sus servicios y convertirse en un Hospital Inteligente; para ello se han venido realizando actividades tales como: evaluaciones del entorno tanto del interno como el externo, que permitan proporcionar información de cómo los empleados y los diferentes usuarios ven a la institución, para de esta forma trabajar en el mejoramiento de dichos entornos y asegurar la productividad y la eficiencia en el trabajo.

Las áreas organizacionales, (Anexo B) además del cuerpo medico de accionistas, están integradas por:

- Personal de Enfermería
- Personal de Mantenimiento de la Infraestructura física
- Personal de Limpieza y Aseo:
- Personal del Área Administrativa:
- Área Supervisora y Gerencial

La Clínica se encuentra en un proceso de re-dimensionamiento donde lo fundamental es garantizar una óptima atención a los. usuarios, se busca lograr un posicionamiento en el mercado como una de las instituciones de salud vanguardistas de la ciudad capital y donde todos los esfuerzos vayan conjugados hacia una sola dirección: Prestar calidad de servicio. para salvar esas brechas en la atención al usuario que puedan atentar contra la imagen de la organización se han puesto en práctica acciones de remodelación del espacio físico entre las cuales se observa

la remodelación del Servicio de Emergencia de Adultos objeto de este estudio.

Según la información proporcionada por la Gerencia de Talento Humano de la Clínica El Ávila (J. Naranjo, mayo 2010) el Servicio de Emergencia de adultos esta conformado por: un Coordinador Medico y un Coordinador de Enfermería, 38 enfermeras graduadas, 10 camilleros, 8 camareras, 6 secretarias, 9 ejecutivos de admisión, 4 cajeros, 5 Médicos Cirujanos, 10 Médicos Internistas, 2 Médicos de Triaje para un total de 94 miembros, distribuidos en turnos de trabajo de 7am - 3pm, 7am – 1pm, 1pm – 7 p.m. y 7pm - 7 am (dos grupos) . Los Médicos de triaje laboran uno en la mañana y otro en la tarde de lunes a viernes.).(Anexo C),

El Servicio de Emergencia según la Norma del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social publicada en Gaceta Oficial N. 36090 de fecha 20/11/1996 en la que se establecen los Requisitos Arquitectónicos y de Equipamiento para Establecimientos de Salud Médico-Asistenciales: es el área del establecimiento Médico Asistencial, destinado a la atención médica inmediata de pacientes procedentes del medico externo, durante 24 horas del día.

Desde el punto de vista estructural el Servicio de Emergencia de adultos se encuentra ubicada a nivel de calle, tal como se especifica en la mencionada Norma, en la entrada oeste de la Clínica correspondiente a la Avenida San Juan Bosco de Altamira, a la cual se accede a través de una rampa que comparte con la entrada al estacionamiento.

La planta física (Anexo D) está integrada por las siguientes áreas:

- Admisión y Caja
- Sala de Espera
- Secretaría

- Consultorios de Triaje
- Observación
- Trauma -Shock
- Áreas no asistenciales

El área objeto de esta investigación excluye Observación, Trauma-Shock y las áreas no asistenciales.

CAPÍTULO IV
MARCO METODOLÓGICO

4.1. Diseño y Tipo de Investigación.

La presente investigación se enmarca en la tipología de investigación denominada por Hurtado (1998), Investigación Proyectiva entendida como aquella que consiste en "una propuesta a fin de lograr la solución a un problema o necesidad de tipo práctica, bien sea de un grupo social o de una institución" y según el mismo autor comprende dos fases: una descriptiva y otra proyectiva. La fase descriptiva se define como:

> El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores contribuyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos, de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales primarios. (p.14).

La segunda fase es la proyectiva y consiste en la formulación de un proyecto destinado a atender una necesidad específica.

En este estudio el problema planteado es el tiempo de espera en el Triaje del Servicio de Emergencia y la propuesta práctica para solventarlo es el diseñar el modelo operativo en función de las demandas de la realidad abordada.

Es una investigación de campo entendida según Arias (2006) como "aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los

sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna" (p31), por lo tanto se trata de una investigación no experimental, mixta y transversal.

4.2. Universo de Estudio y Unidad de Análisis.

La población objeto de la presente investigación entendiendo como tal "la totalidad de un conjunto de elementos, seres u objetos que se desea investigar y de la cual se estudiará una fracción (la muestra) que se pretende que reúna las mismas características y en igual proporción" (Ander-Egg, 1983, p.179), esta conformada por:

- Pacientes adultos que acudan al Servicio de Emergencia de la Clínica El Ávila
- Personal Medico del Servicio de Emergencia de la Clínica El Ávila: Coordinador, ex - Coordinadores y Residentes Especialistas de planta.
- Expertos de Instituciones de salud privada, similares a la Clínica El Ávila.
- Experto Emergenciologo de ámbito internacional.

La muestra que según Balestrini (2006) es "parte representativa de una población, cuyas características deben reproducirse en ella, lo más exactamente posible" (p.128).

En la presente investigación la muestra es no probabilística, de tipo intencional; la obtención de la muestra se lleva a cabo en horas y días específicos y la conforman pacientes adultos que acuden de lunes a viernes entre las 4 y las 7 pm a la Emergencia de adultos de la Clínica El Ávila, en el periodo comprendido entre el 01 de febrero y el 30 de marzo de 2010.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que ingresen en condiciones de gravedad tal, que pasan directamente al área de trauma-shock del servicio de emergencia.
- Pacientes ya ubicados en el área de observación el Servicio de Emergencia
- Pacientes que aun estando en espera de Triaje no están dispuestos a colaborar en la investigación.

Para la determinación de los tiempos en sala de espera se tomó como muestra aquellos correspondientes a las 100 primeras consultas registradas en admisión, en el mismo periodo de tiempo, sin tener como limitante el que sean los correspondientes a los participantes de la muestra anterior y por lo tanto no se requiere de la colaboración voluntaria de los mismos.

Se entrevista al Coordinador actual del Servicio de Emergencia de la Clínica El Ávila, a dos (2) de sus predecesores y a tres (3) de los cuatro (4) residentes de planta que laboran en el horario que corresponde al de la ejecución de la investigación.

Los Expertos entrevistados pertenecen al cuerpo directivo de dos, de las cinco principales Clínicas privadas de la Capital: Dr. Diógenes Cordero Director Médico de la Policlínica Metropolitana y Dr. Amadeo Leyba, Presidente de la Junta Directiva del Hospital de Clínicas Caracas, a fin de favorecer las comparaciones. El Dr. Federico Capriles Selle, Experto de ámbito internacional Adjunto de Urgencias en el Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Barcelona, España, se contacta en una visita personal al país, por haber sido además, Coordinador de Emergencia de la Clínica El Ávila previamente.

4.3. Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos.

4.3.1 Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de tres tipos de técnicas: observación, encuestas y entrevistas.

- Técnica de observación libre, no participante, por parte de la autora, a fin de describir la secuencia de eventos que transcurren desde la llegada del paciente al Servicio de Emergencia hasta su atención medica inicial en el Triaje. Como instrumento se utiliza una libreta de notas.

- Técnica observación estructurada, como instrumento una guía con los tiempos a ser observados y un reloj.
  Mediante la observación se pretende visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, hechos, fenómenos o situaciones que se produzcan, en función de los objetivos pre-establecidos, tal como lo define Arias (2006).

- Técnica encuesta escrita, anónima y voluntaria, con su aplicación se pretende obtener información de un grupo o muestra acerca de si mismos (Arias, 2007), en este caso usuarios del Servicio de Emergencia: pacientes adultos que acudieron de lunes a viernes entre las 4 y las 7 pm a la Emergencia de adultos de la Clínica El Ávila, en el periodo comprendido entre el 01 de febrero y el 30 de marzo de 2010.

Como instrumento se utiliza el cuestionario considerado por Balestrini (2006) como:

> un medio de comunicación escrito y básico entre el encuestador y el encuestado, facilita traducir los objetivos y las variables

> de la investigación a través de una serie de preguntas muy particulares, previamente preparadas de forma cuidadosa susceptibles de analizarse con relación al problema estudiado (p.155) .

El presente cuestionario, es auto-administrado y consta de quince (15) preguntas, siete (7/15) de ellas con respuesta dicotómica Si / No, de las cuales cuatro (4/7) se complementan con respuesta abierta breve; dos (2/15), con Escala ordinal tipo Likert, cuatro (4/5) de completación de tiempos y una (1/15) abierta. (Anexo E).

A la escala ordinal tipo Likert, referida a actitud sobre tiempos de espera y elaborada para tal fin, se le asigna la siguiente puntuación:

1 = mucho mayor de lo esperado
2 = mayor de lo esperado
3= lo esperado
4= menor de lo esperado
5= mucho menor de lo esperado.

Punto de corte, valor = 3
Actitud negativa, valor = < 3
Actitud positiva, valor = >3

Los resultados de la aplicación de una Escala de tipo Likert., se obtienen al sumar los "valores" de cada respuesta y dividir por el total de respuestas, lo que proporciona una especie de puntaje promedio (Agüero y otros, 2008) que permita su análisis.

La validación de la encuesta es realizada por los Profesores Teodoro Campos y Armando Gallo de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB).

- Técnica entrevista estructurada: entendida como un dialogo o conversación entre entrevistador y entrevistado, acerca de un tema previamente determinado (Arias, 2007), en este caso conceptos opiniones y detalles sobre la dinámica del Triaje en el Servicio de Emergencia de adultos de la Clínica El Ávila, a fin de obtener la información requerida para los objetivos de la investigación.

Como instrumento se utiliza una guía de entrevista de diez (10) preguntas, a ser aplicada a los siguientes entrevistados: tres (3) Médicos Especialistas Residentes de planta del Servicio de Emergencia de adultos, el Coordinador Medico del área, la Coordinadora de Enfermería del área y dos (2) Coordinadores que le precedieron en sus funciones.

- Técnica de entrevista semi-estructurada a Expertos, con la finalidad de indagar en forma amplia aspectos y detalles del funcionamiento del Triaje en el Servicio de Emergencia de adultos, en otras instituciones de salud locales, de la misma categoría de la Clínica El Ávila y los de una institución Internacional, en la *búsqueda de las mejores practicas.*

Como instrumento se utiliza una guía de entrevista y libreta a ser aplicada al: Director Medico de la Policlínica Metropolitana, Dr. Diogenes Cordero, al Presidente de la Junta Directiva del Hospital de Clínicas Caracas, Dr Amadeo Leyba y al Dr. Federico Capriles Selle, Adjunto de Urgencias del Hospital San Joan de Reus de Barcelona, España.

4.3.2. Procesamiento y análisis de datos.

- Los datos obtenidos mediante la observación libre, referidos a la dinámica que sigue el paciente desde su llegada al Triaje hasta

que recibe atención médica se procesan y analizan en forma descriptiva. Se grafica mediante un flujograma de procesos

- El procesamiento de los tiempos de espera, se realiza mediante cálculo matemático simple de sustracción, para lo cual se toma la diferencia en minutos, desde el inicio de los trámites de admisión y el comienzo de la atención medica. Los resultados se expresan en porcentajes y se representan en gráficos. El análisis es de tipo estadístico descriptivo. La calificación de los tiempos de espera se realiza mediante aplicación de una Escala tipo Likert, y se expresa en promedios para el análisis.

- Para el procesamiento de los datos obtenidos del cuestionario a los pacientes referidos a los tiempos de espera, se utilizan las siguientes denominaciones:

    - Tiempo de espera para admisión: tiempo trascurrido desde el contacto del paciente con el ejecutivo de admisión y la finalización de los trámites correspondientes.

    - Tiempo de espera, en sala de espera: tiempo transcurrido entre la finalización de los trámites de admisión y la atención médica inicial.

    - Tiempo total de espera: la sumatoria de ambos tiempos. Es el tiempo equivalente al total de los tiempos de espera.

    - Tiempo de espera hasta la asistencia médica inicial: tiempo transcurrido desde la llegada del paciente hasta el contacto inicial con el médico de Triaje para ser atendido.

Para fines comparativos se utilizaran los tiempos de referencia de las Escalas de Triaje de cinco Niveles de atención, tomando como patrón la de la Canadian Association of Emergency Physicians, 2002 (CTAS) y la del Modelo Andorrano de Triaje, 2000 (MAT) por ser unas de las mas utilizadas.

Los resultados se expresan en porcentajes y promedios se representan en gráficos y tablas. El análisis es de tipo estadístico descriptivo.

- Para el procesamiento de los datos obtenidos a través de las entrevistas se elabora una matriz para cada uno de los tres grupos, Médicos Especialistas Residentes de planta, Coordinadores y Expertos; los contenidos se analizan mediante comparación y deducción lógica.

CAPITULO V
RESULTADOS

5.1 Presentación y Análisis de resultados.

En el presente Capitulo se presentan los resultados de la investigación obtenidos a través de los distintas técnicas e instrumentos descritos en el marco metodológico a fin de recabar la información requerida.

Se realizó la observación y registro de los 100 primeros pacientes que solicitaron asistencia en el Triaje de la Emergencia de adultos de la Clínica El Ávila durante el periodo de estudio y 104 encuestas de otros pacientes que durante el mismo periodo permanecieron en sala de espera y desearon colaborar con la investigación.

Los resultados de la información obtenida se presentan: en forma descriptiva para lo relacionado con las técnicas de observación e ilustración mediante flujo grama de procesos, con la correspondiente discusión en la cual se establecen comparaciones con lo encontrado en la revisión bibliográfica.

Para la presentación de los resultados de los tiempos de espera los cuales tienen una doble fuente, la observación de los tiempos y la percepción de los pacientes especificados en las encuestas, se utiliza como expresión numérica los porcentajes y la representación mediante gráficos. Las opiniones recabadas en las entrevistas a los coordinadores médicos de planta y expertos, se presentan en una matriz para facilitar su interpretación y el análisis.

A fin de facilitar la comprensión de los resultados, se divide el Capitulo en las siguientes secciones:

- 5.1 Descripción de eventos que transcurren desde la llegada del paciente al Servicio de Emergencia de adultos hasta la atención medica inicial en Triaje.
- 5.2. Determinación de los tiempos de espera en el proceso de atención del paciente en Triaje.
- 5.3 Aspectos funcionales relativos a la llegada y permanencia en el Triaje, opiniones y recomendaciones derivadas de los mismos.
- 5.4. Matriz de resultados de la entrevista a Médicos Especialistas de planta, Residentes del Servicio de Emergencia.
- 5.5. Matriz de resultados de la entrevista a Coordinadores del Servicio de Emergencia.
- 5.6. Matriz de resultados de la Entrevista a Expertos en la *búsqueda de las mejores prácticas.*

5.1. Descripción de eventos que transcurren desde la llegada del paciente al Servicio de Emergencia de adultos hasta la atención medica inicial en Triaje.

El paciente adulto que tiene o cree tener una emergencia o una urgencia accede al Servicio de Emergencia a través de la rampa de acceso a nivel de calle; la atención de pacientes en ambulancia o de aquellos en condiciones criticas es a través de la primera entrada visible que corresponde a las puertas automáticas de acero inoxidable, que lo derivan a los cubículos de trauma-shock , donde sin demora alguna es atendido; este paciente se auto-clasifica y corresponde a los Niveles de Urgencia I o II de cualquiera de las Escalas de Triaje descritas.

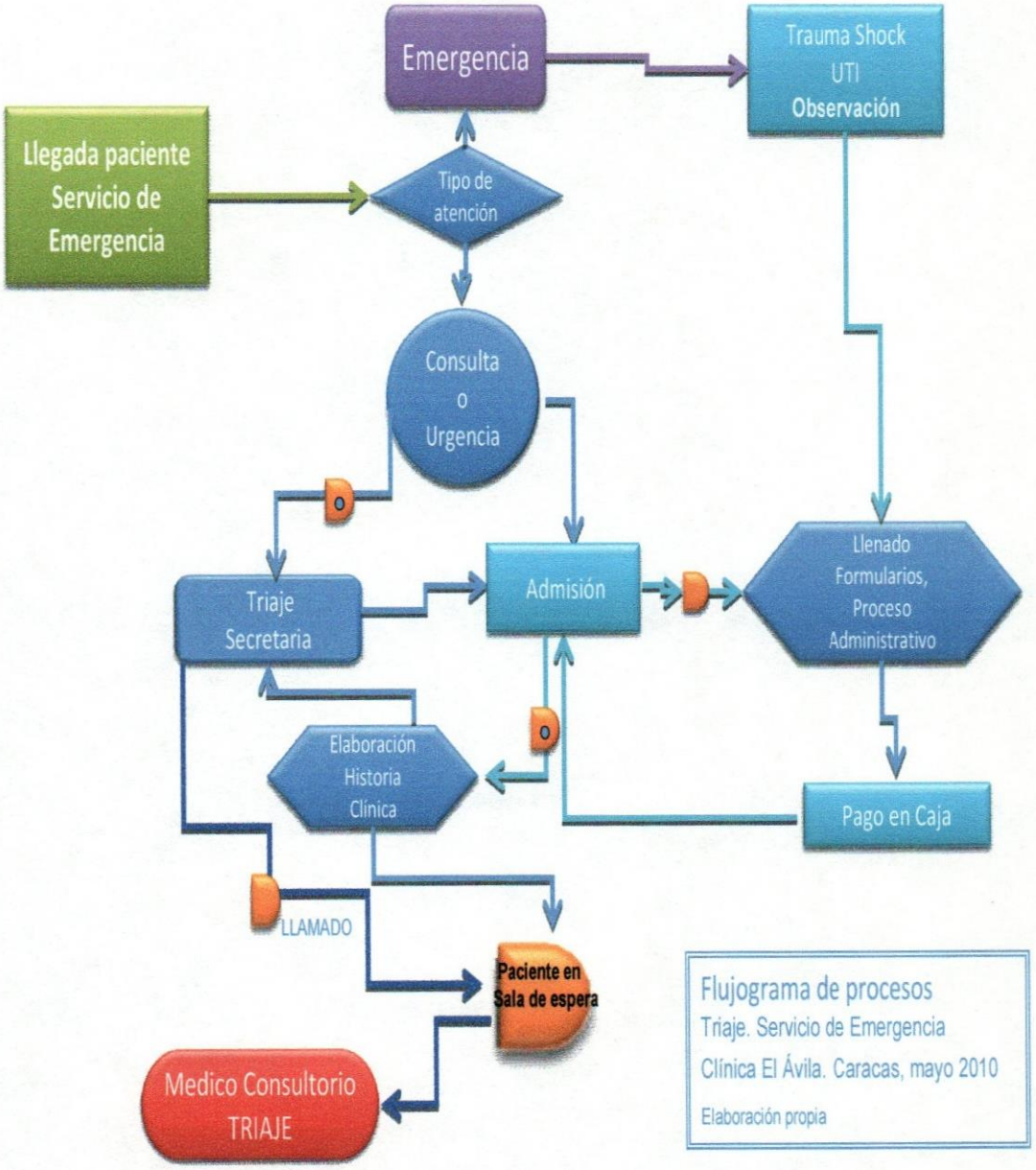
El arribo del paciente que llega por sus propios medios, objeto de este estudio, porque amerita ser atendido en el Servicio de Emergencia , lo hace a través de la puerta batiente de vidrio templado identificada como

Emergencia; accede a la sala de espera y encuentra inmediatamente a la derecha, la taquilla de Admisión donde recibe del ejecutivo a cargo una planilla, para llenar sus datos personales y procede a entregarla, una vez llena en una segunda taquilla anexa a la anterior identificada como Caja, donde según la modalidad de pago se realizan los trámites pertinentes. Es de hacer notar que para el momento de esta investigación el sistema informático de intranet no esta totalmente implementado por lo que lo descrito, se lleva a cabo de forma manual, excepto lo realizado internamente por el personal de admisión y cobranzas que es cargado en el sistema para efectos de cobro.

Una vez concluido este procedimiento el sistema informático, reconoce al paciente y genera una etiqueta auto adhesiva con la identificación y un número de historia y es entonces cuando se le entrega al paciente la historia de Emergencia / Triaje para que llene en ella manualmente sus datos personales y el motivo de consulta, lo cual realiza sentado en la sala de espera; una vez llena la historia, la devuelve a la taquilla de Admisión quien la envía entonces a la secretaria del Triaje. La secretaria apila las historias según el orden en que se las entregan y en ese mismo orden llama a los pacientes. En la historia del paciente queda registrada la hora de llegada, la hora de la finalización de los trámites de admisión y la hora del inicio de la atención médica.

El paciente regresa a sala de espera de donde la Secretaria le llama al momento en que el medico de Triaje lo va a evaluar. Hasta este momento ningún miembro del personal de salud ha contactado todavía al paciente, es decir se realiza un Triaje no profesional, puesto que es el ejecutivo de admisión o caja, o la secretaria de Triaje la que prioriza la atención de los pacientes. En el flujograma de procesos anexo se plasma la realidad actual del Triaje del Servicio de Emergencia. (Ver, Flujograma 1).

Flujograma de Procesos 1. Atención de pacientes Servicio de Emergencia de Adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Mayo 2010.



Fuente: observación de procesos, por parte de la autora, en Sala de espera Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Mayo 2010.
Leyenda: las demoras que contienen punto azul, son consideradas menores en el presente estudio.

Se evidencian posibles barreras arquitectónicas que no favorecen la implementación del Triaje entendido como tal, en el que los pacientes en espera deben ser observados mientras esperan ser atendidos.

No se aplica actualmente ninguna de las escalas de Triaje mencionadas, una década atrás intentó implementarse una escala de cuatro niveles, de lo cual no hay seguimiento alguno.

Una vez evaluado por el medico que se encuentra en el Triaje, en cualquiera de los tres cubículos destinados a tal fin, el paciente, puede seguir rutas diferentes:

- Egreso al hogar.
- Derivación al consultorio de algún accionista.
- Ameritar exámenes complementarios: laboratorio estudios por imágenes, ecosonografia, etc. cuyos resultados podría esperar en sala de espera o en uno de los cubículos del área de observación según su condición clínica.
- Ameritar evaluación por su medico tratante accionista o el especialista accionista de guardia para lo cual es trasladado al área de observación.
- De ameritar hospitalización por los resultados de cualquiera de los procedimientos ya mencionados permanece en observación mientras se realizan de nuevo los trámites de cobranzas y se habilita la habitación en piso.

En la actualidad la fluidez en la evaluación de los pacientes en el área denominada Triaje esta supeditada a la disponibilidad de los cubículos en el área de observación, si no hay cubículos disponibles, el Triaje se interrumpe, hasta que se habilite el cupo; este factor se convierte en un cuello de botella que retrógradamente causa efectos negativos sobre los pacientes en espera, sea cual sea su requerimiento de atención,

al punto que en ocasiones se cierra el Triaje y no se reciben mas pacientes hasta que no se liberen cupos en las camas de observación .

Se parte de la premisa de que si alguno de los pacientes que ya se registraron en admisión y están en espera pasa al consultorio de Triaje y amerita quedarse en observación y no hay cubículo disponible, se crea una situación difícil tanto para el paciente que no ha terminado de ser totalmente atendido y para la Institución porque ya se ha establecido una relación con el paciente, tanto médica como administrativa. En consecuencia, el tiempo de espera, además de verse influenciado por el volumen alto de pacientes, se puede prolongar por agotamiento de los recursos físicos disponibles en el área de observación.

En realidad no se realiza un verdadero Triaje con escalas de categorización entre los pacientes que se encuentran en espera, en principio se llaman por orden de llegada establecido por el ejecutivo de admisión, (Triaje no profesional); con seguridad algunos de ellos podrían ser resueltos rápidamente, o derivados, y así aliviar el volumen de pacientes, y dar preferencia a los casos mas comprometidos, pero como no se realiza el Triaje, todos siguen en la espera. Es de destacar que este método es el menos recomendable porque no toma en cuenta la condición clínica del paciente.

En el flujograma de pacientes de las Instituciones en que se aplica el Triaje en su sentido mas estricto y utilizan el Triaje Estructurado con cualquiera las escalas de categorización descritas, en cuanto llega el paciente , el personal cualificado que lo realiza , lo identifica y realiza rápidamente una serie de preguntas cortas protocolizadas, lo deriva, sin emitir diagnóstico alguno, al área efectiva donde va a ser atendido, previo paso si su condición lo permite por el área administrativa.

El paciente puede o bien regresar a sala de espera o pasar a los

boxes de Triaje donde el personal de enfermería toma las constantes vitales y alguna sencilla medida terapéutica mientras arriba el medico o médicos a cargo, quienes completan la evaluación del paciente y deciden cualquiera de las actuaciones ya descritas previamente. Quedan exceptuados los pacientes de Categorías de Triaje Nivel I y II. El paciente que amerita estudios adicionales de imágenes o laboratorio ya no regresa al box de Triaje sino o bien a sala de espera a o a una segunda área de observación en la que en teoría no debería pasar mas de 24 horas y de la cual puede egresar o ser traslado a alguno de los servicios de hospitalización o Terapia Intensiva. (F. Capriles, Comunicación verbal, mayo 2010)

5.2. Determinación de los tiempos de espera en el proceso de atención del paciente en Triaje.

Se presentan a continuación mediante tablas y gráficos los resultados obtenidos de la observación y registro de tiempos de espera en Triaje y los recabados del cuestionario a través de las encuestas a los pacientes objeto de este estudio.

5.2.1. Tiempo de espera transcurrido hasta la atención médica inicial en Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, según observación y registro de tiempos en sala de espera.

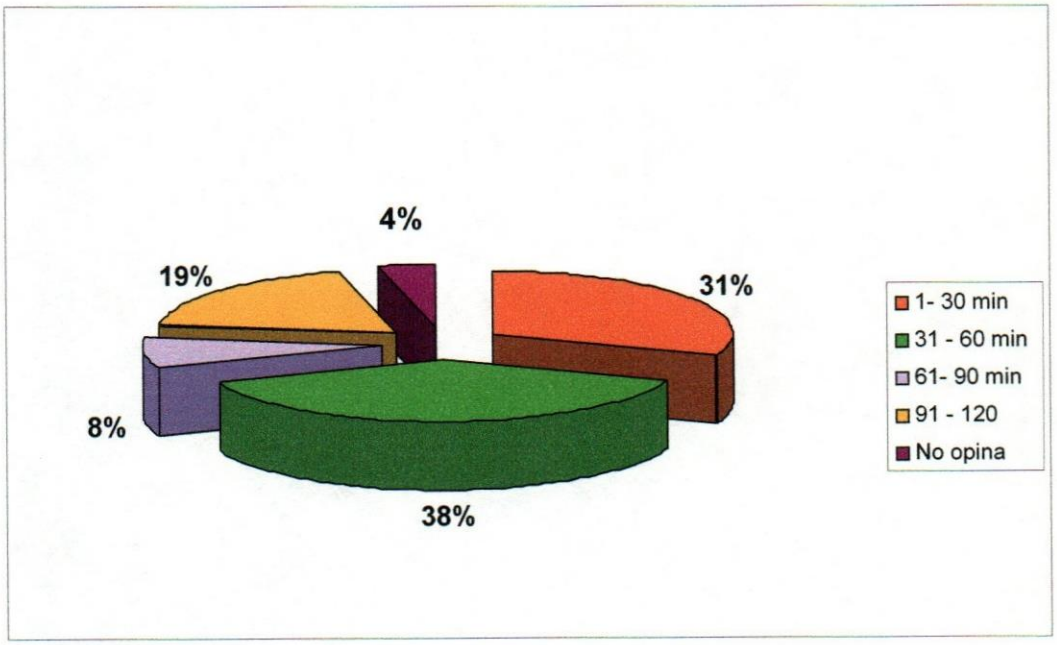
Durante la observación realizada, destaca que el 78 % (n= 78 /100) de los pacientes fue atendido por el medico en el consultorio de Triaje, en los primeros 60 minutos, lo cual es acorde con la espera estimada en las escalas de Triaje de cinco niveles tipo CTAS/ MAT, para los pacientes de Nivel III, es decir urgentes , sin embargo no se puede llegar a esta inferencia puesto que no se discrimina en el estudio el motivo de consulta y porque el Triaje realizado es de tipo no profesional, de acuerdo al orden de llegada del paciente y no a su condición clínica.

5.2.4. Tiempo de espera después de la admisión, para recibir asistencia médica.

El tiempo de espera después de la admisión y hasta que el paciente es atendido por el medico de Triaje, (Ver, Grafico 3), muestra que el 69% (n= 72 / 104) recibe atención medica en los primeros 60 minutos después de la admisión y de ellos poco menos de la mitad antes de los 30 minutos, lo cual es un hallazgo similar, aunque no simultaneo, a lo observado en la toma de tiempos en sala de espera. (Ver Gráfico 1).

Gráfico 3.

Tiempo de espera después de la admisión, para recibir asistencia médica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

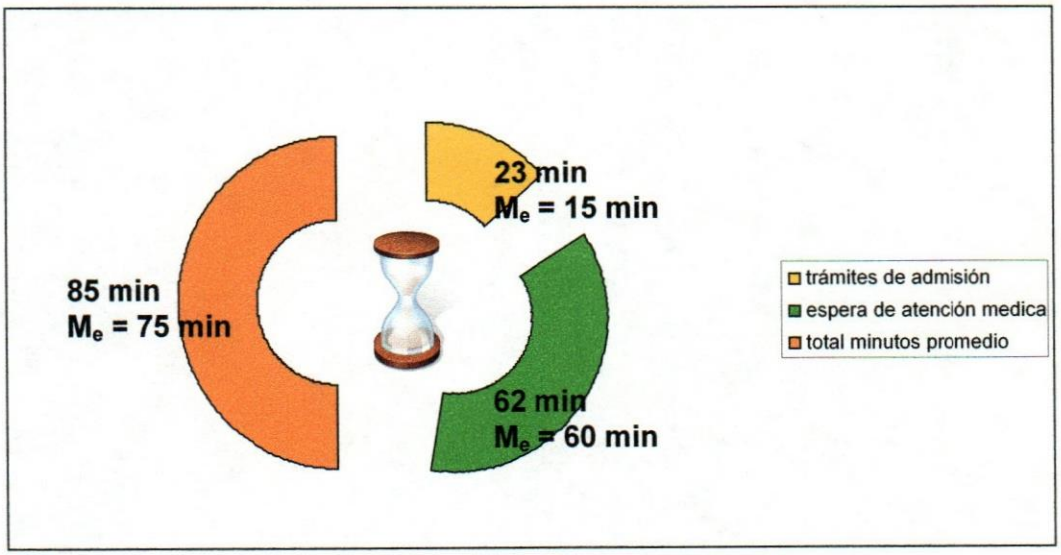
No obstante llama la atención que un 19% (n=20 / 104) de los pacientes esperó mas de hora y media para ser atendido y un 8 % (n= 4 /104) no quiso opinar, lo cual podría reflejar una actitud de insatisfacción ante la demora de atención.

5.2.5. Tiempo promedio de espera entre los trámites de admisión y la atención médica inicial en Triaje.

Al realizar el cálculo del tiempo promedio y la mediana para series de números pares, desagrupando los tiempos, se destaca que para los tramites de admisión el tiempo promedio de espera es de 23 minutos, con una mediana de 15 minutos. Para el tiempo en sala de espera posterior a la admisión, el tiempo promedio es de 62 minutos y la mediana se ubicó en 60 minutos. (Ver, Gráfico 4).

Gráfico 4.

Tiempo promedio de espera, en minutos, entre los trámites de admisión y la atención médica inicial en Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

En total un paciente que acude al Triaje demora en promedio 85 minutos, con una mediana de 75 minutos, entre realizar todos los trámites administrativos y el inicio de la asistencia medica, de lo cual se deduce que el tiempo mayor de espera radica en la rapidez de la atención medica y no en los tramites administrativos, como parece ser la impresión en general. Considerando las Escalas de cinco niveles de atención en Triaje,

estos pacientes fueron atendidos en el tiempo de espera estimado entre el Nivel III (nivel de gravedad "Urgencia", tiempo de espera 60 minutos) y Nivel IV de urgencia, (nivel de gravedad "Menos urgente", tiempo de espera 120 minutos) según CTAS / MAT).

5.2.6. Calificación del tiempo de espera desde la llegada al Triaje hasta el inicio de la asistencia medica.

En la tabla 3, se representa la puntuación obtenida por cada calificación, realizada por los pacientes al tiempo de espera desde la llegada al Triaje hasta el inicio de la atención médica.

Tabla 3. Calificación del tiempo de espera hasta recibir asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, según Escala tipo Likert. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.

Calificación de tiempo	No. de respuestas	Puntuación	Sumatoria
1= mucho más del esperado	9	1	9
2 = más del esperado	27	2	54
3 = el esperado	39	3	117
4 = menos del esperado	14	4	56
5= mucho menos del esperado	5	5	25
No opina (10)	-	-	-
Total	94		261
Promedio			2.7

Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010

El resultado del promedio fue de 2.7, lo cual lo ubica según la escala utilizada, cuyo punto de corte es 3 (tres), en la calificación *"mas del esperado"*. Este resultado podría indicar la tendencia a una actitud

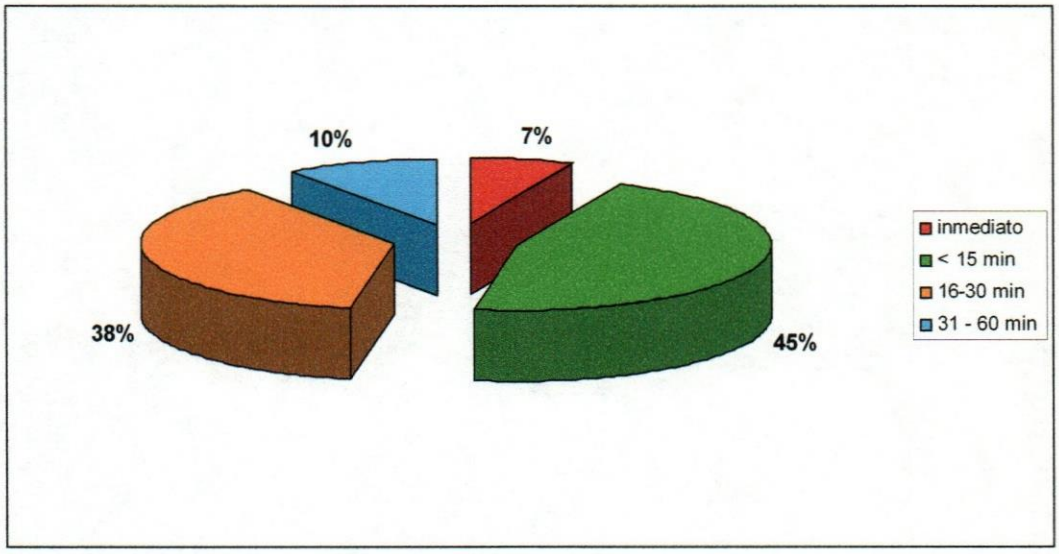
negativa, hacia ese tiempo de espera que representa el tiempo de espera total. ; el resultado es acorde con la percepción subjetiva que se describe en los procesos de espera por parte de los pacientes atribuida a la ansiedad y la incertidumbre.(López, 2006).

5.2.7. Tiempo de espera considerado por el paciente como "aceptable" para recibir asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia.

El 45% (n= 48 / 104) de los pacientes opinó que la asistencia medica en emergencia debería de prestarse en los primeros 15 minutos, mientras que el 7% (n =7 /104) se inclinó por opinar que debería ser inmediato. El 38% (n= 39 /104) escogió un rango máximo entre 16 y 30 minutos. (Ver, Gráfico 5).

Gráfico 5.

Tiempo de espera considerado como *"aceptable"* por los pacientes, para recibir asistencia médica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos . Clínica El Ávila. Caracas. 2010



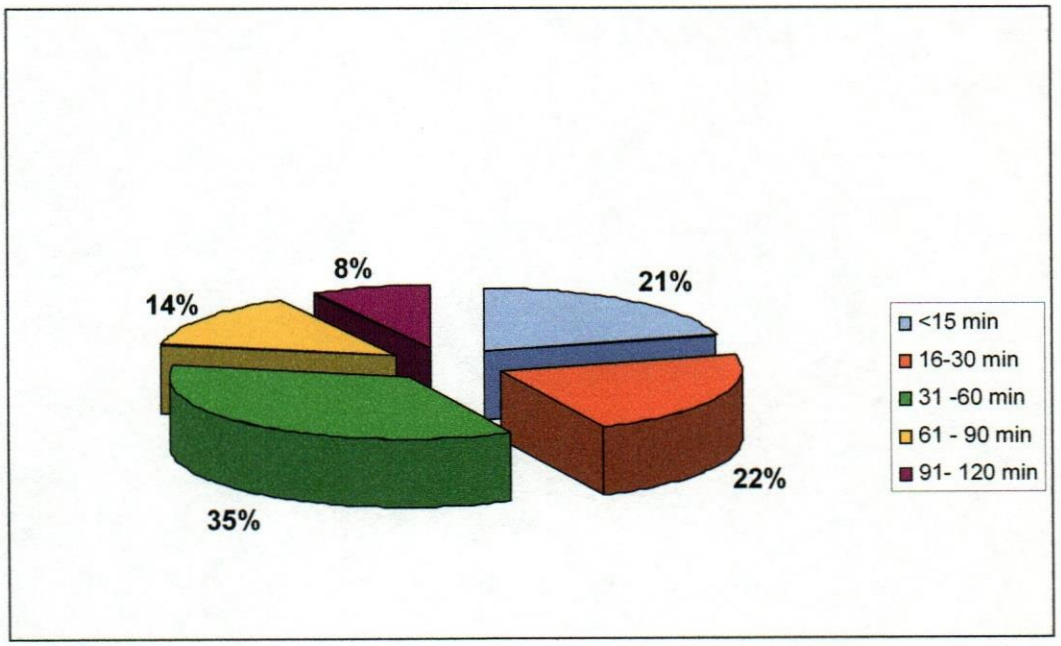
Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo 2010.

Es decir lo "*aceptable*" para el 90% de los pacientes es un tiempo de espera menor a 30 minutos , esto es cónsono con que le hayan dado una

Sin embargo, el 14 % de los pacientes (n= 14 / 100) esperó mas de 61 minutos por la atención medica, y el 8% (n= 8/100) correspondió a esperas entre 91 y 120 minutos, independientemente de su condición de salud. (Ver, Gráfico 1.)

Gráfico 1.

Tiempo de espera transcurrido hasta la atención médica inicial en Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, según observación y registro de tiempos en sala de espera, expresados en minutos. Clínica El Ávila. Caracas 2010.



Fuente: observación y registro de tiempos en sala de espera. Triaje . Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.

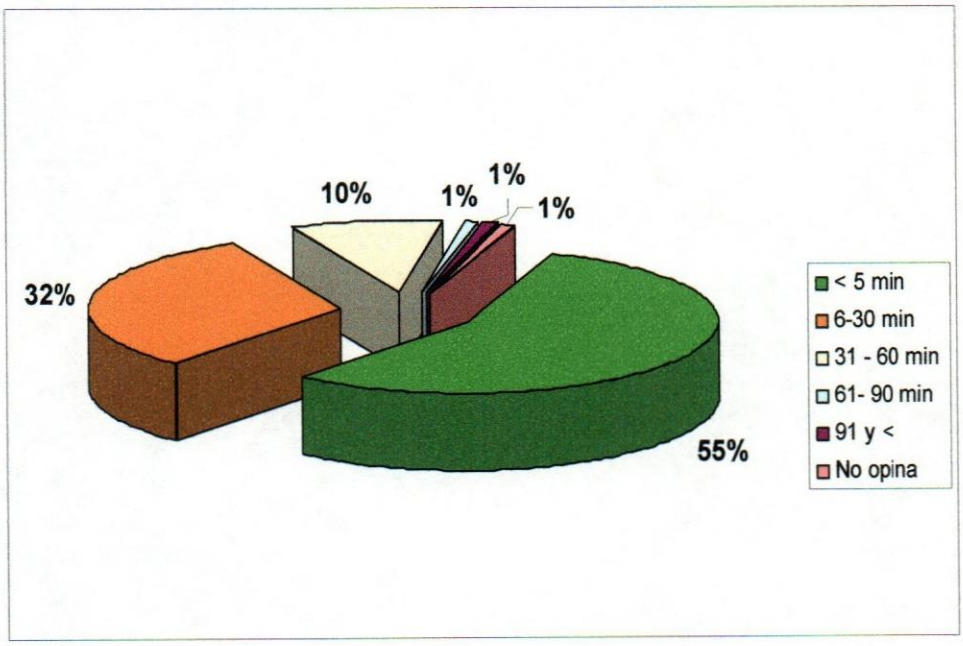
5.2.2. Tiempo empleado en los trámites de admisión, para solicitar y recibir asistencia médica.

En general, se tiene la impresión que en las Instituciones privadas de salud, las demoras se deben a los tramites de admisión, que consisten en: la toma de datos por parte del ejecutivo de admisión, el llenar una planilla de responsabilidad de pago, el pasar por caja y según la

modalidad de pago, en el escenario mas lento, el tramitar o no la aceptación de responsabilidad por parte del seguro; mas de la mitad de los pacientes, 55%, (n= 58 /104) realizó estos tramites en menos de 5 minutos, el 87% (n= 91 /104) lo resolvió en los primeros 30 minutos, sin embargo el 1% (n= 1/104) tuvo una demora de mas de 91 minutos (Ver, Gráfico 2).

Gráfico 2.

Tiempo empleado en los trámites de admisión, para solicitar asistencia médica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, expresado en minutos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

En este punto cabe plantearse, que tal vez la modalidad de pago, en efectivo o con tarjeta de crédito, puede tener influencia en estos tiempos, sin lugar a duda aquellos con modalidad de pago a través de aseguradoras tiene trámites algo mas largos, aunque para el paciente una vez entregada la planilla en la taquilla, estos ya han terminado. La verdad es que hasta que la negociación con el seguro no termina, no se genera el número de historia para proseguir en el proceso de atención al

paciente. Esta ultima eventualidad sumaria tiempo de espera en la atención inicial por el medico. El presente estudio no discrimina la modalidad de pago.

5.2.3. Calificación del tiempo empleado en los trámites de admisión, para recibir asistencia medica.

La calificación que dan los pacientes al tiempo de espera empleado para los trámites de admisión, se expresa a continuación el la Tabla 2.

Tabla 2. Calificación del tiempo empleado en los trámites de Admisión, para solicitar asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, según Escala tipo Likert. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.

Calificación del tiempo	No.	Puntuación	Sumatoria
1= mucho más del esperado	5	1	5
2 = más del esperado	22	2	44
3 = el esperado	39	3	117
4 = menos del esperado	34	4	140
5= mucho menos del esperado	4	5	20
Total	104	15	324
Promedio			3.1

Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

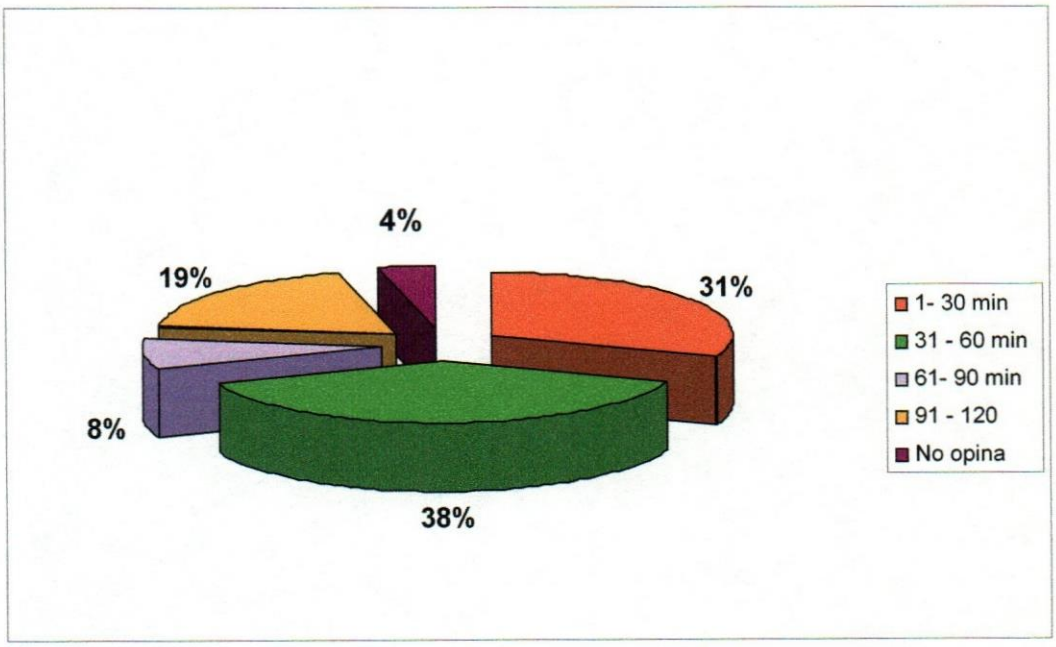
El resultado llevado a promedio de puntuación es de 3.1, que para la escala utilizada ubica el tiempo de espera para tramites de admisión en *"el esperado"*, contrario a la percepción subjetiva que se tiene de que dichos tramites se prolongan y que ha sido objeto de estudio como el realizado por Armas y Pereira (2005).

5.2.4. Tiempo de espera después de la admisión, para recibir asistencia médica.

El tiempo de espera después de la admisión y hasta que el paciente es atendido por el medico de Triaje, (Ver, Grafico 3), muestra que el 69% (n= 72 / 104) recibe atención medica en los primeros 60 minutos después de la admisión y de ellos poco menos de la mitad antes de los 30 minutos, lo cual es un hallazgo similar, aunque no simultaneo, a lo observado en la toma de tiempos en sala de espera. (Ver Gráfico 1).

Gráfico 3.

Tiempo de espera después de la admisión, para recibir asistencia médica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

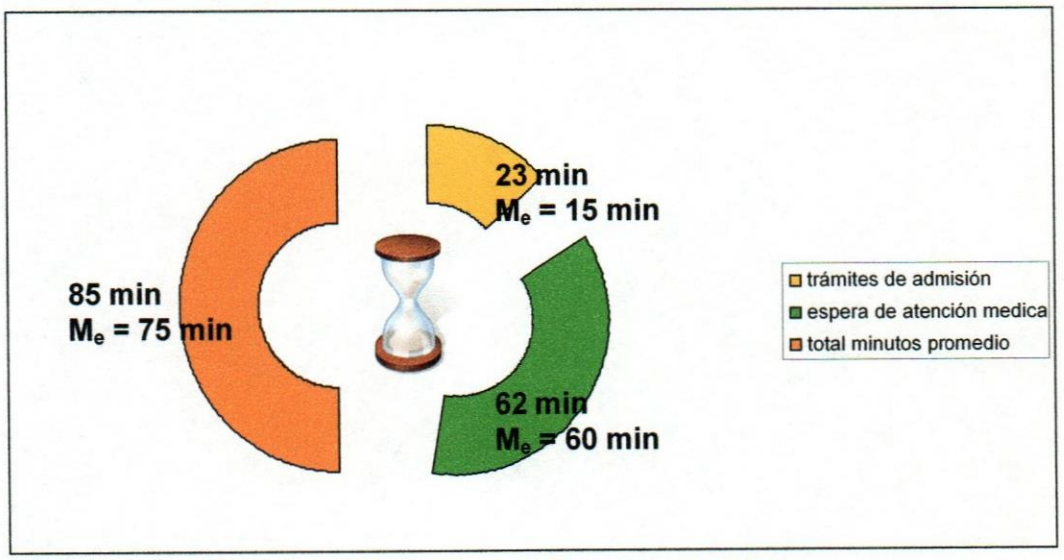
No obstante llama la atención que un 19% (n=20 / 104) de los pacientes esperó mas de hora y media para ser atendido y un 8 % (n= 4 /104) no quiso opinar, lo cual podría reflejar una actitud de insatisfacción ante la demora de atención.

5.2.5. Tiempo promedio de espera entre los trámites de admisión y la atención médica inicial en Triaje.

Al realizar el cálculo del tiempo promedio y la mediana para series de números pares, desagrupando los tiempos, se destaca que para los tramites de admisión el tiempo promedio de espera es de 23 minutos, con una mediana de 15 minutos. Para el tiempo en sala de espera posterior a la admisión, el tiempo promedio es de 62 minutos y la mediana se ubicó en 60 minutos. (Ver, Gráfico 4).

Gráfico 4.

Tiempo promedio de espera, en minutos, entre los trámites de admisión y la atención médica inicial en Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

En total un paciente que acude al Triaje demora en promedio 85 minutos, con una mediana de 75 minutos, entre realizar todos los trámites administrativos y el inicio de la asistencia medica, de lo cual se deduce que el tiempo mayor de espera radica en la rapidez de la atención medica y no en los tramites administrativos, como parece ser la impresión en general. Considerando las Escalas de cinco niveles de atención en Triaje,

estos pacientes fueron atendidos en el tiempo de espera estimado entre el Nivel III (nivel de gravedad "Urgencia", tiempo de espera 60 minutos) y Nivel IV de urgencia, (nivel de gravedad "Menos urgente", tiempo de espera 120 minutos) según CTAS / MAT).

5.2.6. Calificación del tiempo de espera desde la llegada al Triaje hasta el inicio de la asistencia medica.

En la tabla 3, se representa la puntuación obtenida por cada calificación, realizada por los pacientes al tiempo de espera desde la llegada al Triaje hasta el inicio de la atención médica.

Tabla 3. Calificación del tiempo de espera hasta recibir asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, según Escala tipo Likert. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.

Calificación de tiempo	No. de respuestas	Puntuación	Sumatoria
1= mucho más del esperado	9	1	9
2 = más del esperado	27	2	54
3 = el esperado	39	3	117
4 = menos del esperado	14	4	56
5= mucho menos del esperado	5	5	25
No opina (10)	-	-	-
Total	94		261
Promedio			2.7

Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010

El resultado del promedio fue de 2.7, lo cual lo ubica según la escala utilizada, cuyo punto de corte es 3 (tres), en la calificación *"mas del esperado".* Este resultado podría indicar la tendencia a una actitud

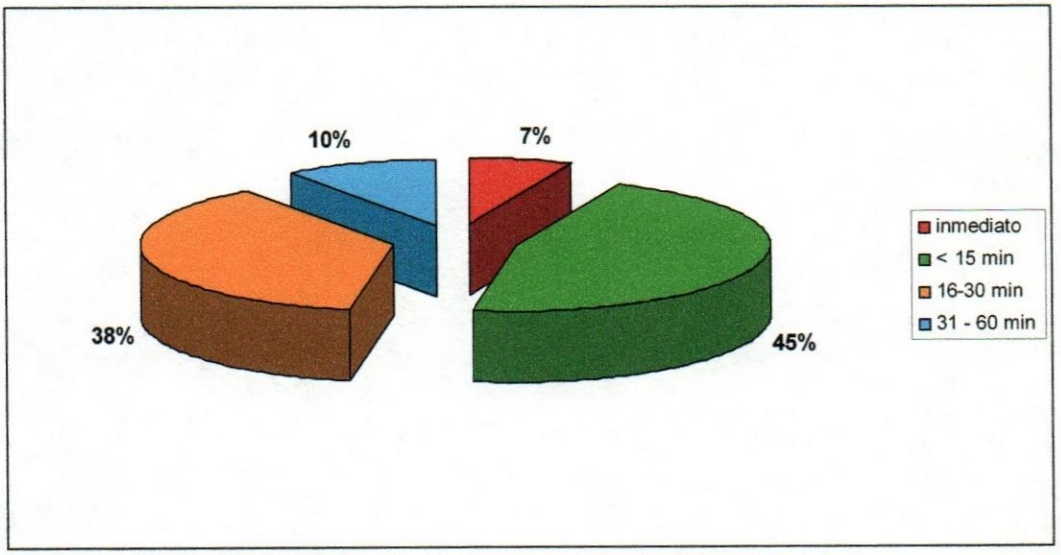
negativa, hacia ese tiempo de espera que representa el tiempo de espera total. ; el resultado es acorde con la percepción subjetiva que se describe en los procesos de espera por parte de los pacientes atribuida a la ansiedad y la incertidumbre.(López, 2006).

5.2.7. Tiempo de espera considerado por el paciente como "aceptable" para recibir asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia.

El 45% (n= 48 / 104) de los pacientes opinó que la asistencia medica en emergencia debería de prestarse en los primeros 15 minutos, mientras que el 7% (n =7 /104) se inclinó por opinar que debería ser inmediato. El 38% (n= 39 /104) escogió un rango máximo entre 16 y 30 minutos. (Ver, Gráfico 5).

Gráfico 5.

Tiempo de espera considerado como *"aceptable"* por los pacientes, para recibir asistencia médica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos . Clínica El Ávila. Caracas. 2010



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo 2010.

Es decir lo "*aceptable*" para el 90% de los pacientes es un tiempo de espera menor a 30 minutos , esto es cónsono con que le hayan dado una

calificación al tiempo de espera total como *"mas del esperado"* el cual se ubica en 85 minutos promedio. (Ver, Tabla 3). En el trasfondo podría deducirse que el 90% de los pacientes señala sin intencionalidad manifiesta la necesidad de un Triaje inicial para orientar prontamente el procedimiento o ruta a seguir con cada paciente y optimizar los tiempos de espera.

En la siguiente tabla (Ver, Tabla 4) se resumen los tiempos de espera para admisión, para la atención medica y tiempo de espera total, destacando que hay concordancia entre lo percibido y lo considerado *"aceptable"* para el paciente ; si se toma el tiempo de espera total de 85 minutos, y lo llevamos a la escala de la CTAS / MAT los paciente son vistos en un tiempo promedio, como si se tratase de casos de urgencia (Nivel III) y menos urgentes (Nivel IV) lo cual parece aceptable para el standard, aunque no lo sea para el paciente.

Tabla 4. Resumen comparativo de los tiempos de espera, Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, según tiempo real y percepción de los pacientes. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.

TIEMPOS DE ESPERA	Tiempo Real promedio	Tiempo percibido calificación	*Tiempo "Aceptable"*
para admisión	23 minutos	*"lo esperado"*	
en sala de espera	62 minutos		
tiempo de espera total	85 minutos	*"mas del esperado"*	30 minutos

Fuente: Eaboración propia, Grafico No. 5 y Tablas No. 2 y 3.

Durante el periodo de observación, el tiempo de espera se ubicó alrededor de los 60 minutos, igualmente fuera de lo considerado como *"aceptable"* por el paciente. Las diferencias que se evidencian entre el tiempo de espera registrado y los reportados por los pacientes, aunque no fueron simultáneos, podría tener como explicación que estos últimos siempre van a tener la percepción de que el tiempo de espera es mayor

del real por la angustia del momento y la necesidad imperativa de ser vistos a la brevedad en la emergencia.

5.3. Aspectos funcionales relativos a la llegada y permanencia en el Triaje, opiniones y recomendaciones derivadas de los mismos.

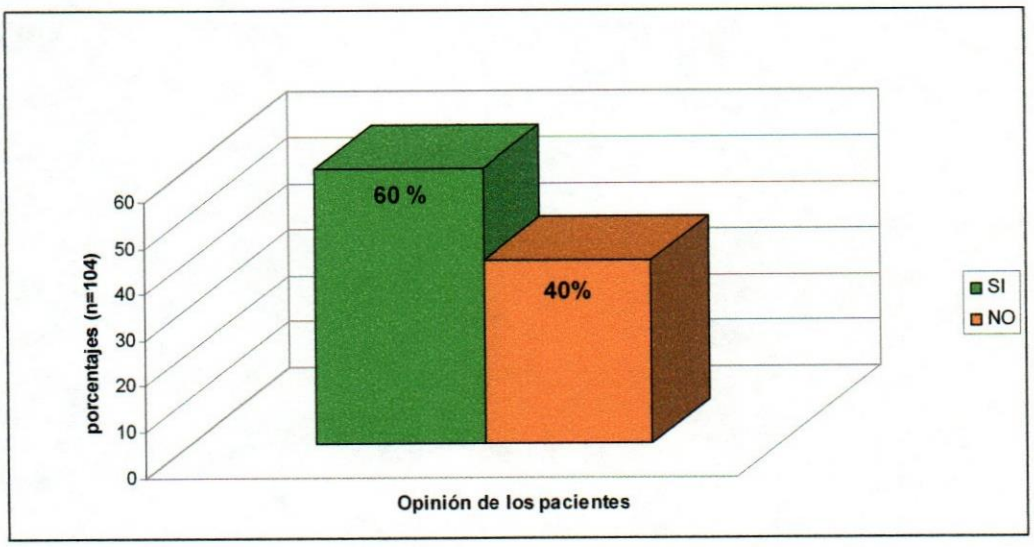
Se presentan a continuación los resultados de las pregunta de la encuesta a los pacientes relacionados con la llegada, permanencia y atención en Triaje, mediante tablas y gráficos.

5.3.1. Conocimiento sobre la dinámica a seguir, para solicitar asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos.

El conocimiento sobre los pasos a seguir por el paciente a su llegada al, área de Triaje se representan en el Gráfico 6. a continuación:

Gráfico 6.

Conocimiento sobre la dinámica a seguir para solicitar asistencia medica en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010

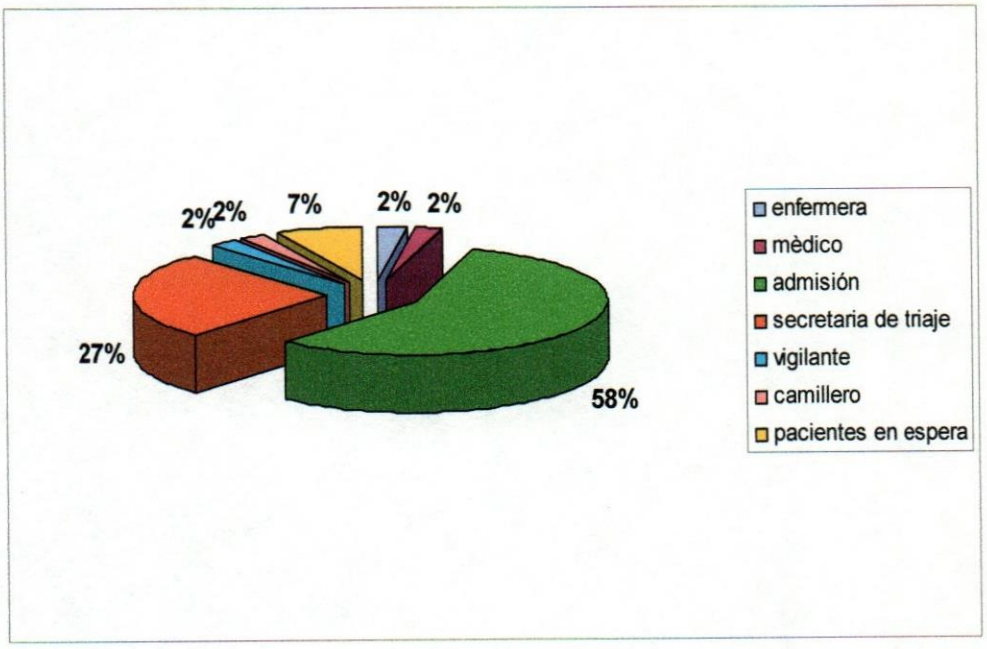


Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

El 60 % (n= 62 / 104) de los pacientes que acudieron para solicitar asistencia medica al Triaje, conocían los pasos a seguir a su llegada, por haber estado antes en el Servicio, (Ver, Gráfico 6); el 40% restante obtuvo la información necesaria de las fuentes que se representan en el (Ver, Gráfico 7). De los pacientes que desconocían los pasos a seguir para ser atendidos en el Triaje de la Emergencia, el 58% (n= 24 / 42) obtuvo la información requerida de los ejecutivos de admisión que se encuentran ubicados inmediatamente a la derecha de la entrada al Servicio de Emergencia lo cual podría favorecer este hecho. taquilla de la secretaria de Triaje.

Gráfico 7.

Obtención de información sobre la dinámica a seguir para solicitar asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



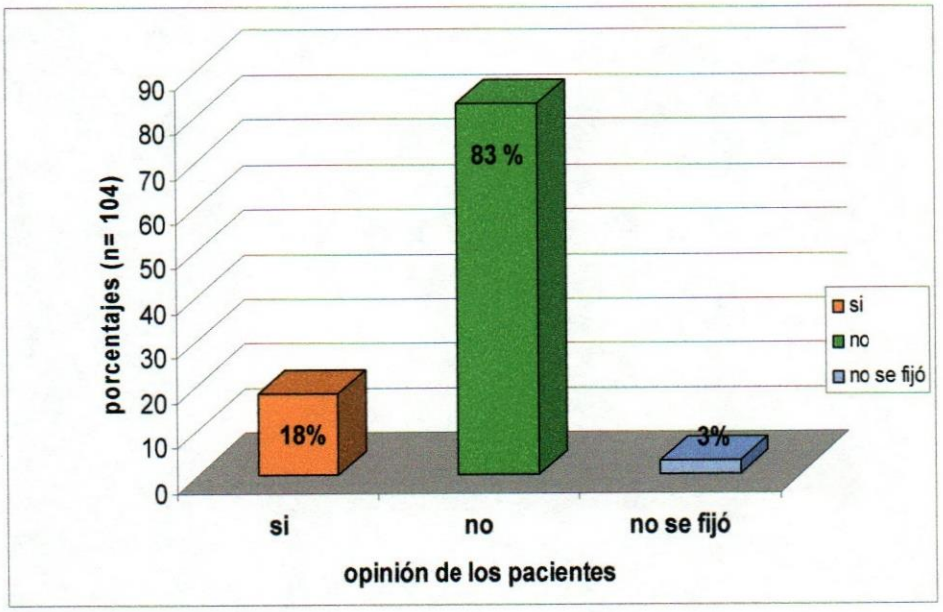
Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

5.3.2. Visualización de instructivo en sala de espera, sobre los pasos a seguir, para solicitar asistencia medica.

Ante la pregunta sobre si observaron algún instructivo sobre los pasos a seguir en la entrada del Servicio de Emergencia o en la sala de espera del Triaje el 83% (n= 94 / 104) de los pacientes no lo visualizó, (Ver Gráfico 8). El instructivo en cuestión es una lámina de acrílico azul, de 32 x 45 cms, que se encuentra ubicado en la sala de espera en una gruesa columna al frente de la entrada del Servicio de Emergencia debajo de un televisor pantalla plana de 42 pulgadas, lo cual probablemente funge de distractor.

Gráfico 8.

Visualización de instructivo en sala de espera sobre los pasos a seguir para solicitar asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

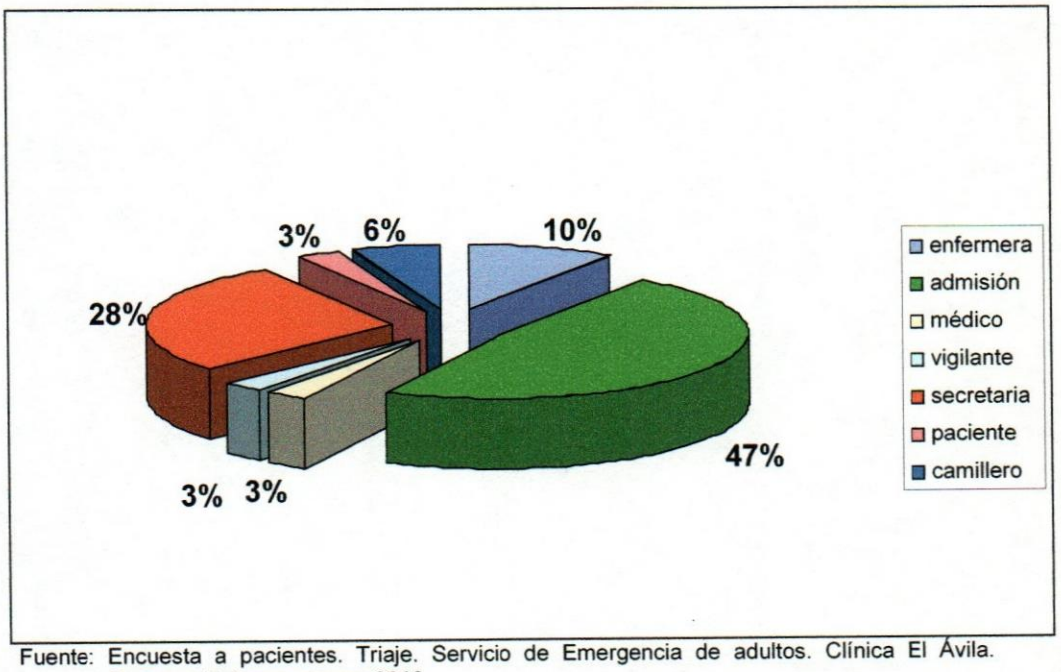
5.3.3. Primer contacto al llegar al Triaje, sobre los pasos a seguir para solicitar asistencia medica.

Sobre el primer contacto de los pacientes al llegar al Triaje, el 47% (n= 50 / 104) lo hizo con el personal de admisión, tal como se representa en

el Gráfico 9, aunque según los resultados del Gráfico 7, el 60%, (62/ 104) sabía que tenían que dirigirse inicialmente a la taquilla de admisión, lo cual es llamativo; al igual que entre los que no sabían que hacer, quienes dicen que quien les informó fueron los ejecutivos de admisión 48% (24 /42) y tampoco los contactaron.

Gráfico 9.

Primer contacto al llegar a sala de espera, sobre los pasos a seguir para solicitar asistencia médica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

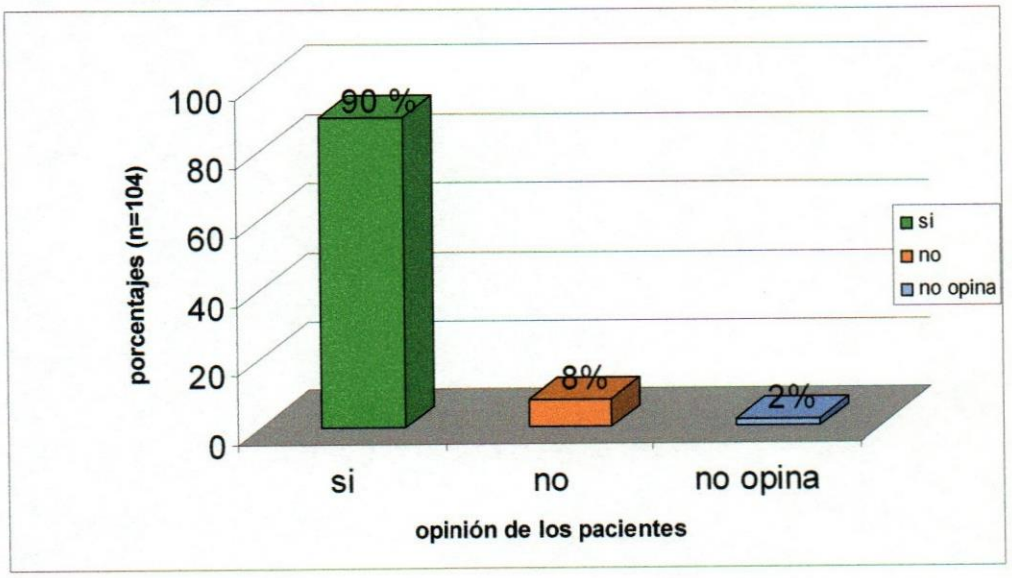
De lo anterior podría deducirse que el primer grupo, aun sabiendo lo que tienen que hacer, por alguna razón, tuvo demora en acercarse a la taquilla de admisión para iniciar los tramites de atención y en el segundo grupo de los que no sabían que hacer, la demora puede haberse debido a que preguntaron antes a otros, que no les supieron informar sobre el que hacer, lo cual constituye también una demora en la solicitud de atención.

5.3.4. Necesidad de atención por parte de un Oficial de Recepción para solicitar asistencia medica.

El 90% (n= 94 / 104), de los encuestados opinó que seria necesaria la presencia de un Oficial de Recepción en el Triaje del Servicio de Emergencia, para la información y orientación inicial, lo cual se representa en el Grafico 10. Este resultado es consistente con lo presentado en los dos puntos anteriores y su implantación podría agilizar la atención administrativa de los pacientes.

Gráfico 10.

Necesidad de asistencia por parte de un Oficial de Recepción para solicitar asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



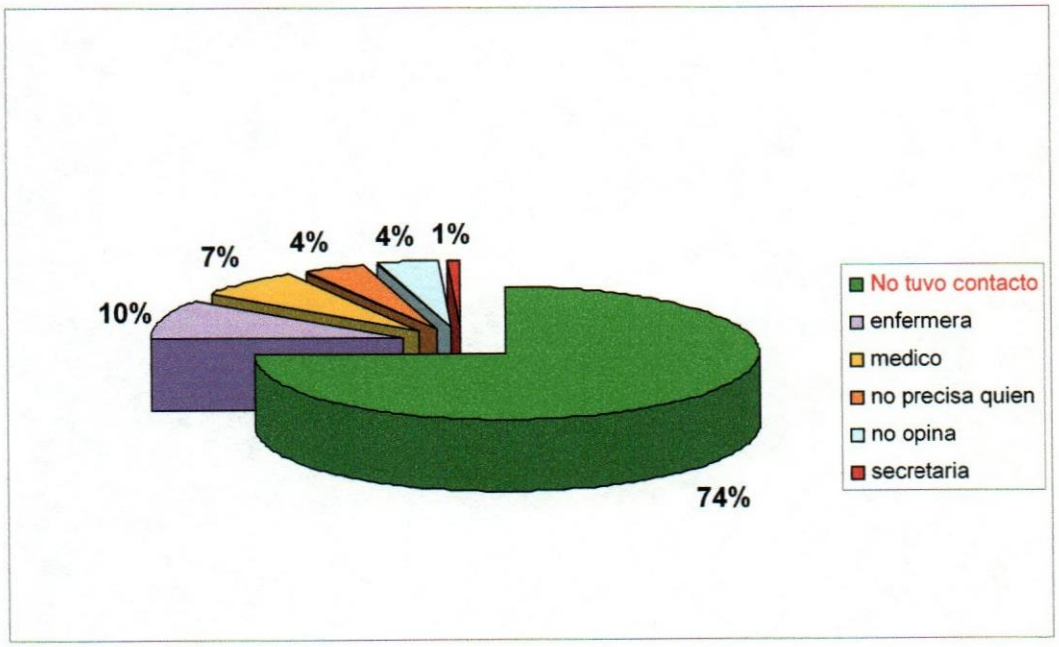
Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010.

5.3.5. Contacto inicial con miembros del equipo de salud, en sala de espera de Triaje.

Después de culminar los trámites de admisión, el 74 % (n= 78 /104) de los pacientes en espera, para recibir la atención medica inicial en Triaje, dicen no haber observado a miembros del equipo de salud (Ver, Gráfico 11); mientras que el 22 % (n= 22 /104) dice haberlos visto, de los cuales 7 eran médicos , sin embargo este hecho no modificó el tiempo de espera, de lo cual podría concluirse que este personal no se encontraba estableciendo prioridades de atención. El 10% de los pacientes fue contactado por enfermeras, pero tampoco recibieron algún tipo de atención en salud.

Gráfico 11.

Contacto inicial con miembros del equipo de salud, en sala de espera del Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010

La presencia de miembros del equipo de salud en la sala de espera es necesaria para verificar la condición de salud de los que allí se encuentran, asi como para dar información, tranquilizar a los familiares y

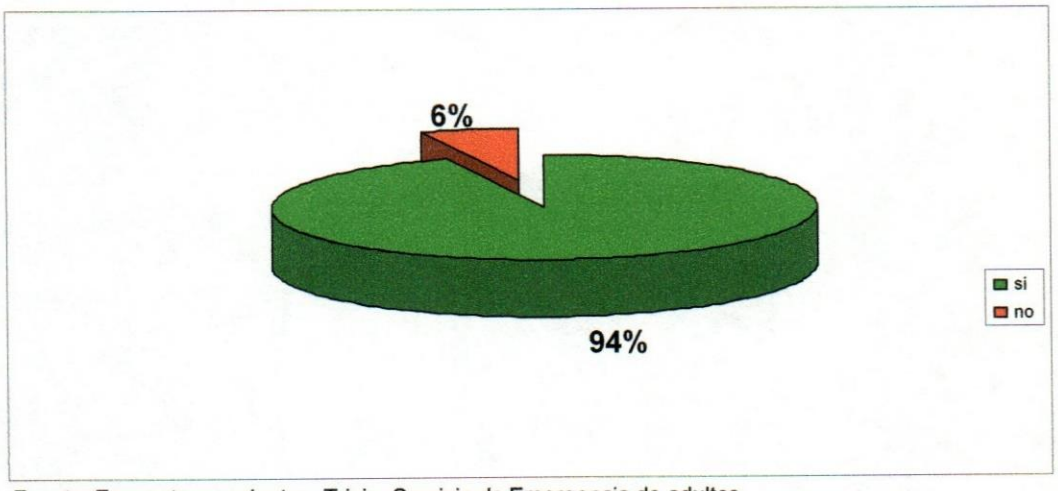
al mismo paciente, al final este son atributos que aunque no minimicen la espera, favorecen la calidad de atención.

En este caso en particular, en el que por el diseño arquitectónico, los consultorios de Triaje están separados de la sala de espera y que no es posible la visualización de los pacientes desde ellos, la presencia de algún miembro del equipo de salud en la sala pareciese ser mas importante aun.

5.3.6. Opinión sobre la necesidad de establecer prioridades de asistencia medica en el Triaje y quien debe hacerlo.

El 94 % (n= 98 /104) de los pacientes opina que es necesario establecer prioridades de atención según el motivo de consulta y la condición clínica de cada paciente (Ver, Gráfico 12).

Gráfico 12.
Opinión sobre la necesidad de establecer prioridades de asistencia medica en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



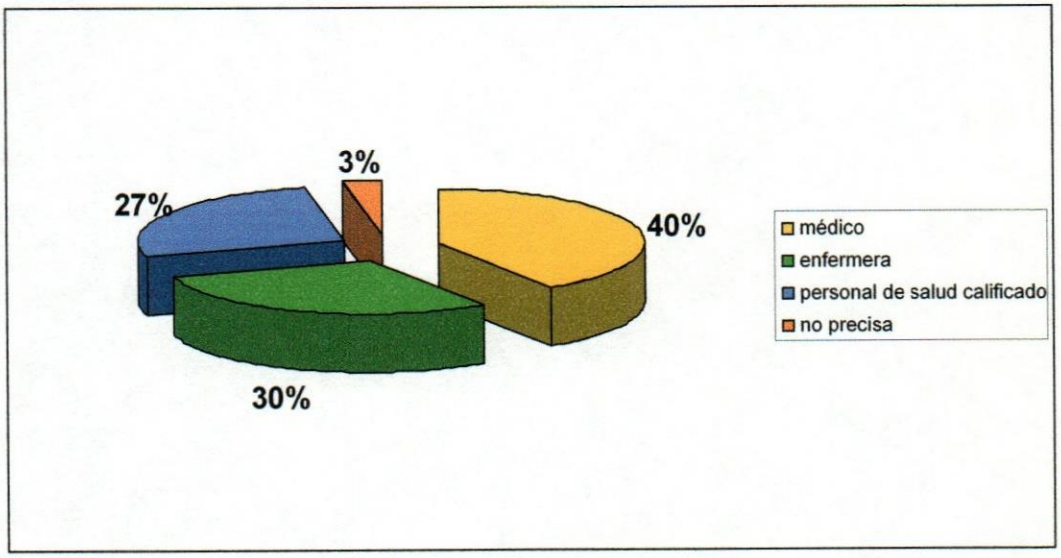
Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010

El orden de llegada utilizado como método para clasificar la atención de los pacientes que ingresan sin peligro de vida, puede poner en riesgo de complicaciones a pacientes que realmente no lucen descompensados pero que presentan alguna alteración que puede ser detectada a través del Triaje inicial profesional estableciéndose prioridad en su atención.

El Triaje inicial puede ser efectuado por una enfermera cualificada o por un medico, en el estándar internacional las enfermeras capacitadas toman este rol; en el Gráfico No. 13 se representa la opinión de los pacientes sobre quien debería establecer dichas prioridades de asistencia, las respuestas estuvieron dirigidas al personal de salud, pero divididas: el 40% (n= 40 / 98) opina que debe ser el medico, un 30% (n= 29 / 98) que deben ser las enfermeras y en un porcentaje cercano, 27% (n = 26 / 98), cualquier miembro del equipo de salud cualificado para ejercer la labor de Triaje.

Gráfico 13.

Opiniones sobre quien debe establecer las prioridades de asistencia medica en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010

De allí se deduce que lo que parece importante para los pacientes de la Clínica el Ávila es que se realice el Triaje, que el personal sea cualificado y que preferiblemente lo realice el personal medico, a diferencia de lo propuesto internacionalmente.

No se dispone actualmente de Triaje inicial profesional en la Clínica El Avila, cuando el paciente es llamado al Triaje por el medico, este se convierte en una consulta completa, ocasionando demora y sensación de desatención entre los que esperan.

El Triaje inicial profesional, podría proporcionar al paciente y al familiar la sensación de que ya la atención en salud comenzó, aun cuando no se le haya realizado el examen físico, dado un diagnostico o iniciado un tratamiento.

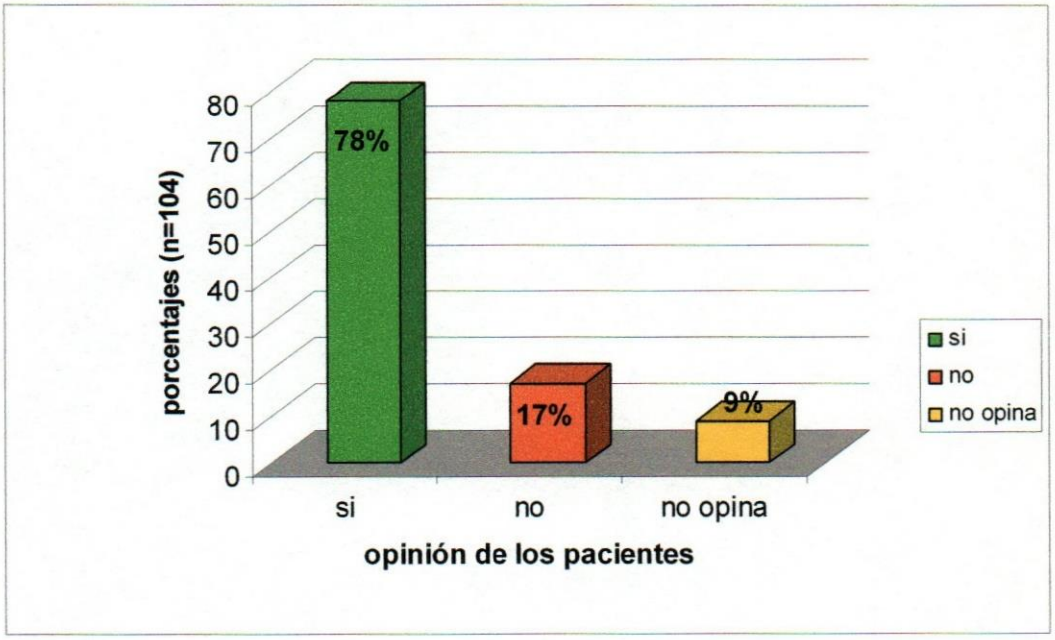
5.3.7. Considerando el tiempo de espera para recibir asistencia médica, ¿Recomendaría el Triaje del Servicio de Emergencia?

Al solicitar opinión sobre la recomendación a otro paciente para el uso del Triaje, tomando en cuenta los tiempos de espera, el 75% de los pacientes (n= 78 / 104), opinó que "*si*" recomendaría este Servicio (Ver, Gráfico 14), lo cual llama la atención.

Algunos pacientes aunque no estaba contemplado en la pregunta, acotaron comentarios como: *"en todas las clínicas es igual"* o *"bueno hay que esperar, aunque se pasan a veces"*, otro de los pacientes acotó que *"no"* lo recomendaría, escribió que *"no volvería jamás"*. Un 9% no quiso opinar lo cual podría interpretarse como signo de inconformidad.

Gráfico 14.

Recomendación a otros pacientes para recibir asistencia medica, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, tomando en cuenta el tiempo de espera. Clínica El Ávila. Caracas. 2010



Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo. 2010

5.3.8. Recomendaciones de los pacientes para mejorar la atención en el Triaje del Servicio de Emergencia.

Las sugerencias o recomendaciones hechas por los pacientes para agilizar y mejorar la atención en el Triaje , fueron numerosas, muchos de ellos hicieron mas de una recomendación por lo que se presentan se presentan en la Tabla 5 para facilitar su comprensión.

Tabla 5. Recomendaciones de los pacientes para mejorar la rapidez de atención, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010

Recomendaciones del paciente	No.
priorizar atención	28
más personal	20
más cubículos	18
más información	11
más médicos	9
más enfermeras	7
más camilleros	5
fluidez en área de observación	5
manos tramites	2
mas calidez	1
No opina	6
Total	112

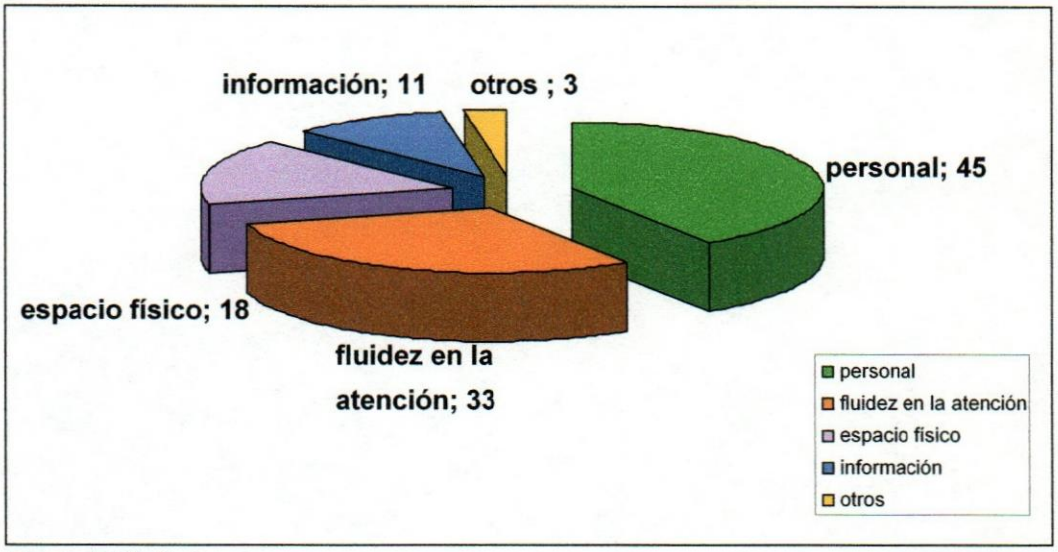
Fuente: Encuesta a pacientes. Triaje. Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Febrero- marzo 2010.

Siete (7) de los pacientes no desearon hacer recomendación alguna, escribiendo por ejemplo cosas como, *"ese es trabajo de ustedes"*. Que podría traducir un elemento de insatisfacción.

Al agrupar las recomendaciones se logra resumirlas de la siguiente manera: las referidas al espacio físico, las relacionadas con personal, las que hablan a fluidez en la atención, las de necesidad de información y otras en las que se incluyen la calidez y la disminución de los trámites a realizar. (Ver, Grafico 15).

Gráfico 15.

Recomendaciones de los pacientes para mejorar la rapidez de atención, en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, agrupadas por categoría. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.



Fuente: Tabla No 5

La recomendación que más se repite es la de la necesidad de más personal, en algunos casos no se precisa el tipo de personal y en otros se da importancia a médicos y enfermeras respectivamente. Esta recomendación podría relacionarse con la ausencia de personal del equipo de salud en la sala de espera del Triaje reportada anteriormente por un 75% de los pacientes (Ver, Gráfico 11).

A la anterior, le sigue en frecuencia la de la fluidez en la atención, allí queda incluida el dar prioridad en al atención mediante la categorización de pacientes consistente con la opinión del 98% de los pacientes que la emitieron en su momento (Ver, Gráfico12; sin embargo se hace también la observación sobre la fluidez de los pacientes en el área de observación; al respecto, en el funcionamiento actual de la Emergencia , cuando los cubículos de observación están copados, el

Triaje momentáneamente se detiene y esta podría ser la razón de este comentario.

El espacio físico es mencionado también entre las recomendaciones y se refiere a la necesidad de más cubículos de atención, bajo la premisa de que al aumentar estos en número, se podría obtener mayor fluidez.

La información es un elemento importante como recomendación para 11 de los encuestados, en el espíritu de que la espera se hace mas larga ante la incertidumbre de no saber que ocurre, ni cuanto tiempo falta para ser atendido. Destaca en la categoría otros, la calidez en la atención, lo cual podría interpretarse en el sentido de que si hay comunicación e información además de buen trato la espera seria menos difícil. En la parte final de la presente investigación se toman en cuenta estas valiosas opiniones en la propuesta de estrategias.

5.4. Matriz de resultados de la entrevista a Médicos Especialistas de planta, Residentes del Servicio de Emergencia.

Se presentan a continuación las opiniones recabadas a través de una entrevista estructurada, de diez preguntas, realizada a tres de los médicos especialistas de medicina interna, de sexo femenino, que se desempeñan como Residentes de planta del Servicio de Emergencia de adultos de la Clínica El Ávila, uno de los cuales cumple funciones de medico de Triaje, quienes laboran en el horario correspondiente al especificado en el presente estudio y voluntariamente prestaron su colaboración. Las entrevistadas tienen formación en Medicina Interna, dos de ellas con dos años de servicio en Emergencia y la tercera con dos meses. Se presentan las opiniones en una matriz de resultados a fin de facilitar la visualización y posterior análisis.

Matriz de resultados 1.
Entrevista a Residentes Especialistas de planta Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010.

Pregunta	Residente 1	Residente 2	Residente 3
Cargo y tiempo en el mismo	Medico Internista de planta. Triaje de Emergencia de adultos Tiempo. 2 años	Medico Internista de planta. Emergencia de adultos. Tiempo: 2 meses	Medico Internista de planta. Emergencia de adultos. Tiempo: 2 años
1- Cual es su concepto de Triaje?	Atención inmediata, para orientar al paciente y ubicarlo	Método para separar casos no urgentes de los graves	Consulta rápida establecer prioridades
2- ¿ Considera necesario el Triaje en el Servicio de Emergencia ¿Porqué?	Si ,es necesario al recibir al paciente canalizarlo con preguntas sencillas y examen rápido	Si, para atender primero a los mas graves	Si, para agilizar el proceso de atención
3- ¿Quién considera Ud que debe realizar el Triaje?	Médico o enfermera cualificada	Un médico	Enfermera entrenada
4- ¿Considera necesario un Oficial de recepción en Triaje?	Si, para orientar a los pacientes	No	Si, para ayudar a los pacientes que llegan
5- ¿ Considera necesaria una enfermera en la recepción del paciente en Triaje?	Si,para que el paciente se sienta atendido	Si, para que ayude al medico en el Triaje.	Si, podría hacer el papel de Oficial de recepción y ayudar al paciente
6- A su juicio ¿Como se establecen actualmente las prioridades de atención en Triaje?	La mayoría de las veces la Secretaria de Triaje y a veces el Medico. No se utiliza ninguna escala	La impaciencia de los mismos pacientes. No se utiliza ninguna escala	La secretaria No se utiliza ninguna escala
7- A su juicio ¿que factores influyen en el tiempo de espera en Triaje?	- Espacio físico -Tramites administrativos -Desinformación - Colapso de observación porque: no suben los ingresos, retardo en las claves de hospitalización, no vienen los accionistas a evaluar a los pacientes.	- Los cubículos de observación no se desocupan -Retardo por parte de los seguros	-Espacio Físico - Sobre- utilización del servicio por pacientes y accionistas
8- ¿Cuántos médicos debería haber en Triaje?	Un médico por turno con su enfermera	Uno por turno con su enfermera	Uno por turno con la enfermera
9- ¿ Considera ud. que la distribución arquitectónica del Servicio , favorece el Triaje?	Si porque ofrece privacidad para e examen del paciente	Si, la única queja es el calor, no funciona bien el aire acondicionado	Si, cumple su función
10- Sugiera mecanismos que considere útiles para agilizar la atención en Triaje.	-Mas camas de observación -Un área intermedia entre observación y los consultorios de Triaje	Agilizar la salida de los pacientes que están en observación	- Mayor capacidad resolutiva a los residentes para movilizar los pacientes -Que los accionistas vengan a ver a los pacientes en observación

En general, no se observaron grandes diferencias en sus conceptos y respuestas La pertinencia de recabar estas opiniones reside en tratar de ver el problema de los tiempos de espera no solo desde la óptica de los pacientes que acuden al Triaje de la Emergencia, sino la de algunos miembros del equipo de salud que allí prestan su servicio, a fin de tratar de obtener una visión global del funcionamiento y de las posibles causas de demora en los tiempos de atención a los pacientes, para poder ofertar posibles soluciones. .

Las tres tienen el concepto de que el Triaje es un método para establecer prioridades, de atención inmediata, para orientar y ubicar al paciente en el mejor lugar para resolver su situación de salud. Lo consideran necesario para agilizar el proceso de atención mediante preguntas sencillas y examen rápido y así atender primero a los mas graves; conceptos que globalmente encajan en los standard de la bibliografía consultada. En cuanto a quien debe realizar el Triaje, dos de ellas mencionan a una enfermera cualificada como posible opción, muy similar a lo propuesto en el Triaje Estructurado moderno y a lo propuesto por los pacientes en la encuesta realizada.

En cuanto a la necesidad de un Oficial de recepción, solo una de ellas difiere de la opinión de los pacientes en el sentido de que no lo considera necesario.

La participación de la enfermera en la recepción del paciente parece positiva como auxiliar del medico y para que el paciente se sienta atendido, de manera que una de las entrevistadas propone que hasta podría hacer el papel de Oficial de recepción.

A pesar de tener claros los conceptos y posible beneficios del Triaje, opinan que actualmente las prioridades de atención en el Triaje las establecen primeramente los pacientes por sus reclamos e impaciencia,

en segundo lugar la secretaria y en ultima instancia el medico y agregan no se esta utilizando ninguna Escala de Niveles de Triaje para priorizar la atención de los pacientes.

En definitiva, da la impresión que no se efectúa ningún Triaje en esa área mas allá del Triaje no profesional efectuado por la secretaria o eventual mente el ejecutivo de admisión; el medico de Triaje realiza una consulta por orden de llegada, excepción hecha cuando la secretaria o eventualmente una enfermera o familiar le informa que alguno de los paciente no se ve bien. Pocas veces sale a sala de espera a constatar el estado de los que allí se encuentran.

Sobre el punto de los factores que influyen en los tiempos de espera en Triaje destacan:

- La sobre utilización del servicio por parte de pacientes y accionistas, los primeros porque creen tener urgencias que en definitiva no las son y los segundos porque evalúan a los pacientes en sus respectivos consultorios y si tienen que ingresarlos en lugar de enviarlos a la admisión central, procesan los ingresos a través de emergencia y ocupan los cubículos de observación con pacientes que van a hospitalizarse.
- Los tramites administrativos, entre los que figuran el problemas el retardo de las aseguradora para asumir el compromiso de pago
- La desinformación de los pacientes
- La falta de espacio físico es un factor que se imbrica con el cuello de botella que significa la ocupación por largo tiempo de los cubículos de observación, por lo cual dejan de ser vistos los pacientes en sala de espera a quienes no se les ha realizado Triaje alguno.
- Entre las causas del colapso de los cubículos en observación mencionan: la lentitud de los seguros ahora para aprobar la hospitalización; el retardo en obtener el resultado de los exámenes,

particularmente los relaciones con estudios por imágenes y Rx. Lo cual retarda el alta o la hospitalización del paciente; la demora en subir los pacientes a las habitaciones o bien porque no hay personal de camilleros para subirlos o porque las habitaciones no están listas debido a que los pacientes en piso aun estando de alta no salen de la habitación, retardando su aseo y posterior asignación a un nuevo paciente. Como elemento adicional agregan que los pacientes en observación que requieren ser vistos por un especialista accionista, pasan largos periodos en observación antes de que el accionista venga a verlos desde su consultorio o desde donde quiera que esté en consecuencia retrógradamente se acumulan los pacientes en sala de espera .

El número de médicos no es visto como un problema, lo que si destacan es que debe estar acompañado por una enfermera, a diferencia de los pacientes quienes sugerían un aumento de personal de salud para aliviar los tiempos de espera. Tampoco tienen observación alguna sobre la distribución arquitectónica del Triaje a pesar de no tener posibilidad de visualización de los pacientes que llegan o los que están en espera, por el contrario consideran al Triaje como un área con privacidad, contrario esto ultimo a lo encontrado en la bibliografía consultada que habla de espacios abiertos con buena visibilidad de la puerta de entrada y estancia de los pacientes. (Bambarren y Alatrista, 2008)

Al solicitarles opinión sobre mecanismos útiles para agilizar la atención en Triaje, el centro de atención parece recaer sobre el área de observación y los problemas que se originan el congestionamiento en la misma. Como propuesta el Medico encargado de Triaje sugiere un área intermedia entre los consultorios de Triaje y los cubículos de observación donde poder ingresar pacientes para tratamientos cortos, en espera de exámenes, o donde

aliviarles algún síntoma, mientras se aclara su situación de salud. Es de hacer notar que esta opción coincide con el expresado por la autora en el Capitulo III de esta investigación.

5.5. Matriz de resultados de la entrevista a Coordinadores del Servicio de Emergencia.

Se presentan en una matriz de resultados, (Ver, Matriz de resultados 2.) las opiniones obtenidas a través de una entrevista estructurada de 10 preguntas realizadas al Coordinador Medico y a la Coordinadora de Enfermería a cargo del Servicio de Emergencia de adultos de la Clínica El Ávila actualmente , y las de dos ex coordinadores del mismo Servicio, en relación a conceptos generales, experiencias y sugerencias de funcionamiento, y cuyos resultados se analizan y servirán de referencia para las propuestas finales de la presente investigación.

Los Coordinadores entrevistados, todos con mas de dos años de experiencia en roles similares, no muestran mayores diferencias en cuanto al concepto de Triaje como método de evaluación rápida, selección y clasificación de pacientes y lo consideran necesario para flexibilizar, agilizar y mejorar la atención, a fin de no sobresaturar el Servicio de Emergencia.

Las opiniones sobre quien debe realizar el Triaje inicial , fueron divididas por igual, para medico (2 / 4) y enfermera capacitada (2 / 4) y solo uno de ellos se decantó por la necesidad de un Oficial de Recepción que informe al público, sin embargo tres de ellos piensan que la enfermera podría realizar la función de recepción el paciente y Tiraje inicial.

Matriz de resultados 2.
Entrevista a Coordinadores y Ex - Coordinadores.
Servicio de Emergencia de adultos. Clínica El Ávila. Caracas. 2010

Pregunta	Coordinador Médico actual	Ex Coordinador 1	Ex Coordinador 2	Coordinadora de enfermería actual
1- Cual es su concepto de Triaje?	Evaluación y orientación diagnóstica	Clasificación el nivel de atención que requiere el paciente	Evaluación inmediata del paciente	Selección de pacientes
2- ¿ Considera necesario el Triaje en el Servicio de Emergencia ¿Porqué?	Si, para no sobresaturar el servicio y ubicar a paciente	Si, para agilizar y mejorar la atención	Rapidez, Flexibilidad, depurar lo mas importante	Si, agilizar atención
3- ¿Quién debe realizar el Triaje?	Médico Internista	Enfermera	Medico Interno contratado	Enfermera capacitada o medico
4- ¿Considera necesario un Oficial de recepción en Triaje?	No	No	No	Si para que informe al paciente
5- ¿ Considera necesaria una enfermera en la recepción del paciente en Triaje?	Nunca	Si y que realice el Triaje inicial	Si, como ayuda al medico	Si, debidamente entrenada
6- ¿Como se establecen actualmente las prioridades de atención en Triaje?	1-Secretaria 2-Ejecutivo de Admisión 3-Medico (Sin escala)	Secretaria de Triaje	Secretaria de Triaje	Secretaria
7- A su juicio ¿que factores influyen en el tiempo de espera en Triaje?	El cierre de la recepción de pacientes por saturación de observación	La falta de cubículos en observación	Cubículos de observación ocupados	-Abuso de observación por los accionistas -Retardo en observación
8- ¿Cuántos médicos debería haber en Triaje?	1, de 7 am / 7pm. Lunes a viernes	3, durante 24 todos los días	2 por turno, mañana y tarde, no de noche	1 medico con su enfermera
9- La distribución arquitectónica del Servicio , ¿favorece el Triaje?	Si, el primer impacto debe ser admisión	Se quedó corto el Servicio de Emergencia en capacidad	No, se hizo a partir de lo que existía. Remodelación	No, es encerrado
10- mecanismos que c útiles para agilizar la atención en Triaje.	Romper el cuello de botella que es observación.	-Reorganizar el personal medico -Supervisión estrecha del Coordinador	Digitalización del programa medico	-Distribución de funciones de los médicos -Sala para cumplir tratamiento

Todos están de acuerdo en que el Triaje actual lo realiza la secretaria, o en su defecto el ejecutivo de admisión y en última instancia el médico, opinión similar a la de los residentes especialistas de planta. No se utiliza escala alguna sino "*el sentido común*", según palabras de la Coordinadora de Enfermería.

En cuanto a los factores que influyen en el tiempo de espera, todos coinciden que el problema no reside en el Triaje en si, ni en el como o quien lo realiza, sino en que el área de observación se satura y por ende la sala de espera de Triaje se llena de pacientes que no son atendidos. Las opiniones fueron diversas en cuanto al número de médicos entre (1, 2 ó 3) y en cuanto a los turnos a cumplir, lo cual llama la atención puesto que el Triaje en principio debería ser 24 horas, 365 días, solo uno de los entrevistados optò por esta alternativa.

La distribución arquitectónica no les parece adecuada a tres de ellos por distintas razones: capacidad, espacio y adaptación sucesiva del área que existía previamente, actualmente por cierto, una nueva en evolución; incluso uno e ellos expresa que el punto central del Servicio de Emergencia debe ser admisión y no Triaje.

Al igual que entre los médicos residentes de planta, las opiniones están concertadas en cuanto a que el mejorar el tiempo de espera en Triaje, pasa por resolver el problema en el área de observación, al respecto mencionan como factores de congestionamiento:

- Falta de Supervisión del Coordinador
- Falta de organización en las funciones a cumplir por el personal medico de Servicio.
- Retardo de los accionistas en evaluar los pacientes.
- Demora en el alta de los pacientes en observación en espera de exámenes o estudios especiales.

- Poca capacidad de decisión en los residentes de planta supeditados a la del accionista de guardia.
- Accionistas que saturan el servicio con casos de sus consultas y le dan prioridad sobre los que están en espera.
- Ocupación de cubículos por pacientes que solo vienen a recibir tratamiento.

A diferencia de lo expresado por los residentes especialistas de planta, con quienes coinciden en varios puntos ya expuestos, para los Coordinadores el problema se centra en aspectos de planificaron y organización que conviene evaluar y subsanar, porque los problemas de funcionamiento influyen en el Servicio como un todo y lo que ocurre en un área inmediatamente repercute y trae consecuencias en la otra. El Triaje por ser el rostro visible y la puerta de entrada al Servicio de Emergencia es el que luce desbordado cuando en realidad podría ser solamente la consecuencia de un malfuncionamiento interno.

5.6. Matriz de resultados de la entrevista a Expertos en la búsqueda de las mejores prácticas.

Una vez recogidas las opiniones e impresiones sobre el Triaje de pacientes, Médicos Especialistas Residentes de planta y Coordinadores médicos y de enfermería se entrevistó a dos expertos , de clínicas con características similares a la Clínica El Ávila, clasificadas de tipo A según la Norma Venezolana COVENIN 2339-87 (1987) y categorizadas entre las cinco primeras de la capital, con la finalidad de contrastar el funcionamiento del Triaje de esas instituciones, con particular interés en relación al manejo del los tiempos de espera, con el de la Clínica El Ávila.

Los expertos nacionales entrevistados fueron el Director Médico la Policlínica Metropolitana y el Presidente de la Junta Directiva actual del Hospital de Clínicas Caracas. Por ultimo se entrevistó a un ex-

Coordinador del Servicio de Emergencia de adultos de la Clínica El Ávila, quien desde 2008 se desempeña como Medico Adjunto de Urgencias del Hospital Universitario Sant Joan de Reus, de Barcelona, España, para tener la visión, a nivel internacional ,con el mismo fin, .

La entrevista fue de tipo semi-estructurada similar para los tres expertos, enfocada hacia la dinámica del Triaje, se excluyeron de la entrevista los casos de verdaderas emergencias que requieren indiscutiblemente atención inmediata. Los resultados se presentan a continuación en la Matriz, de resultados No. 3 para mejor comprensión y análisis.

Tanto la Policlínica Metropolitana como el Hospital de Clínicas Caracas tienen el Servicio de Emergencia de adultos y niños compartido en lo referente a sala de espera, a diferencia de la Clínica El Ávila que los tiene no solo separados sino en edificaciones diferentes.

Matriz de resultados 3.
Entrevista a Expertos. Triaje del Servicio de Emergencia de adultos. Policlínica Metropolitana y Hospital de Clínicas Caracas. Caracas. Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Barcelona, España. 2010.

Pregunta	**Experto : Policlinica Metropolitana**	**Experto: Hospital de Clinicas Caracas**	**Experto Internac: Hospital San Joan de Reus Barcelona España**
Quien realiza el Triaje inicial	Enfermera capacitada	Enfermera capacitada	Enfermera especialista en emergencias
Escala de Triaje que utilizan	De cinco niveles tipo CTAS	Colores: rojo, amarillo y azul	De cinco niveles tipo MAT /SET
Tiempo de espera para el Triaje inicial	Inmediato, no mas de cinco minutos, categorización, paso por admisión, y paso a consultorio o a sala de espera	Inmediato, categorización, paso por admisión, paso a consultorio o a sala de espera	Inmediato, registro acogida y categorización, paso a boxes de atención, sala de espera o anexo e consulta de externa

Pregunta	Experto : Policlínica Metropolitana	Experto: Hospital de Clínicas Caracas	Experto Internac: Hospital San Joan de Reus Barcelona España
Horario de funcionamiento	Diurno, días de semana	diurno	24 horas
¿Quien realiza el Triaje Médico?	Asociación Civil de médicos de emergencia	Compañía de médicos emrgenciologos	Médicos emergenciologos contratados
Tiempo de espera para Triaje Médico	Hasta dos horas	Entere 30 minutos y dos horas	Entre 20 minutos y dos horas o mas
No. consultorios de Triaje	3 con sus respectivos médicos	2 con sus respectivos médicos	6 con médicos rotativos
Causas de espera prolongada en Triaje	Colapso de observación	Colapso de observación	Demanda aumentada cíclica o por alguna contingencia.
Destino de los pacientes luego del Triaje Médico	-Área intermedia de corta estancia (solo diurna, por horas) -Área de observación (máx. 24 horas en teoría) -Hospitalización -UTI	-Área de Fast Traking -Area de observación (máx. 24 horas en teoría) -Hospitalización -UTI	- Anexo de consulta externa -Boxes de atención inicial -Boxes de observación (12 horas) -One day (23 horas) -Hospitalización -UTI

La similitud entre las tres instituciones radica en que la enfermera capacitada es quien realiza el Triaje inicial, y utiliza para ello o bien una Escala de cinco niveles tipo CTAS o por colores adaptadas a la institución,(Liñarez, 2005) ; el Triaje inicial es prácticamente de inmediato y las dos clínicas se diferencian del hospital español en que en éste último la enfermera experta en emergencias aplica el método RAC, (Registro, Acogida, Clasificación), (Duque del Río, 2008) , llegados a este punto, todos deciden la ruta del paciente, solo que en el caso del hospital tiene la posibilidad de remitirlo al anexo de consulta externa, algo que no ocurre en las clínicas evaluadas,.

Por lo descrito se evidencian diferencias que pudiesen influir sobre los tiempos de espera de la Clínica El Ávila debido a que en ella el Triaje inicial no se realiza, no se utiliza ningún tipo de escala, el sistema de registro, admisión y la historia clínica no están aun incorporados a la intranet, mientras si lo están en las otras instituciones, siendo este un factor mas de demora en la atención. El número de consultorios y médicos con excepción del hospital es similar para las clínicas, la diferencia es la modalidad del equipo medico que atiende el Triaje.

El tiempo de espera, eje principal de esta investigación no muestra grandes diferencias en relación al encontrado en la Clínica El Ávila, pero con la salvedad que el paciente se siente atendido con el Triaje inicial en el cual según los entrevistados se le informa del tiempo estimado de espera.

La derivación de los pacientes del Triaje a otras áreas conexas como consultorios de consulta rápida (Fast-track), consulta externa anexa como en el caso del hospital o áreas intermedias como lo describen en las instituciones evaluadas, sirven de desahogo al Triaje en si , diminuyen el tiempo de espera par la atención medica y contribuyen a que se minimice la posibilidad de colapso en observación, el cual parece ser un problema en las instituciones privadas, donde se reporta como causa del retardo de atención en Triaje, en cambio en el hospital se satura el Triaje mas por afluencias masiva cíclica de pacientes a lo largo de 24 horas que por propio colapso de observación.

La alternativa de áreas de observación intermedias o de hospitalización corta de menos de 24 horas son para el experto internacional, Dr. F. Capriles (entrevista personal, mayo 2010) de gran ayuda para disminuir la estancia de pacientes en el área de observación e incluso de hospitalización si son casos que se pueden resolver rápidamente. Las áreas de estancia breve donde se suministra ventilo -

terapia, tratamientos ambulatorios o se esperan exámenes son también de ayuda según los expertos nacionales.

Las opiniones y contrastes entre los Expertos sirven de referencia para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

CAPITULO VI
DISCUSION Y PROPUESTAS

6.1. Discusión.

El tiempo de espera para recibir atención en salud, en un Servicio de Emergencia, es motivo de preocupación tanto para el paciente como para la Institución encargada de proporcionarla, tanto a nivel nacional como internacional y es uno de los indicadores de calidad de atención.

La Clínica El Ávila no es la excepción, por lo que en los resultados de esta investigación se presentan las dimensiones reales (medidas) y las subjetivas (percibidas y calificadas por los pacientes) de los tiempos de espera, hasta el inicio del la asistencia medica en Triaje el periodo objeto del estudio.

El tiempo de espera observado, hasta la asistencia medica inicial en Triaje, se ubicó alrededor de 60 minutos, tiempo equiparable con el estándar internacional de la Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) y al del Modelo Andorrano de Triaje (MAT) para el Nivel de Urgencia III, que incluyen un riesgo vital potencial; sin embargo según los datos obtenidos de los pacientes, el tiempo de espera fue de 85 minutos en promedio, el cual corresponde en esas escalas a la categoría de casos menos urgentes o no urgentes, que a juicio de autores como Resendez y Montiel, (2006) constituyen entre el 40 y el 55% de los casos que acuden a un Servicio de Emergencia. Visto de esta manera no impresiona que haya demora real, sin embargo la realidad visual es que la sala de espera luce congestionada de personas que permanecen sentadas, en demanda de atención.

Al solicitar de los pacientes la calificación del tiempo de espera el de admisión fue calificado como *"el esperado"* mientras para el tiempo de espera desde la llegada hasta la asistencia médica inicial en Triaje, la calificación fue *"mas de lo esperado"*, lo cual denota una actitud negativa hacia el parámetro evaluado, que al final podría traducir cierto grado de insatisfacción en el usuario. Contrariamente a lo que se cree, la demora mayor en tiempo de espera fue para la atención médica, por encima la de los trámites administrativos.

Los pacientes consideran como *"aceptable"* un tiempo no mayor de 30 minutos para ser atendidos en situaciones sin riesgo vital, es decir como si todos se tratasen de emergencias reales según las escala de Triaje mencionadas.

Una de las estrategias para agilizar la atención y mejorar la calidad en un Servicio de Emergencia es la implementar el denominado Triaje Estructurado, con la finalidad de establecer prioridades de atención al momento de la llegada del paciente, de manera de atender a los más urgentes primero y no prolongar la espera de aquellos que pueden ser derivados hacia otras áreas de atención; Se requiere para ello la adaptación por parte de las Instituciones de alguna de las Escalas de atención en Triaje de cinco niveles, cuya aplicación permite además informar al paciente sobre el tiempo estimado de espera. (Gomez, Faura, Burges, 2004). Al respecto, la percepción del tiempo de espera es menor y la satisfacción es mayor cuando se le da información al paciente (Thompson, Yarnold y Williams. 1996).

En las Instituciones locales contrastadas en este estudio esta implantado el Triaje Estructurado adaptado de los mencionados de cinco niveles, no así en el Hospital donde según el Experto tiene se trabaja en base al el MAT; la responsabilidad de la aplicación recae en una enfermera especializada, en las tres instituciones consultadas.

En la Clínica El Ávila, no se realiza Triaje inicial formal, lo que se lleva a cabo es una selección de pacientes por orden de llegada, a cargo del personal de admisión o de la secretaria de Triaje, por lo que califica como Triaje informal, no profesional, que no es el mas recomendado porque no toma en cuenta la condición de salud del paciente. Cuando el médico de Triaje finalmente evalúa al paciente, se convierte prácticamente en una consulta ambulatoria y no en una urgencia, lo cual congestiona el servicio.

Se han realizado estudios comparativos entre los distintos Modelos de Triaje Estructurado, de ellos destaca el realizado por Gomez Jimenez (2003) en la publicación *Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias,* del cual se extrae la siguiente tabla :

Tabla 6. Comparación de Triajes Estructurados.

TABLA 1. Características fundamentales de los diferentes sistemas de triaje estructurado existentes

Característica	ATS	CTAS	MTS	ESI	MAT
Escala de 5 niveles o categorías	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Utilización universal en su país	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Basada en categorías sintomáticas	No	No	Sí	No	Sí
Basada en discriminantes clave[1]	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Basada en algoritmos clínicos	No	No	Sí	Sí[2]	Sí
Basada en escalas de urgencia predefinidas	Sí	Sí	No	No	Sí
Formato electrónico	No	No	Sí	No	Sí

ATS (*Australasian Triage Scale*); CTAS (*Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*); MTS (*Manchester Triage System*); ESI (*Emergency Severity Index*); MAT (*Model Andorrà de Triatge*).
[1]Factores que permiten discriminar el nivel de urgencia, en pacientes que se presentan con una sintomatología parecida o que se pueden catalogar dentro de una misma categoría sintomática.
[2]Un solo algoritmo clínico.

Fuente: Gómez Jiménez , J.*(2003) Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias.*

De su análisis se deriva que aunque hay elementos comunes, el MAT parece ser el modelo mas completo según los parámetros de evaluación presentados y destaca que dos de ellos el MTS y el MAT tienen formato electrónico, como ventaja adicional; agrega el autor que tanto CTAS, de amplia difusión en el continente americano como el MAT, implantado en España, disponen de análisis de concordancia y estudios de validez y utilidad. (Abad, Ierache, Cervino. 2007)

El programa informático base para el MAT se denomina web_e-PAT v4.0 (Programa de ayuda al Triaje, 2010) el cual según el Sistema Español de Triaje MAT-SET es un programa de ayuda al Triaje (PAT) inteligente evaluado y validado, con ayuda continua y registro anamnésico del Triaje.y esta disponible en la red.

Tanto los pacientes, como los Médicos Residentes Especialistas de planta, los Coordinadores y los Expertos consultados en este estudio coinciden en que se debe implementar un Triaje inicial, a cargo de un personal de salud cualificado, las opiniones fueron divididas al momento de definir quien debería desempeñar esta función dentro del equipo de salud; la tendencia del Triaje moderno es hacia las enfermeras capacitadas para tal fin y en países como España existe la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias que reúne a estas profesionales e la enfermería. Este grupo de enfermeras emplea como metodología el método RAC registro, acogida y clasificación para el desempeño de estas responsabilidades.

Otra factor a tomar en cuenta es la información del paciente, en esta investigación se evidencia que la información sobre los pasos a seguir para solicitar atención médica en Triaje, por sus características y ubicación, no es visualizada por la mayoría de los pacientes, quienes al no saber que hacer contactan en primera instancia al ejecutivo de admisión. En las demás Instituciones consultadas, el primer contacto del

paciente es con la enfermera de Triaje. Los pacientes se decantaron casi en su totalidad por la necesidad de un Oficial de Recepción para orientar al paciente a su llegada al Servicio, lo cual pareciese reafirma la sensación de desinformación que tienen.

La información desde otro punto de vista, también incluye el registro de pacientes en el sistema informático, la generación de la historia clínica electrónica, y la emisión de formularios administrativos lo cual disminuye el tiempo de los trámites de admisión, el número de los mismos, agrega rapidez al proceso y permite que el sistema reconozca al paciente en un próximo ingreso. Actualmente la Clínica aun no tiene incorporado este sistema en la intranet.

El conocer el estado de salud de los pacientes que están en espera, es fundamental, mas aun si no se ha realizado un Triaje inicial, el 75% de los pacientes no observó a ningún miembro del personal de salud mientras estaba en espera; actualmente no se dispone de una enfermera para el área de Triaje exclusivamente , sino que la disponibilidad depende la demanda del área de observación.

La sala de espera debería estar visible para el equipo de salud desde el punto de Triaje. para verificar la condición e los pacientes que allí se encuentran (Banbarren y Alatrista, 2008). El Triaje tiene barreras arquitectónicas que lo impiden, debido a que ha sido objeto de múltiples remodelaciones en una misma área., la última aún en curso Los únicos que tiene visibles a la mayoría de los pacientes en espera son los ejecutivos de admisión

El número de médicos y consultorios en el Triaje no parece ser un elemento de preocupación, ni de peso, sobre los tiempos de espera, para el grupo de médicos consultados, aunque para los pacientes la cantidad de personal fue destacado como problema. La modalidad de trabajo de

los médicos varia de una Institución a otra, entre las consultadas en esta investigación se encuentra la de asociaciones o compañías prestadoras del servicio constituidas por especialistas emergenciólogos.

El congestionamiento del área de observación en el Servicio de Emergencia tanto en la Clínica El Ávila, como en la otras Instituciones consultadas parece ser un elemento determinante en el éxtasis de pacientes en Triaje. En la Clínica es tal, que si no se dispone de cubículos en observación, no se atienden pacientes en Triaje; si se realizase el Triaje inicial, como ya los pacientes están previamente categorizados, aun cuando la observación esté copada, no seria necesario cerrar la atención en Triaje.

Existen elementos de fondo que inciden en esta situación en observación, que aunque no son objeto de este estudio fueron mencionados por los participantes y que repercuten en el funcionamiento del Triaje, entre ellos destacan: el no disponer de camas en hospitalización, la tardanza en resolver los casos en observación por retardo en exámenes, exploraciones complementarias especialmente radiología, retardo en la evaluación a cargo de los especialistas accionistas responsables y poco poder resolutivo e los Residentes de planta . La Coordinadora de enfermería destaca, el mal uso del servicio por parte de los accionistas, que para ingresar un paciente utilizan observación en lugar de admisión general, sin respetar además el turno de los que están en espera.

Las estrategias comentadas por el Experto internacional y las utilizadas por las otras dos clínicas consultadas, referidas a áreas intermedias de estancia corta, para evitar pasar mas pacientes a observación, o resolver aquellos que son solo consultas en los llamados consultorios de consulta rápida Fast-track y así agilizar el Triaje,

pudiesen ser una alternativa a considerar, sin embargo la disponibilidad de espacio físico como limitante debe ser evaluada.

6.2. Propuestas para disminuir los tiempos de espera en Triaje

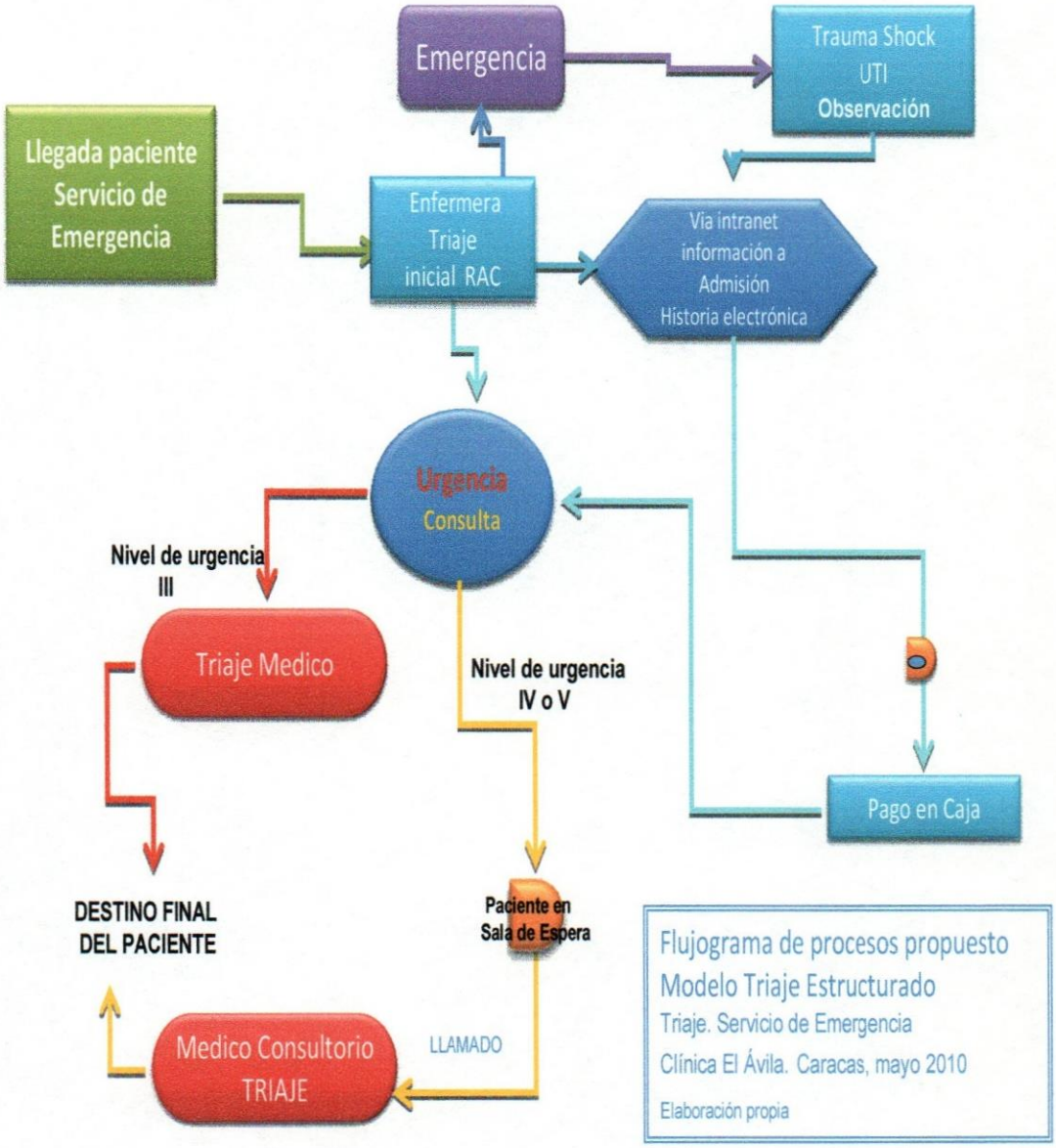
Los resultados de la información recabada mediante la revisión bibliográfica y los obtenidos durante el desarrollo de la investigación, permiten proponer acciones de atención en Triaje que podrían contribuir a la disminución de los tiempos de espera, objetivo de la misma. Para su mejor comprensión se presentan por áreas:

1. Atención médica en Triaje:

   - Implantar del Triaje Estructurado Modelo Andorrano de Triaje como método para la atención en Triaje, por presentar ventajas en cuanto a su diseño en comparación con el CTAS, ser confiable, tener estudios de validez, ser de fácil manejo a través de un programa informático que le sirve de plataforma (web_e-PAT v4.0,) y estar disponible en lengua castellana.

   - Incorporar al personal de enfermería en el rol del Triaje Inicial (Ver, Fluograma de procesos No. 2).

Flujograma de Procesos 2. Propuesta de Modelo de Triaje Estructurado. Servicio de Emergencia de Adultos. Clínica El Ávila. Caracas. Mayo 2010.



Fuente: elaboración propia
Leyenda: las demoras menores tienen punto azul

- Aplicar en el Triaje inicial el método de registro, acogida y clasificación (RAC) a cargo de una enfermera con competencia en Triaje.

La enfermera actúa como primer contacto inmediato a la llegada del paciente, lo identifica en el sistema informático y con la aplicación de la escala respectiva a través de preguntas sencillas lo categoriza, le informa su tiempo de espera, genera datos para la historia electrónica, envía a admisión la información vía intranet para iniciar tramites administrativos y una vez cumplidos los requisitos, el paciente es re-direccionado a consultorio de Triaje, a observación o a sala de espera según su condición.

Con la enfermera desempeñando el papel de primer contacto, no seria necesario el Oficial de Recepción que sugerían las opiniones de los pacientes.

2. Informática: fundamental para la ejecución del modelo propuesto y par agilizar todos los procesos que el mismo conlleva:

   - Implantar la Intranet y el programa medico CINET actualmente en proceso a cargo de Gerencia de Sistemas.

   - Implantar el programa web_e-PAT v4.0.

   - Digitalizar: formularios, normas, protocolos y procedimientos

3. Arquitectura y ambiente:

- Colocar señalización e información visible, llamativa y estratégicamente dispuesta sobre los pasos a seguir por el paciente para su atención en el Servicio de Emergencia.

- Sustituir las puertas de vidrio opaco que dan acceso al Triaje, por otras de vidrio transparente y ubicar a la enfermera de Triaje frente a la entrada del Servicio de Emergencia para facilitar la visualización de los pacientes que llegan y de los que están en espera. (Anexo F).

- Crear de un área, para estancia corta de pacientes, no mayor de 24 horas, próxima a observación, o dependiente de ella, para no incurrir en aumento de personal y allí atender a aquellos que deben permanecer en cama, en espera de evaluaciones, exámenes complementarios o cumplir tratamientos cortos, a fin de disminuir la congestión en observación y dar mas fluidez al Triaje.

- Habilitar uno de los consultorios de Triaje como consultorio de consulta rápida (Fast-trakin), para agilizar la consulta de Triaje de los casos no urgentes (Niveles IV y V de urgencia) aun cuando esté llena el área de observación.

- Diseñar el área de ventilo-terapia y tratamientos cortos para pacientes que no necesitan cama en observación, conexa con el Triaje.

CAPITULO VII
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones.

1. Se determinó que los pacientes sin riesgo vital que solicitan atención en el Triaje del Servicio de Emergencia de adultos, siguen una secuencia de seis pasos de "índole administrativo" hasta su atención médica inicial; no se realiza Triaje inicial y se atienden por orden de llegada.

2. El tiempo de espera desde la llegada del paciente hasta la atención médica inicial, determinado mediante observación, evidencia que las tres cuartas partes de los pacientes fue atendido en los primeros 60 minutos, en contraste con lo manifestado por el grupo de pacientes entrevistado, en el que fue de 85 minutos en promedio, y a su vez calificado como *" mas del esperado".*

3. El tiempo de espera promedio para los trámites de admisión, fue de 23 minutos, calificado por los pacientes como *"el esperado"*. y el tiempo promedio en sala de espera para la atención médica inicial fue de 62 minutos, lo que pone de manifiesto que la mayor demora recae en la espera para recibir atención médica.

4. El tiempo calificado como "*aceptable"* por los pacientes, sin patologías de riesgo vital, para recibir asistencia médica fue de 30 minutos.

5. A pesar de la calificación de los tiempos de espera, las dos terceras partes de los pacientes recomendarían este Servicio de Emergencia.

6. La estrategia propuesta para la disminución del tiempo de espera es la de la implantación del Triaje Estructurado de cinco Niveles de Atención, tipo Modelo Andorrano de Triaje MAT.

7. Como complemento de la estrategia propuesta se requiere que el Triaje inicial sea realizado por una enfermera con competencias en la aplicación del método RAC (registro, acogida y clasificación); de igual manera se plantea implantar el flujograma de atención propuesto con una enfermera de Triaje como eje del mismo.

7.2. Recomendaciones

Para el logro de la estrategia propuesta, se recomiendan las siguientes acciones relacionadas con aspectos organizativos y estructurales:

- Incorporar al Sistema Informático de la Clínica el programa informático de ayuda al Triaje (PAT) web_e-PAT v4.0, base del Modelo Andorrano de Triaje Estructurado (MAT)

- Capacitar al personal de enfermería para la implementación del Triaje Estructurado y el Modelo RAC de atención.

- Incorporar al personal de enfermería a las funciones de Triaje.

- Diseñar una plan de re-distribución de la carga de trabajo según demanda de atención en el área de Triaje y Observación respetando las asignaciones específicas de cada quien, pero con

flexibilidad en los momentos de demanda aumentada en cualquiera de las áreas., tanto para el personal médico como enfermeras y resto el equipo de salud.

- Mejorar la Supervisión por parte de los Coordinadores de área: Medico y de Enfermería, a fin de obtener el máximo rendimiento.

- Acoger los cambios estructurales y arquitectónicos propuestos: señalización, información, espacio para la ubicación de la enfermera en Triaje a fin de mejorar la información y atención

- Elaborar un Manual de funcionamiento para el Triaje del Servicio de Emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abad, M., Ierache J, Cervino C.(2007) *Modelado de Sistema Experto para Triaje en Servicios de Urgencias Médicas.[Documento en línea].*Disponible: http://www.cacic2007.unne.edu.ar/papers/153.pdf [Consulta: 2010, mayo 14]

Aguero, R., Gavidia,R., Herrera, E., Lugo,N., Maradeei, I.,Pascuzzo, C. Pascuzzo (2008). *Escalas de actitud* [Documento en línea]. Disponible: www.ucla.edu.ve/dmedicin/DEPARTAMENTOS/.../Acti.pdf [Consulta: 2009, junio 29]

Ander - Egg, E. (1983). *Técnicas de Investigación Social.* (7ª ed). Argentina: Editorial Humanitas.

Arias, F. (2006).*El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica.* (5a ed) Caracas: Editorial Episteme.

Armas, M.C., Pereira, F. (2005). *Análisis y propuesta de mejoras de los procesos de admisión, facturación y cobranzas en los servicios de hospitalización, cirugía, emergencia y maternidad de una Clínica en el área metropolitana.* Trabajo de grado no publicado. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

Balestrini, M. (2006).*Cómo se elabora el proyecto de investigación.* (7ª ed). Caracas: Editorial Consultores Asociados.

Banbarren, C., Alatrista, S. (2008). *Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros*: Sinco Editores. Disponible: cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17232/doc17232-contenido.pdf [Consulta: 2010, junio 9]

Biblioteca virtual en salud. Descriptores en Ciencias de la salud DeCS (2009) [Página Web en línea]. Disponible: decs.bvs.br/E/DeCS2009_Alfab- C_esp. . [Consulta: 2009, junio 29]

Carbonell, M., Girbes,J.,Calduch.J. (2006). Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias.* [Revista en línea],18. Disponible: http://www.semes.org/revista/vol18_1/30.pdf [Consulta: 2010, mayo 10]

Derlet , R. (2002). Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Annals of Emergency Medicine,* 39, 430 - 432.

Duque del Rió, M .(2008) *Enfermería en urgencias y emergencias en el adulto. Bases Científico-Clínicas de la práctica profesional. Proceso de toma de decisiones.* .[Documento en línea]. Disponible: http://www.usem.es/web/documents/internos/06032008004314~1204810980484.pdf. [Consulta: 2010, junio 9]

Estrada, E. (1981). Triage Systems. *Nursing Clinics of North America, 16*(1), 13-24.

Faria,M. (1990) Dominique-Jean Larrey: Napoleon`s Surgeon form Egypt to Waterloo.*Journal of the MedicalAssociation of Georgia*. [Revista en línea]. Disponible: www.haciendapub.com/jmag2.html [Consulta: 2010, marzo 15]

Gamella,C. (2009) La unidad "info-familia" en los servicios de urgencia hospitalarios. Su impacto en la calidad asistencial percibida en los hospitales públicos de Madrid. *Reduca.* [Revista en línea], 1. Disponible: www.revistareduca.es/index php/reduca- /view/78/84 [Consulta: 2010, febrero 23]

García Pavón, J. (2007). *Triaje en el Servicio de Emergencia, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón G.* [Tesis en línea]. Informe final de tesis para optar al titulo en Emergenciologia.Unan. Nicaragua. Disponible: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/ /emergencia/Triaje%20Servicio%20Emergencia.pdf [Consulta: 2009, junio 12]

Gómez Jiménez, J. (2003). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias *Emergencias* [Revista en Línea], 15, Disponible: www.triajeset.com/acerca/archivos/revision_triaje_estructurado.pdf. [[Consulta: 2010, mayo 3]

Gómez Jiménez, J. Faura, L., Burges, C. (2004) Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística *(case-mix). Gestión Hospitalaria.* [Revista en línea], 15. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000700013&script=sci_arttext [Consulta: 2010, mayo 3]

Glosario de Protección Civil, OPAS. (1992) *Urgencias.*Disponible: paranal.stg.uchile.cl:7501/.../glosario/default.jsp [Consulta: 2009, junio 12]

Hurtado, J. (1997). *Investigación holística: Una propuesta integrativa de la investigación y de la metodología* [Documento en línea]. Disponible: http://www.monografias.com/trabajos25/investigacion holistica/investigacion-holistica.shtm.l [Consulta: 2009, junio 29]

Illescas,G. (2006). Triage : atención y selección de pacientes. *Trauma,*15 (32), 48-56.

Liñares N.(2005) Triage. Hospital de Clínicas Caracas. 2005. [Documento en línea]. Disponibl : http://www.slideshare.net/mquintabani/triage-presentation [Consulta: 2010, mayo 29]

López, J., Montiel, M.,Licona, R. (2006). Triage en el servicio de urgencias. *Med Int Mex,* 22(4), 310-318.

Nágel M. (2006). Optimización de las funciones de la gerencia de admisión, facturación y cobranzas de Clínica El Ávila. Trabajo de grado no publicado. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

.

NORMA COVENIN 2339-87 (1987) *Clínicas, policlínicas, Institutos u hospitales privados. Clasificación.* [Documento en línea] Disponible:http://www.sencamer.gob.ve/sencamer/normas/2339-87.pdf [Consulta: 2009, junio 29]

Nuñez.G., Flores.F, Salinas-Martinez.A, Villrreal-Rios.E, Grza-Elizondo.M.(2004) ¿Tiempos de espera?. El Triage. Una alternativa en el Departamento de Emergencias. *Revista de Investigación Clínica*, 56, (3), 314-320.

Pérez, S., Poblete, C.,Pugh, K.(2008) . Operaciones en empresas de salud "Optimización del Flujo de Pacientes en un Servicio de Urgencia". [Documento en línea]. Disponible: www.webmanager.cl/prontus.../ASOCFILE120081014164049.pdf [Consulta: 2010, mayo 15]

Programa de Ayuda al Triaje. (2010). Acerca de MAT-SET. Sistema Español de Triaje. [Documento en Línea.]. Disponible: http://www.triajeset.com/index.html. [Consulta: 2010, junio 2]

Quintilla, M. (2000) *Creación y validación de una escala de triaje en un servicio de urgencias* [Documento en línea]. Disponible: www.seup.org/seup/html/becas/pdf/IVBecaCasenFleet.pdf [Consulta: 2009, junio 15]

Revista de la Clínica El Ávila, Caracas, 2001.

Sociedad Española de Emergencias. Recomendación Científica 99/01/01, revisada y adaptada (15 de noviembre de 2004) Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Disponible:http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION1.pdf [Consulta: 2010, junio 13]

Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, et al.(1996) Effects of actual waiting time,perceived waiting time, information delivery and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med,* 28, 657–65.

Toro, J. (2001). *Hospital & Empresa.* (2da ed). Colombia: Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl.

Universitat de les Illes Balears. Estudios de enfermeria. *Recepcion, acogida y clasificacion de pacientes en las urgencias hospitalarias.* [Documento en linea]. Disponible: http://www.uib.es/ca/infsobre/serveis/complementaris/campusextens/flas_h/infermeria_urgencias/urgencias4/urgencias4.swf [Consulta: 2010, junio 13]

US Department of Health & Human Services. (2005) . *Triage Acuity Systems.* [Documento en linea].Disponible: http://www.ahrq.gov/research/esi/esi2.htm#Tab2-2 [Consulta: 2009, junio 16]

Velandia, M. (2007) Triage de urgencia. *Actualizaciones en enfermería.* [Revista en línea],5. Disponible: http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=7993&about=access# [Consulta: 2010, mayo 13]

A N E X O S

Anexo A : Carta de autorización de la Junta Directiva de la Clinica El Avila.

Anexo B: Estructura Organizativa Clinica El Avila.

Anexo C: Plantilla de personal Clinica El Avila.

Anexo D: Plano arquitectonico del Servicio de Emergencia.

Anexo E.: Encuesta a pacientes.

Anexo F: Plano de Triaje con la nueva propuesta de atención.

ANEXO A.

CLINICA EL AVILA

Av. San Juan Bosco con Sexta Transv. Urb. Altamira, Caracas, Venezuela. Telfs.: Central: (0212) 276.11.11 - Fax: (0212) 276.12.36

Caracas, 07 de julio de 2009

Doctora
MARIA MERCEDES CASTRO DE MARTIN
Presente.-

Estimada Dra. Castro de Martin:

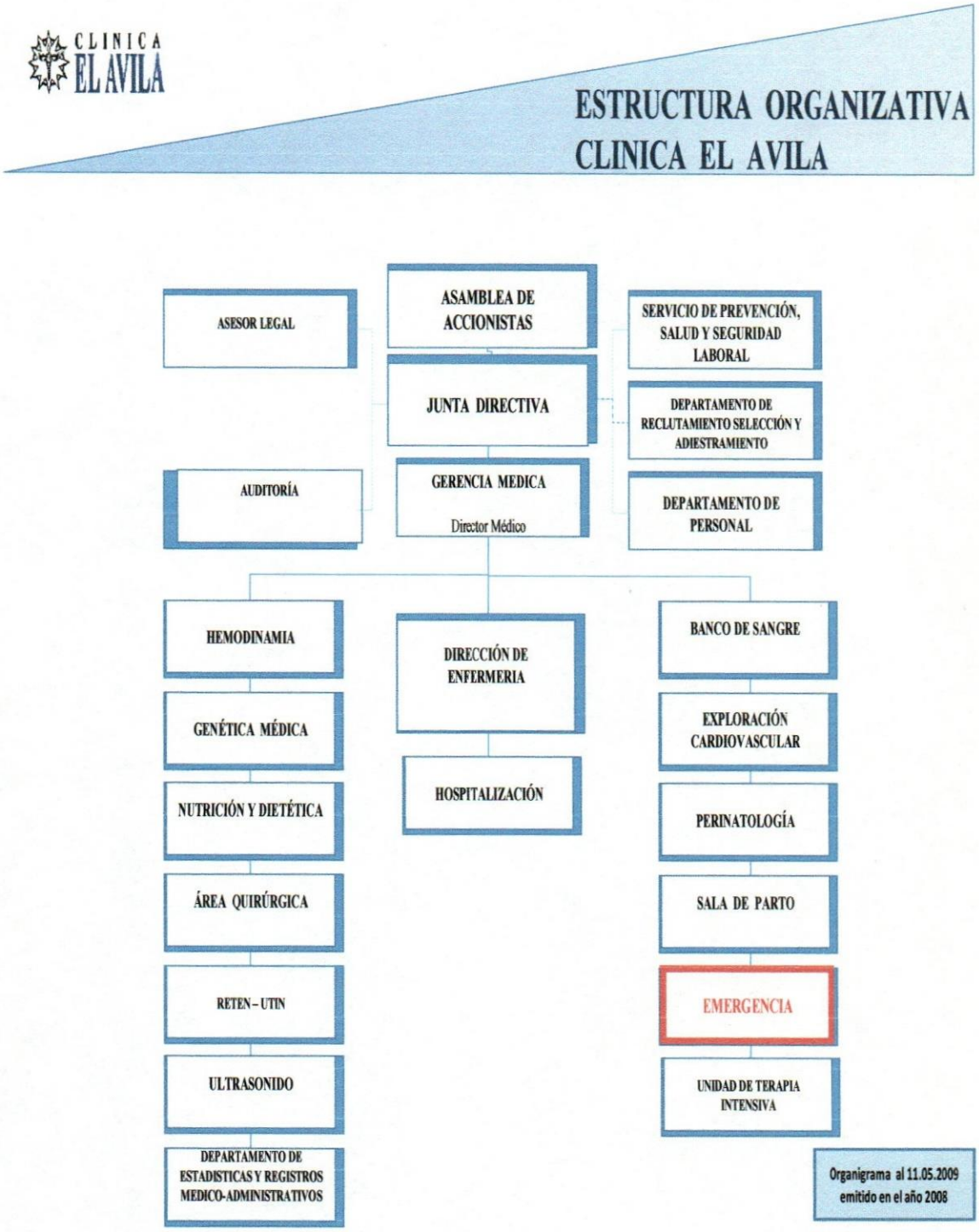
Por medio de la presente, le informamos que la Junta Directiva en reuniòn ordinaria de fecha 07 de julio de 2009, la autorizó a realizar en nuestra Institución el trabajo titulado " DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÒN PARA LA DISMINUCIÒN DEL TIEMPO DE ESPERA EN EL TRIAJE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. CLINICA EL AVILA, CARACAS" .

Sin otro particular al cual referirnos.

Atentamente,
Por Junta Directiva

DR. CARLOS E. DAVILA J.
Presidente

ANEXO B.


CLINICA EL AVILA
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA CLINICA EL AVILA
ASESOR LEGAL
ASAMBLEA DE ACCIONISTAS
SERVICIO DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORAL
JUNTA DIRECTIVA
DEPARTAMENTO DE RECLUTAMIENTO SELECCIÓN Y ADIESTRAMIENTO
AUDITORÍA
GERENCIA MEDICA
Director Médico
DEPARTAMENTO DE PERSONAL
HEMODINAMIA
DIRECCIÓN DE ENFERMERIA
BANCO DE SANGRE
GENÉTICA MÉDICA
EXPLORACIÓN CARDIOVASCULAR
HOSPITALIZACIÓN
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
PERINATOLOGÍA
ÁREA QUIRÚRGICA
SALA DE PARTO
RETEN – UTIN
EMERGENCIA
ULTRASONIDO
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS Y REGISTROS MEDICO-ADMINISTRATIVOS
Organigrama al 11.05.2009 emitido en el año 2008

ANEXO C.

CLINICA EL AVILA, C.A.

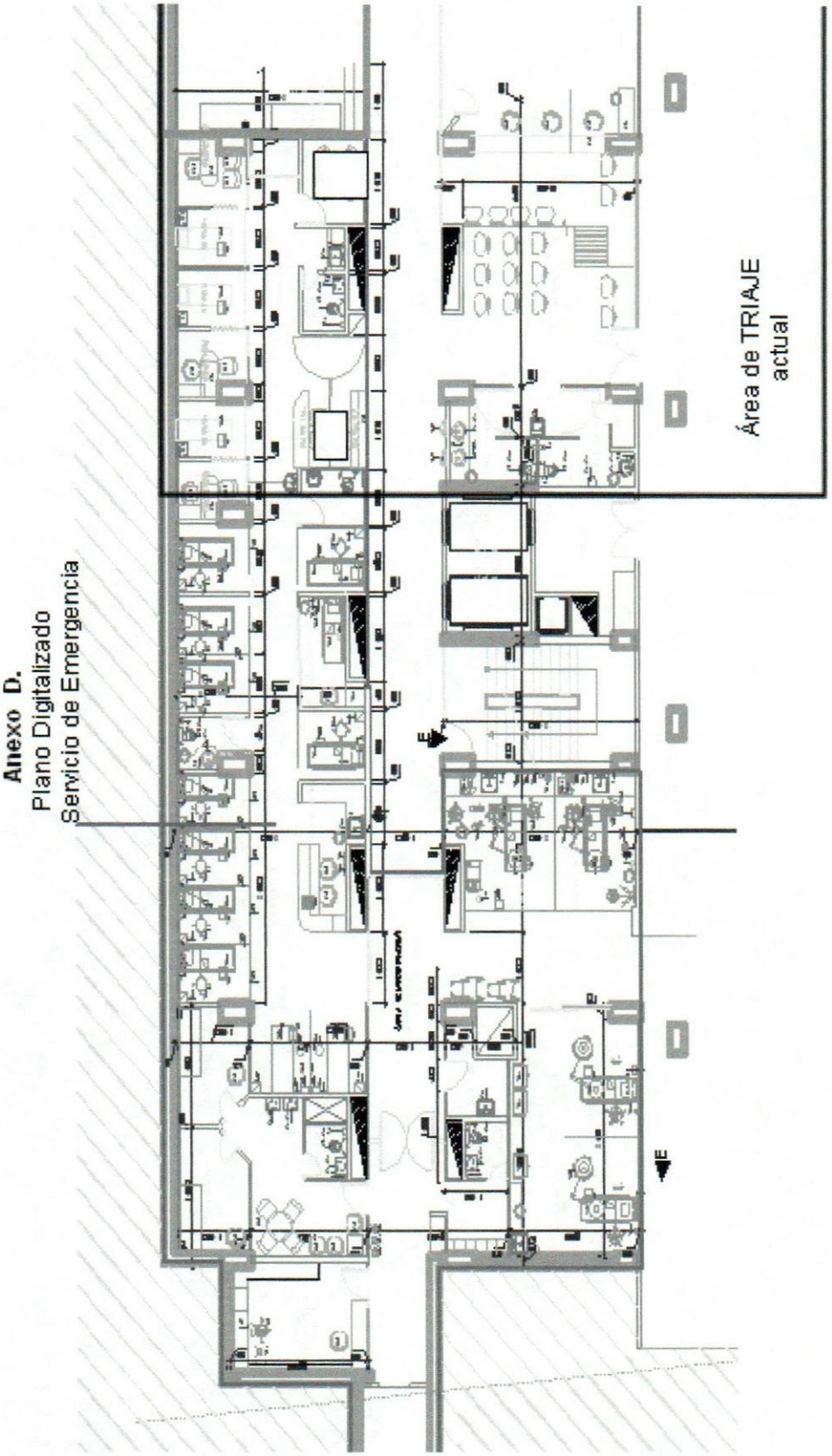
Personal de Emergencia de Adultos

Cargos	7 am - 3 pm.	7 am-1 pm.	1 pm. - 7 pm.	7 pm. - 7 am.	7 pm. - 7 am.	Total
Coordinador de Emergencia	1	..	..	..	..	1
Coordinador de Enfermeria	1	..	..	..	..	1
Enfermera Graduada	..	9	9	10	10	38
Camillero	..	3	3	2	2	10
Camarera	..	2	2	2	2	8
Secretaria	..	1	1	2	2	6
Ejecutivo de Admisión	..	2	2	2	3	9
Cajero	..	1	1	1	1	4
Medico Cirujano	..	1	1	1	1	5
Medico Internistas	..	2	2	2	2	10
Medico Triaje	..	1	1			2
Total	**2**	**22**	**22**	**22**	**23**	**94**

RRHH
31/05/2010

Nota: Los médicos cirujanos son un total de 5, laboran 1 por guardia de 24 horas
Los médicos internistas son un total de 10 y laboran dos por turno
Los médicos de triaje son 2, laboran uno en la mañana y otra en la tarde,lunes a viernes

ANEXO D.
Plano digitalizado. Servicio de Emergencia 2010.



ANEXO E.
ENCUESTA A PACIENTES EN TRIAJE,
SERVICIO DE EMERGENCIA. CLINICA EL AVILA. 2010.

Apreciado usuario, la presente encuesta es anónima, personal, confidencial y tiene fines estrictamente académicos y de aplicación practica; sus resultados contribuirán al diseño de estrategias para mejorar el triaje del Servicio de Emergencia de la Clínica El Ávila. Agradecemos su tiempo y sinceridad al responder las preguntas que le serán formuladas.

Encuesta No. _____ Fecha_____

1. A su llegada al Servicio de Emergencia, conocía usted los pasos a seguir para recibir asistencia médica: Si_____ No____

Indique por favor, como obtuvo esta información: _____
_____

2. Encontró usted algún instructivo visible en el Servicio de Emergencia que le indicase qué hacer: Si___ No___

3. Quien fue su primer contacto al llegar al área de emergencia
_____

4. Considera usted necesaria la asistencia por parte de un Oficial de Recepción en el Servicio de Emergencia. Si___ No___

5. Especifique, por favor, el tiempo aproximado transcurrido desde su llegada, hasta el contacto con el personal de Admisión:
_____

6. Especifique, por favor, el tiempo aproximado utilizado para los trámites de admisión:
_____

7. ¿Como calificaría usted el tiempo utilizado en los tramites de admisión en una escala del 1 al 5 en la cual 1 es la peor calificación y 5 la mejor?
1 2 3 4 5

8. Especifique, por favor, el tiempo en sala de espera después de la admisión _____

9. Indique, por favor, si después de culminar los trámites de admisión, fue usted contactado por algún miembro del equipo de salud para recibir asistencia: Si____ No___

Si su respuesta es SI , Especifique por favor quien le contactó_____

Especifique, por favor, el tiempo aproximado transcurrido para este contacto _____

10. Observó usted en la sala de espera a algún miembro del equipo de salud verificando la condición de los pacientes para establecer prioridad en la asistencia médica de los mismos:

Si___ No___ Quien_____

11. Considera usted necesaria la presencia de algún miembro del equipo de salud que verifique la condición de los pacientes para establecer prioridad en su asistencia médica:
Si___ No___

A su juicio, quien podria ser ese miembro del equipo de salud _____
_____

12. ¿Como calificaría usted el tiempo transcurrido desde su llegada hasta que recibió atención médica en una escala del 1 al 5 en la cual 1 es la peor calificación y 5 la mejor? 1 2 3 4 5

13. Especifique, por favor, el tiempo aproximado de espera que usted consideraría <u>aceptable</u> para recibir atención medica en el Servicio de Emergencia _____

14. Tomando en cuenta el tiempo de espera para recibir asistencia médica en el triaje, recomendaría usted este Servicio de Emergencia a otra persona: Si___ No___

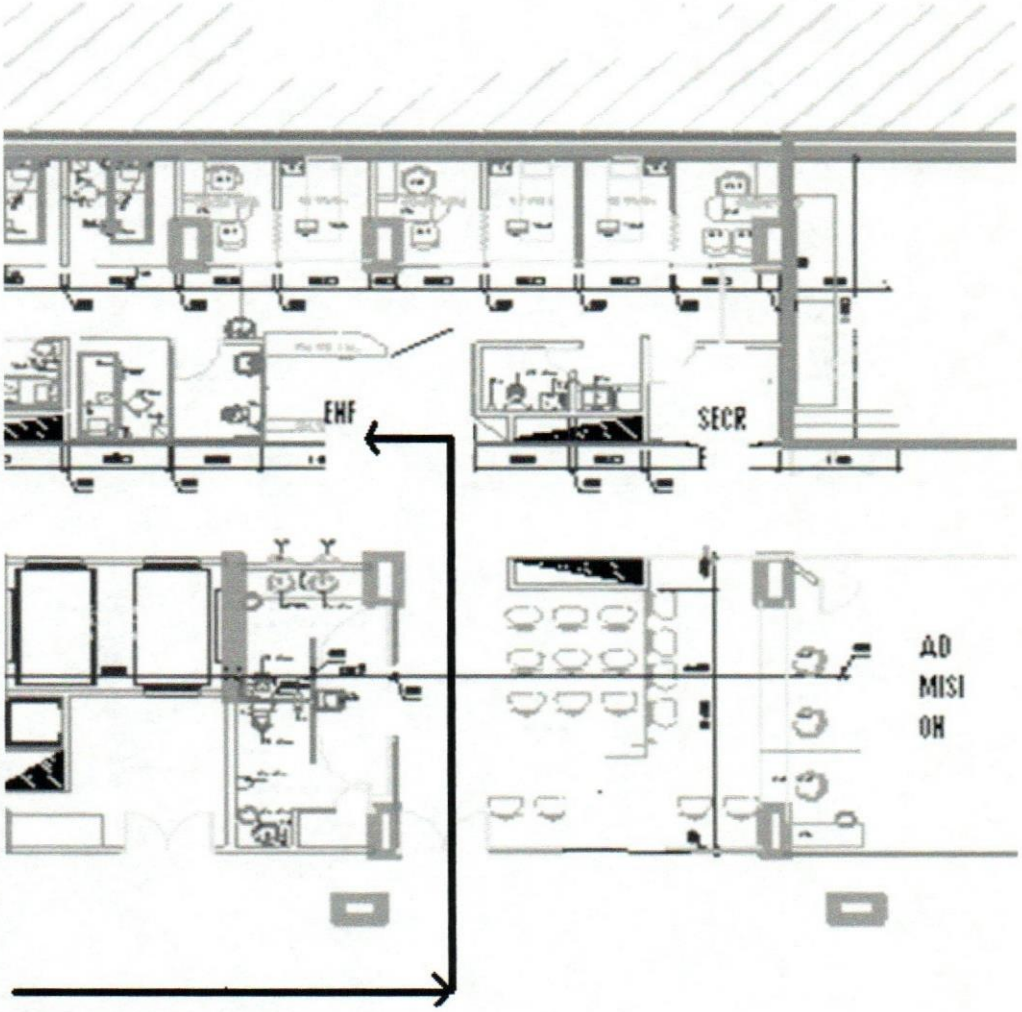
15. ¿Tiene alguna recomendación para mejorar la rapidez de atención en el servicio de emergencia

_____
_____
_____
_____
_____

Muchas gracias por su colaboración.
Caracas, febrero 2010
MMCdM/mmcdm

ANEXO F.

DETALLE DE PLANO DIGITALIZADO
PROPUESTA DE TRIAJE INICIAL POR LA ENFERMERA



Leyenda:
SCR: Secretaria Triaje
ENF: Enfermera de Triaje Inicial
AD: Admisión