

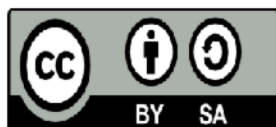
Díaz, Paula Elizabeth y Gorostieta Polizzotto, Cintia Melisa

“Triage estructurado: Enfermería como herramienta fundamental en la clasificación de los pacientes en el servicio de guardia médica del Hospital Isidoro Iriarte, de la Ciudad de Quilmes”

2021

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – Compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Díaz, P.E. & Gorostieta Polizzotto, C.M. (2021) *Triage estructurado: Enfermería como herramienta fundamental en la clasificación de los pacientes en el servicio de guardia médica del Hospital Isidoro Iriarte, de la Ciudad de Quilmes* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

" Triage estructurado: Enfermería como herramienta fundamental en la clasificación de los pacientes en el servicio de guardia médica del Hospital Isidoro Iriarte, de la Ciudad de Quilmes."

ALUMNAS: Díaz, Paula Elizabeth
Gorostieta Polizzotto, Cintia Melisa
DIRECTOR DE TESIS: Prof. Lic. Cuenca Jorge

FLORENCIO VARELA, 15 DE DICIEMBRE DE 2021

INDICE

Introducción.....	2
Formulación del problema	3
Definición de Triage.....	5
Perfil del enfermero en Triage	12
Descripción del procedimiento	16
Triage hospitalario en pandemia	18
Objetivos	19
Metodología	20
Tabla de operacionalización	21
Análisis y resultados	24
Conclusiones.....	30
Diagrama de Gantt	32
Bibliografía	33
Anexo 1	35
Anexo 2	42
Anexo 3	43
Anexo 4	52
Anexo 5	60
Anexo 6	67
Anexo 7	71

Introducción

Esta investigación pretende evidenciar la relevancia del rol de enfermería en el Triage en el servicio de guardia médica del hospital Isidoro Iriarte del municipio de Quilmes.

Actualmente el Triage utilizado según la OMS y OPS es el Triage estructurado en el que se clasifica a los pacientes en cinco niveles según su prioridad, permitiéndonos como profesionales de la salud realizar una gestión del riesgo clínico, para valorar de manera eficaz y segura el flujo de pacientes, sus necesidades y demandas del mismo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

La calidad de atención del paciente/usuario es un proceso para la satisfacción total de las necesidades del paciente (Macías, 2009) , considerando que la organización hospitalaria existe porque existe el paciente que tiene una necesidad , en este caso, de atención oportuna y de calidad , motivo por el cual se debe prestar atención al proceso para mejorar la calidad de atención a los pacientes la cual hace que la imagen de una institución se viera respetada y admirada por los pacientes , cuando está enfocado en calidad y mejora continua de sus servicios.

En la actualidad, la cantidad de pacientes/usuarios que asisten a los servicios de guardia médica hospitalaria ha ido aumentando considerablemente año tras año, creando serios problemas en la asistencia diaria y en la gestión de recursos humanos y materiales (Castellanos, Juan, 2010). Ante esta creciente demanda asistencial en los servicios de guardia médica hospitalaria, ha sido necesario efectuar cambios estructurales como funcionales en un intento de equilibrar la oferta y la demanda de forma más adecuada, pero además de estos cambios, para controlar el flujo de pacientes/usuarios que acuden en busca de tratamiento y mejorar la calidad de atención que reciben, se ha ido implementado en todos los hospitales un sistema de jerarquización de necesidades. Este sistema recibe el nombre de Triage.

Hoy en día es imprescindible prestar una asistencia segura y eficiente en los servicios de emergencias urgencias, basada en un mejor conocimiento del tipo de pacientes que son atendidos en ellos, que permitan una mejor organización, clasificación y distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de las emergencias; para conseguirlo, existe un consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias emergencias, que recomiendan la implantación de un sistema de Triage estructurado en las salas de urgencias (Salud, 2011).

El sistema de Triage estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgente sean atendidos prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento.

Un sistema de Triage estructurado moderno, ha de ser entendido como un sistema integral de calidad para los servicios de urgencias, cuya implantación tiene efectos

positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad.

Esta investigación pretende brindar herramientas de gestión que permitan la implementación de estrategias a corto y mediano plazo, necesarias para mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de guardia y la capacidad de respuesta para garantizar una atención oportuna y de calidad.

A lo largo de los años en la realidad sanitaria se han evidenciado diferentes sistemas de valoración clínica, lo que nos lleva a preguntar: **¿Cuál es la relevancia del rol de enfermería en el manejo del Triage y qué características presenta dicho sistema, en el servicio de guardia médica del Hospital Isidoro Iriarte de la ciudad de Quilmes en los meses de octubre y noviembre de 2021?**

Marco teórico

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hoy en día es imprescindible prestar una asistencia de calidad, segura y eficiente, en las salas de urgencias, basada en un mejor conocimiento del tipo de pacientes que son atendidos en ellos, que permita una mejor organización y distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de las urgencias.

Para conseguirlo, existe un consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias, en recomendar la implantación de un sistema de Triage estructurado en los cuartos de urgencias.

El sistema de Triage estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento.

El objetivo básico de la implantación de un sistema de Triage estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser visitado; es decir, aumentar su seguridad, aunque el Triage estructurado aporta mejoras en aspectos como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad.

Para el profesional de urgencias el Triage estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo y común para todos los dispositivos asistenciales, un sistema de gestión asistencial homogéneo y universal, que abre las puertas a una asistencia más eficiente, potenciando aspectos como el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinar y en equipo y el desarrollo profesional.

La introducción del sistema de Triage estructurado representa un cambio total en la forma de asistir a los pacientes y permite mejorar de forma continua la calidad asistencial. Con él se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos. Lo más importante es, sin duda, la mayor capacidad

de gestión de la información de cara a la mejora continua de la calidad que el Triage estructurado ofrece.

El Triage, estructurado y en continua mejora, es la apuesta de futuro más firme que tienen, desde hace años, los cuartos de urgencias para mejorar. Esta visión es compartida por todas las sociedades científicas internacionales de urgencias. Además, el Triage estructurado abre las puertas a procesos de organización interna de los cuartos de urgencias y a la coordinación entre niveles asistenciales, cosa imprescindible si queremos orquestar un sistema sanitario homogéneo y eficiente. Esta visión holística que plantea el Triage estructurado, bien entendida y apoyada tanto por los profesionales como por los gestores y responsables políticos, lo convierte en un potente motor de cambio, modernización y mejora de los servicios donde se aplica.

Actualmente, todo sistema de Triage estructurado está basado en una escala de 5 niveles, con suficiente grado de validación científica que garantice su fiabilidad, validez, utilidad, relevancia y aplicabilidad.

El sistema de Triage ha de proponer adaptaciones en la estructura física, profesional y tecnológica en los cuartos de urgencias, que permitan hacer el Triage de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

Un factor fundamental a la hora de implantar un sistema de Triage estructurado es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados. Formación e información van de la mano en el proceso de implantación, junto al análisis de la realidad de los cuartos de urgencias donde se implanta, las propuestas de mejora continua y la evaluación de resultados.

Es básico que se ejerza un liderazgo claro en los servicios, basado en el principio de justicia y en el concepto de que el paciente y su entorno son el centro de la asistencia, y que sus intereses no tienen por qué entrar en conflicto con los intereses de los profesionales ni del resto del sistema sanitario, sino al contrario, que el trabajo centrado en el paciente beneficia a todos.

Triage: Antecedentes históricos

Según, (David Acuña Ramírez, 2015), la práctica de Triage surge de las exigencias de la guerra y permanece íntimamente relacionada con la medicina

militar. Los sistemas más antiguos documentados, diseñados para distribuir la atención de salud de manera sistemática, se remontan al siglo XVIII. Los ejércitos medievales hicieron poco o ningún esfuerzo formal para proporcionar atención médica a sus soldados heridos en batalla, y la atención recibida era probablemente inefectiva. Los soldados lesionados por lo general dependían de sus compañeros y la mayoría murieron a causa de sus heridas.

A comienzos del siglo XVIII, los cirujanos militares desarrollaron e implementaron las primeras reglas de Triage o estratificación de riesgo para el campo de batalla.

La mayoría de los historiadores atribuyen el primer Triage formal al distinguido militar francés Barón Dominique-Jean Larrey, cirujano jefe de la Guardia Imperial de Napoleón. Larrey reconoció la necesidad de evaluar y clasificar a los soldados heridos durante una batalla con prontitud. Su sistema se basaba en tratar y evacuar a aquellos que requieren la atención médica más urgente, en lugar de esperar horas o días a que la batalla terminara. Mediante este sistema, Larrey realizó cientos de amputaciones, mientras que la batalla todavía estaba en su apogeo. También diseñó carros ligeros, que él denominó “ambulancias voladoras”, para transportar rápidamente al herido. En sus memorias sobre la campaña de Rusia (1812), Larrey articuló una norma clara para la clasificación de los pacientes: “Los que están peligrosamente heridos deben recibir la primera atención, sin tener en cuenta rango o distinción. Los que están heridos en un menor grado pueden esperar hasta que lleguen sus hermanos de batalla; los que están gravemente mutilados y no han sido operados y vestidos, no sobrevivirían muchas horas; rara vez, hasta el día siguiente”.

También se le da crédito al cirujano naval británico John Wilson con la siguiente gran contribución al Triage militar. En 1846, Wilson argumentó que, para hacer sus esfuerzos más eficaces, los cirujanos debían centrarse en aquellos pacientes que necesitan tratamiento inmediato y para los que era probable que el tratamiento fuese exitoso, difiriendo el tratamiento para otro momento en aquellos cuyas heridas son menos graves o aquellos cuyas heridas eran probablemente fatales con o sin intervención inmediata.

Los cirujanos militares refinaron continuamente sus protocolos de Triage, ampliando el uso del término por primera vez durante la Primera Guerra Mundial. La introducción en la Primera Guerra Mundial de nuevas armas mortales, incluyendo ametralladoras y gases venenosos, crearon un número sin precedentes de víctimas en masa potencialmente tratables, que requerían evaluación de la gravedad o Triage.

En el manual quirúrgico militar de la Primera Guerra Mundial se describe un enfoque ligeramente diferente para establecer las prioridades de tratamiento de los pacientes: "Triage en Medicina, pronto y exhaustivo tratamiento para todos. Si la atención de un caso, aunque sea urgente, absorbiera mucho tiempo, puede tener que esperar, ya que en ese mismo tiempo una docena de otros, casi igualmente exigentes, pero que requieren menos tiempo, podrían ser atendidos. El mayor bien para el mayor número debe ser la regla".

El enfoque propuesto en este manual se diferencia claramente de la máxima enunciada por Larry que la prioridad debiera estar dirigida a los heridos más graves. También va más allá de la propuesta de Wilson de no ofrecer tratamiento al paciente irremediabilmente herido. Afirma que a un paciente crítico y tratable no se le debe dar prioridad si para el tratamiento se va a ocupar demasiado tiempo y retrasaría el tratamiento de otros pacientes con lesiones graves, pero menos complejas.

Este enfoque reconoce explícitamente que, cuando los recursos son limitados, algunos pacientes que podrían salvarse pueden no ser atendidos en beneficio de poder salvar a otros.

Durante la Segunda Guerra Mundial, se diseñan armas con mayor poder letal y se implementan nuevos tratamientos, incluyendo el plasma y la penicilina.

Los médicos militares desarrollaron protocolos actualizados y más detallados para evaluar a los pacientes heridos en combate.

A menudo se menciona que los sistemas de Triage empleados por los militares han sido adaptados a la organización civil, pero ha habido poca discusión acerca de la historia del Triage en estos contextos. En 1966, Weinerman y cols publicaron la primera descripción sistemática del uso civil de Triage.

Con el correr de los años la atención de urgencia se ha hecho más común y extensiva a casi toda la población. Al aumentar la demanda por atenciones de urgencia, se hace patente que los recursos son limitados, comienza el colapso de éstos y la necesidad de ordenar la atención de los pacientes.

Por lo tanto, el término Triage es un neologismo proveniente de la palabra francesa trier que significa escoger, separar o clasificar. El Triage cobró el significado conceptual que mantiene hasta nuestros días a partir del uso para definir el concepto de "clasificar o priorizar" la asistencia de heridos (en el contexto de las batallas napoleónicas).

El Triage o clasificación, es entonces un proceso que permite la adecuada gestión del riesgo clínico. Ayuda a manejar con seguridad el flujo de pacientes en los servicios de urgencia y su beneficio es mayor en las situaciones en que la demanda supera a los recursos disponibles. Silvariño, R (2011)

El sistema de Triage, entendido como una herramienta que ayuda al personal de salud a realizar la labor de priorizar la atención de los pacientes según su gravedad y riesgo, debe ser un sistema válido, reproducible por individuos distintos y aplicable a la realidad local.

El sistema de Triage se considera válido si la estratificación inicial de los pacientes se correlaciona con la gravedad de los pacientes al momento del alta. Dado que no existen estándares de oro para esta métrica, se estima su validez mediante indicadores intermediarios como la tasa de hospitalización, tasa de reconsulta, necesidad de traslado a unidad de pacientes críticos, número de recursos utilizados (laboratorio, imágenes, interconsultas, tratamientos) y tasa de mortalidad.

La concordancia o reproducibilidad de la estratificación de riesgo entre dos o más evaluadores debiera ser lo más alto posible, de manera de asegurar que el algoritmo o método de Triage no es dependiente exclusivamente del personal que lo usa, sino que por sí solo es una herramienta útil.

Dado que el Triage es el primer punto de contacto entre los pacientes y el sistema de salud, el Triage no pretende hacer diagnósticos, sino que sólo priorizar la atención, por lo que no debería tomar más de 2 a 5 minutos, de manera de hacerlo expedito y no demorar la atención de pacientes graves o inestables que aún esperan ser estratificados y requieren atención inmediata.

Por otro lado, es importante destacar que la priorización de la atención de salud pretende clasificar la urgencia clínica de la presentación. Ésta, no se basa sólo en la gravedad y complejidad de la patología de base y su repercusión del punto de vista de mortalidad, sino también en la magnitud o intensidad de los síntomas o signos. Por ejemplo, un paciente joven con dolor abdominal 10/10 en la escala de EVA sin otro discriminador podrá ser priorizado ante un paciente anciano con dolor torácico atípico.

Objetivos del sistema de Triage estructurado

Según el Manual para la implementación de un Sistema de Triage para los cuartos de urgencias, los objetivos del sistema de Triage estructurado son:

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia para garantizar su seguridad (disminuir su riesgo).
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en un cuarto de urgencias o el centro hospitalario más adecuado para trasladar un paciente que se presenta o es atendido por un dispositivo de asistencia extra hospitalaria.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los cuartos de urgencias.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante re evaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, asegurando la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Permitir una información fluida a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente, dando información sobre cuáles son las necesidades de exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas preliminares y el tiempo de espera probable.
- Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de los cuartos de urgencias y emergencias, (urgencia y complejidad de las patologías que se atienden), con la finalidad de optimizar recursos y mejorar su gestión (mejorar la eficiencia).
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros asistenciales. Este punto es crítico para mejorar la gestión de las urgencias y emergencias, allá donde se producen, y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Mejorar la calidad de las organizaciones en la asistencia a las urgencias.

Niveles de priorización

Los pacientes pasan por el área de Triage para ser evacuados por prioridad de atención, de acuerdo con los códigos de clasificación establecidos por la OPS

El MAT-SET clasifica los niveles de urgencia en:

- Nivel I (Resucitación): Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato. TIEMPO: inmediato
- Nivel II (Emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo. TIEMPO: 5-15 minutos revalorización cada 15 minutos como máximo.
- Nivel III (Urgencia): Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital. TIEMPO: 15-45 minutos y revalorización cada 30 minutos máximo.

- Nivel IV (Menos urgente): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial. TIEMPO: 60-120 minutos y revalorización cada 60 minutos.
- Nivel V (No urgente): Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente. TIEMPO: 120-140 minutos y revalorización cada 120 minutos.

Estos cinco niveles se establecen en base a:

Descriptores clínicos, síntomas o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas. Determinantes del nivel de urgencia: riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc.

Un sistema estructurado de Triage puede servir también para valorar otra serie de parámetros, como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos, etc. que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas socio sanitarios entre otros). Estos parámetros son fundamentales para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias.

Ventajas de la utilización del Triage

Para los pacientes durante la evaluación inicial, la enfermera tiene la oportunidad de proporcionar la información e instrucciones al paciente. (valoración) sobre su estado y el tiempo aproximado de espera, identificando quienes necesitan atención rápida. Crea un primer contacto para informar al paciente, familiares y amigos sobre el funcionamiento del servicio de urgencias. Se atiende antes al más grave de acuerdo a escala.

Para el servicio de urgencias orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad, estableciendo que área del servicio de urgencias es más adecuada para cada paciente. Permite la reordenación de los recursos en el área de urgencias en función de la demanda. Genera información útil para la orientación de los recursos de los que deben disponer en el área de urgencias. Disminuir la gestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.

Para la organización permite realizar controles de calidad, mediante una reevaluación periódica de los pacientes que están en la sala de espera, según el protocolo de cada hospital permite políticas dirigidas a dotar de recursos estables

al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos. Se mantiene una buena comunicación entre la zona de Triage, por un lado, y la zona de tratamiento y observación, por otro.

El perfil del enfermero que realiza el Triage:

En la actualidad, el personal de enfermería es el encargado de realizar el Triage en la mayor parte de los centros sanitarios, concretamente en el 77,6% de los hospitales españoles (Bermejo, 2013), abarcando un campo que antes sólo pertenecía al personal médico y técnico. (Gallego E, Macías J, Díaz MI., 2012)

Las recomendaciones de diferentes asociaciones científicas, como la SEMES, el Grupo Español de Triage Manchester y la SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias), aconseja que esta tarea sea realizada por el personal de enfermería, puesto que dispone de las capacidades necesarias para desempeñarse de forma adecuada. (Bermejo, 2013)

A pesar de este consenso entre las distintas sociedades científicas, el hecho de que el Triage sea llevado a cabo por profesionales enfermeros no ha estado exento de controversia ((Bermejo, 2013), (JG., 2003) y (Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Álvarez A., 2015)).

Varios estudios han comparado la precisión del Triage realizado por el personal enfermero y por el médico, en el contexto hospitalario (Ruiz FP, Cruz DC, Ortega DV, Ruiz EP, Castellanos MD, Cruz AC. 2003).

Los resultados de estas investigaciones permiten constatar que el Triage enfermero es de igual o mayor calidad que el ejecutado por los profesionales médicos. Además, en lo referido a la satisfacción percibida por los pacientes con la asistencia prestada por enfermería durante su realización, ésta es inclusive mayor, manifestando las personas atendidas que estos profesionales dan un enfoque más humanizado a su atención, al valorar, en esos momentos, el sufrimiento más allá del accidente o de la enfermedad. (Ramírez C.Müggenburg, 2015)

Si consideramos que un Triage de calidad es aquel que asigna de forma precisa a cada paciente el nivel de gravedad que tiene, garantizando así que sea atendido en el tiempo recomendado para éste, las consecuencias de un Triage no preciso recaen, evidentemente, sobre la salud de las personas atendidas.

Así, la demora en el tiempo de atención retrasa el tratamiento del dolor y aumenta la morbimortalidad.

La enfermera, es la encargada de realizar la clasificación, y puede trabajar para intentar evitar que estas consecuencias se produzcan, realizando un Triage preciso. (López SR, Linares C., 2012)

Por tanto, teniendo en cuenta la importancia que alcanza el Triage en los Servicios de Urgencias y las consecuencias de una mala realización del mismo, es fundamental, tanto desde el punto de vista de la gestión enfermera como desde el ámbito asistencial, garantizar que el Triage sea realizado por aquellas personas que, a priori, reúnan una serie de características que garanticen la calidad de esta actividad. Entendiendo como características, atributos o cualidades personales que distinguen a unos profesionales de otros.

En este sentido, según (BARRIO, 2015) en su Tesis de fin de Grado en Enfermería, las características que una enfermera debe tener para llevar a cabo un Triage de calidad en las Unidades de Urgencias Hospitalarias son las siguientes:

Conocimientos clínicos:

Los conocimientos de la enfermera de Triage son distinguidos como requisito importante porque influyen directamente en la calidad y rapidez de las decisiones clínicas.

Estos saberes son obtenidos a través de la experiencia, capacitación y la práctica clínica, es por eso que tienen mucho valor a la hora de realizar el Triage, puesto que se fundamentan en situaciones reales.

La toma de decisiones y la adquisición de habilidades, infunde confianza en los profesionales y pacientes.

Pensamiento crítico:

No sólo basta con tener una serie de conocimientos, sino que también es necesario, para el personal de enfermería que realiza el Triage, utilizar habilidades del pensamiento crítico para clasificar a los pacientes. De esta forma, la enfermera puede realizar una mejor valoración de la situación y hacer juicios sobre la misma basados en hechos, consiguiendo que la decisión sea más exacta y relevante.

Este pensamiento crítico se desarrolla, a su vez, con la experiencia, ya que ésta permite relacionar situaciones pasadas y presentes, por lo que cada enfermera utiliza una serie de estrategias de pensamiento, de manera que, durante el proceso de clasificación, la información obtenida es contrastada de varias maneras hasta llegar a una decisión final.

Experiencia:

La experiencia es una característica fundamental a la hora de realizar el Triage enfermero.

También es vista como una característica importante para todo el equipo interdisciplinario, ya que las enfermeras experimentadas del servicio dan confianza al resto del equipo.

Las enfermeras que llevaban a cabo el proceso de Triage, lo realizan de forma mucho más rápida, puesto que las decisiones (en las que también influyen la intuición y el pensamiento crítico) las toman de forma espontánea.

La experiencia promueve que otros atributos necesarios para llevar a cabo un buen Triage, como el pensamiento crítico y la intuición, fueran más acertados.

La experiencia clínica, también es señalada como característica fundamental para la enfermera de Triage

Existe una relación directa entre la experiencia clínica y una mayor rapidez, a la hora de clasificar los diferentes escenarios que pueden presentarse en el Servicio de Urgencias, ya que, una enfermera con mucha experiencia puede enfrentarse a más cantidad de situaciones similares a lo largo de su carrera profesional.

Capacidad de Valoración:

Una característica que deben tener todas las enfermeras que realizan el Triage. Es una cualidad fundamental, ya que en base a esa valoración el personal enfermero toma una decisión y otorga un nivel de priorización al paciente.

Además, esta capacidad de valoración lleva a la enfermera de Triage a tener una visión integral del paciente y priorizar su atención. También, una de las cualidades que la enfermera de Triage debe tener es la “habilidad de comunicación”. Esta característica es de vital importancia cuando el paciente acude al Servicio de Urgencias y se le realiza una entrevista inicial, que sería la que permite clasificarlo en un nivel u otro de gravedad.

El poseer habilidades para la comunicación ayuda a que el paciente disminuya su nivel de ansiedad, puesto que se siente comprendido por la persona a la que le explica sus problemas de salud y, a su vez, éste entiende lo que la enfermera le estaba diciendo, facilitando la relación enfermera-paciente.

Intuición:

La intuición toma partido en la clasificación de los pacientes, puesto que, la enfermera ve y se hace una idea de su situación clínica, siendo esta primera valoración de carácter fundamentalmente intuitivo, centrada en las manifestaciones visibles o el nivel de angustia que muestra el paciente. También es señalada como uno de los atributos de importancia para la enfermera de Triage, específicamente a la hora de realizar la priorización de un paciente cuyos signos y síntomas no son claros. En estos casos, es la intuición lo que lleva al personal de enfermería a asignarle un nivel de prioridad, dependiendo así, el tiempo que va a esperar este paciente para ser atendido.

Confianza:

La realización del Triage es una labor arriesgada, puesto que la vida del paciente en muchas ocasiones depende de esta decisión.

Una enfermera de Triage debería tener la suficiente confianza en sí misma para estar segura de que la decisión de clasificación que ha tomado es correcta y realizar las actividades correspondientes en base a esa decisión con seguridad. Poseer altos niveles de conocimientos y de experiencia refuerzan considerablemente esta característica

Autocontrol emocional:

En el servicio de Urgencias Hospitalarias, existe una elevada carga emocional, derivada en buena medida de la necesidad de tomar decisiones en las que podría depender la vida del paciente.

El autocontrol emocional es fundamental en el ámbito de urgencia, el cual es caracterizado por su elevada carga de trabajo.

Ésa carga de trabajo, a su vez, incrementa el estrés de los profesionales.

Para evitar que este estado emocional influya negativamente en la realización del Triage, es importante que la enfermera que realiza esta actividad dispusiera del autocontrol necesario.

El “autocontrol emocional” es necesario para garantizar que el profesional enfermero trate de manera adecuada a estos pacientes, independientemente de los valores personales que tuviera, evitando que éstos influyeran en su decisión.

Manejo de las herramientas del Triage

El uso de métodos estandarizados es la medida más eficaz para identificar a los pacientes que presentan riesgo.

Para aumentar la seguridad del paciente e incrementar el grado de satisfacción de los mismos respecto a la calidad de la atención prestada, enfermería utiliza determinadas herramientas estandarizadas para llevar a cabo esta actividad.

La precisión de las decisiones tomadas en el Triage enfermero, y la agudeza de dichas elecciones siempre están influenciadas por la base de conocimientos del personal de enfermería, su pensamiento crítico, la intuición y el comportamiento y forma de expresarse que presenta el paciente.

Empatía:

La empatía como un atributo relevante para el desempeño de esta actividad, indicándose que, aunque la priorización debería establecerse en base a las necesidades clínicas del paciente de una forma objetiva, hay factores que condicionan las decisiones de Triage. Los signos clínicos que presentan los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias Hospitalarias, no son vistos por los profesionales de enfermería como algo neutral, sino que los profesionales realizan una interpretación, de forma consciente o inconsciente, en base a la manera en que los pacientes o sus

cuidadores manifiestan sus problemas. Esta forma de manifestar los pacientes sus problemas, influida por la empatía que experimenta la enfermera, es lo que determina la credibilidad de la información y lo que lleva a la enfermera a tomar una decisión final.

Descripción del procedimiento

Se debe considerar la clasificación como un proceso continuo, donde podamos ir revalorando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera del paciente que necesite una nueva asignación, esto incluye la sala de espera.

Ante una situación difícil y comprometida en el momento de clasificar la enfermera siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor, consultando si es preciso con un Médico.

Al establecer los niveles de prioridad la enfermera deberá diferenciar entre la prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales: ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc. También se tendrán en cuenta factores externos como la hora del día, la presión asistencial, entre otros

Las etapas no han de ser necesariamente sucesivas y que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea. Son:

1. Recepción y acogida.
2. Valoración.
3. Clasificación.
4. Distribución.

RECEPCIÓN Y ACOGIDA

- a) El enfermero de Triage es el primer miembro del personal de salud que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, pasó de familiares al interior, etc.
- b) En esta etapa el enfermero también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un Triage debido a lo evidente de su patología.
- c) Esta parte del proceso se realizará a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado preferiblemente en una dependencia habilitada a tal fin dotada de medios simples.

VALORACIÓN

- a) El enfermero de Triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente
- b) En primer lugar llevará a cabo una entrevista breve en la que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes. La entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje que el paciente pueda comprender.
- c) Mientras realiza la entrevista el enfermero hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro, a continuación, valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificación del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.
- d) En algunos casos se hará necesario la toma de constantes (FC, TA, T^a, Sat O₂, etc.), que han de ceñirse a aquellas que sean elementales para su valoración y la realización de pruebas simples (glucemia capilar).
- e) Se recomienda la utilización del pulsioxímetro de mano como herramienta importante de la enfermera de Triage.

CLASIFICACIÓN

- a) Se considera la parte clave del proceso, en algunos artículos se habla de ella como Triage en sí, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención facultativa.
- b) El Triage de Enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.

DISTRIBUCIÓN.

- a) Tras la clasificación del paciente la enfermera de Triage debe ser la mejor preparada para decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará.
- b) Por lo tanto, esta profesional debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio: qué áreas están más saturadas, la presión asistencial, la cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados. En base a estas circunstancias tomará sus decisiones, aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el Triage, no debe dejarse en ningún modo cerrado, porque como se ha explicado anteriormente el Triage es un proceso abierto y las circunstancias tanto del usuario como del servicio son cambiantes.

Por lo tanto, el eje central de este sistema es el personal de enfermería capacitado en el proceso de tamizaje y clasificación.

Los hospitales que utilizan este sistema desarrollan fuertes compromisos políticos, así como protocolos, manuales de procedimientos y guías de buenas prácticas clínicas.

En la evaluación inicial se registran datos primarios sobre los síntomas del usuario que son de valor para la toma de decisiones clínicas

La enfermera encargada del Triage registra en la historia clínica los hallazgos de la evaluación inicial y a continuación se realiza una reevaluación de acuerdo con las necesidades del paciente y la política del hospital.

En el Emergency Nurses Association (ENA) se recomienda que la recepción del paciente por personal de enfermería no insuma un tiempo mayor a 5 minutos. El objetivo es tener datos primarios de calidad para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas guiadas por un formulario de estratificación clínica que es de uso médico exclusivo. Con este propósito se aplica una puntuación o clasificación que varía en función del sistema que utilice el Hospital, siendo en este caso de 5 niveles.

El Triage en la provincia de Buenos Aires

En el mes de agosto del año dos mil diecisiete, se sancionó la Ley 14948 que consta de once artículos, en los cuales se menciona que se adopte en todo el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, y en todos los establecimientos asistenciales, tanto del nivel público como privado, los criterios de clasificación de Triage.

También define al Triage como: la función de clasificar a los pacientes en base a la severidad y por relevamiento de signos y síntomas. Dicha clasificación se adoptará según prioridades, a través de la implementación de Triage, la cual tiene por objeto recabar en forma rápida y eficiente la información más importante sobre el paciente que asiste a la Sala de Urgencia Médicas, facilitando su evaluación, tratamiento y posterior traslado.

Un dato muy importante que revaloriza la profesión enfermera es el siguiente artículo:

ARTÍCULO 8°. - Los enfermeros/as que podrán realizar el Sistema de Triage son Licenciado en Enfermería o Enfermeros Profesionales que acrediten como mínimo dos (2) años de experiencia en Servicios de Urgencias Hospitalarias, Internación General o Cuidados Intensivos; adultos, pediátricos y obstétricos.

Triage hospitalario en el contexto de Pandemia por covid-19:

Dada la situación mundial actual, la OMS, ha recomendado la utilización del Triage al ingreso de los pacientes en cualquier institución de salud, sea pública o privada. Esta acción inicia la detección, por parte del agente de salud, de todo caso sospechoso de infección respiratoria por covid-19. Este accionar pretende ser

rápido y estandarizado, basado en protocolos dictaminados previamente por el Ministerio de salud Pública.

La finalidad es la detección rápida, aislamiento, y evaluación del cuadro sintomatológico.

Para ello, el Ministerio de Salud de la República Argentina, ha desarrollado un protocolo de definición y manejo de casos.

- Ver anexo.

Objetivo General:

Indagar sobre sí el personal de enfermería de la guardia del hospital Iriarte de Quilmes, ocupa un rol fundamental en el manejo del Triage estructurado durante los meses de octubre y noviembre del 2021.

Objetivos Específicos:

- 1) Identificar años de antigüedad en el servicio de guardia.
- 2) Describir las funciones desarrolladas por enfermería en el Triage.
- 3) Identificar el nivel de formación del personal de enfermería.
- 4) Reconocer el nivel de conocimiento acerca de la ley de Triage.
- 5) Evaluar si el personal de Enfermería se capacita sobre Triage o los capacita la institución.
- 6) Describir las funciones desarrolladas por enfermería en el Triage.

Propuesta Metodológica

Metodología: Es un proyecto de investigación cuantitativo y cualitativo en el que se utilizarán las modalidades de investigación descriptiva- observacional de corte transversal.

Universo: Personal de enfermería del servicio de guardia médica.

Muestra: 32 enfermeras/os, de la guardia médica del Hospital Iriarte de Quilmes, en todos sus turnos.

Unidad de análisis: Cada uno de los enfermeros que prestan funciones en el servicio de guardia médica del Hospital Isidoro Iriarte de la ciudad de Quilmes en los meses de octubre y noviembre del 2021.

Criterios de inclusión: Personal de enfermería exclusivo del servicio de guardia médica.

Criterios de exclusión: Todo el personal de Enfermería que no presta funciones en el servicio de guardia médica

Las variables de estudio: dependientes e independientes.

Se recogerá información de la realidad institucional sobre la implementación del Triage en el servicio de la guardia médica del Hospital Iriarte de Quilmes.

Variable dependiente: Características del papel de enfermería en el sistema de Triage.

Variables independientes:

- Preparación académica del personal enfermero en el servicio de guardia.
- Aceptación y adaptabilidad a la Ley de Triage.
- Factores que intervienen en la implementación de Triage.
- Otros (ver tabla de operacionalización)

Instrumentos a utilizar:

· Observación. - consistirá en observar atentamente el manejo del personal enfermero y el funcionamiento habitual del nosocomio (guardia médica).

· Encuesta. - estará compuesta de preguntas de opción múltiple para recabar información sobre la percepción del personal de sanidad.

TABLA DE OPERACIONALIZACION

TABLA DE OPERACIONALIZACION: PARA EL PERSONAL DE SALUD

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR
FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APLICACIÓN DE TRIAGE	SOCIO-DEMOGRÁFICOS	EDAD	20-29 30-39 40-49 50-59 MAS DE 60
		SEXO	FEMENINO MASCULINO
		GRADO DE FORMACION	AUX ENFERMERÍA ENF. PROF/ UNIV LIC. ENFERMERÍA

PERSONALES	CAPACITACION SOBRE CLASIFICACION DE PACIENTES: TRIAGE DE ENFERMERIA	NO SE CAPACITO. ALGUNA VEZ SE CAPACITO. RECIENTEMENTE SE CAPACITO
	ANTIGUEDAD	MENOS DE 1 AÑO 1-5 AÑOS 6-10 AÑOS 11-15 AÑOS 16-20 AÑOS MAS DE 20 AÑOS
	RECIBE EDUCACION CONTINÚA PROPICIADA POR LA INSTITUCION	SI NO
	CONOCIMIENTO SOBRE LA LEY DE TRIAGE	SI NO
	CONOCIMIENTO SOBRE LAS NORMATIVAS	SI NO

		ESPACIO FISICO PARA LA REALIZACION DEL TRIAGE	ADECUADO POCO ADECUADO
	INSTITUCIONES	RECURSO HUMANO (SE ASIGNA PERSONAL ESPECIALIZADO)	SI NO
		SE REALIZA EL TRIAGE EN SALA DE GUARDIA	SI NO A VECES
		AREA EXCLUSIVA	SI NO
		AREA CON RECURSOS TECNOLOGICOS ADECUADOS	SI NO
		EL TRIAGE ES UNA TAREA QUE DEBE SER REALIZADA POR ENFERMERIA	SI NO

		QUIEN REALIZA LA CALSIFICACION DE PACIENTES EN LA SALA DE GUARDIA	MEDICO/A ENFERMERA/O OTRO
--	--	---	---------------------------------

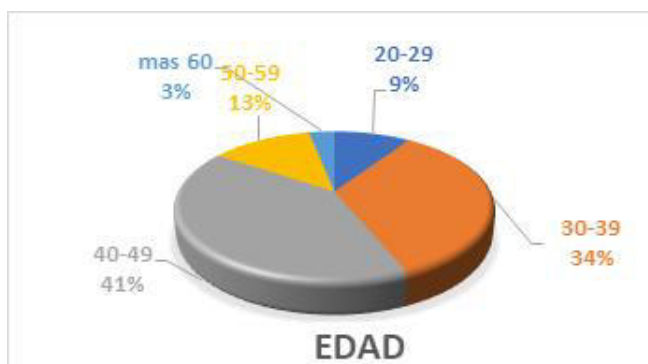
Análisis e interpretación de los resultados:

A continuación, se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante la aplicación de encuestas personales realizadas al personal de sala de guardias médicas de adultos del Hospital de Quilmes.

La población encuestada totalizó una cantidad de 32 personas

TABLA N°1: EDAD

Edad	Cantidad	%
20-29	3	9
30-39	11	34
40-49	13	41
50-59	4	13
mas 60	1	3
Total	32	100

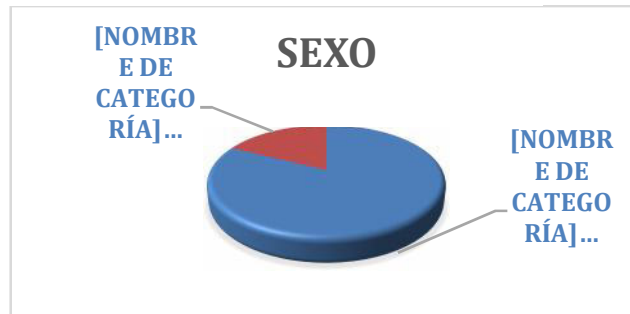


Fuente de elaboración propia

El grupo encuestado mostro un variado número de edades, de las cuales se pueden observar una mayoría en el rango etario de 40-49 (41%), siguiendo el grupo de 30-39 años (34%), quienes representan a la población de adultos jóvenes en edad laboral madura dentro del sector, aunque hay un 3% con más de 60 años de los encuestados quienes representan a personas con edad laboral avanzada.

TABLA N°2: SEXO

SEXO	Cantidad	%
Femenino	25	78%
Masculino	7	22%
Total	32	100%

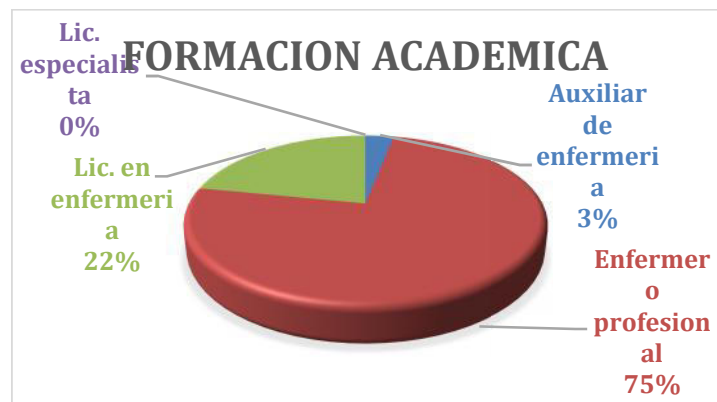


Fuente de elaboración propia

Del total de los encuestados se puede observar que el 22% del personal de salud en el servicio son hombres mientras que el 78% son mujeres.

TABLA N°3: NIVEL DE FORMACION

FORMACION ACADEMICA	CANTIDAD	%
Auxiliar de enfermería	1	3%
Enfermero profesional	24	75%
Lic. en enfermería	7	22%
Lic. especialista	0	0%
TOTAL	32	100%



FORMACION ACADEMICA	CANTIDAD	%
Enfermero profesional incompleto	0	0%
Enfermero profesional completo	24	100%
Total	24	100%



FORMACION ACADEMICA	CANTIDAD	%
Lic. en enfermería incompleto	3	30%



Lic. en enfermería completo	7	70%
Total	7	100%

Fuente de elaboración propia

De la población encuestada se puede destacar que en 75% son enfermeros profesionales, un 2% auxiliares de enfermería y un 22% licenciados en enfermería, mientras que el 30% de los licenciados aun no completaron la formación y del 70 % de los que completaron la licenciatura ninguno realizo una especialización.

TABLA N°4: CAPACITACION SOBRE CLASIFICACION DE TRIAGE EN ENFERMERIA

CAPACITACION EN TRIAGE	CANTIDAD	%
No se capacito	22	69%
Alguna vez se capacito	7	22%
Recientemente se capacito	3	9%
TOTAL	32	100%

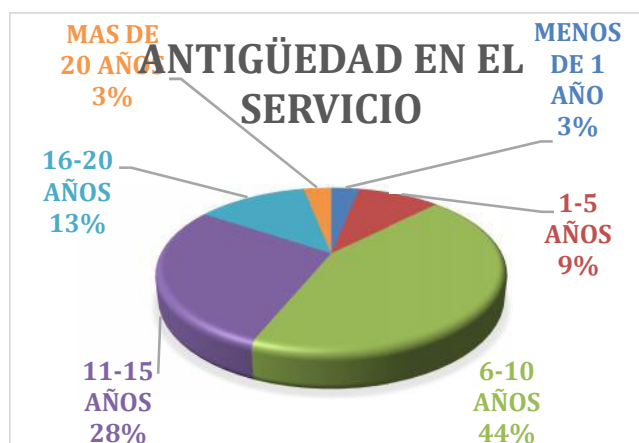


Fuente de elaboración propia

De la población encuestada se puede destacar que el 69% no se capacito en triaje, el 22% alguna vez se capacito, mientras que tan solo el 9% recientemente se capacito.

TABLA N°5: ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO	CANTIDAD	%
MENOS DE 1 AÑO	1	3%
1-5 AÑOS	3	9%
6-10 AÑOS	14	44%
11-15 AÑOS	9	28%
16-20 AÑOS	4	13%
MAS DE 20 AÑOS	1	3%
TOTAL	32	100%



Fuente de elaboración propia

De la población encuestada se puede observar que el tan solo el 3% es personal nuevo con menos de un año de antigüedad, el 44% tiene entre 6-10 años en el servicio, el 28% tiene entre 11-15 años y solo el 9% tiene entre 1-5 años en el plantel de guardias médicas.

TABLA N°6: CAPACITACION INSTITUCIONAL SOBRE TRIAGE

RECIBE CAPACITACION INSTITUCIONAL	CANTIDAD	%
Si	28	87%
No	4	13%
TOTAL	32	100%



Fuente de elaboración propia

De la población encuestada, el 87% recibió capacitación institucional, mientras que el 13% restante no se capacito.

TABLA N° 7: CONOCIMIENTO DE LA LEY DE TRIAGE

CONOCE LA LEY	CANTIDAD	%
Si	20	62%
No	12	38%
TOTAL	32	100%



Fuente de elaboración propia

De la totalidad de la población encuestada 62% refiere conocer que existe una ley de triage mientras que el 38% no sabe.

TABLA N°8: CONOCIMIENTO DE LAS NORMATIVAS DEL SERVICIO

NORMATIVAS DE TRIAGE	CANTIDAD	%
----------------------	----------	---



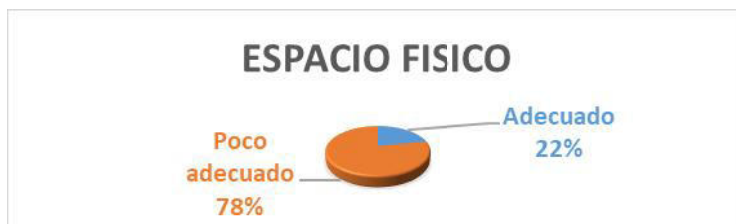
Si	29	91%
No	3	9%
TOTAL	32	100%

Fuente de elaboración propia

En lo que respecta al conocimiento de las normativas del servicio de guardia médica, el 91% refiere conocerlas mientras que el 9% las desconoce.

TABLA N° 9: ESPACIO FISICO PARA LA REALIZACION DEL TRIAGE

ESPACIO FISICO	CANTIDAD	%
Adecuado	7	22%
Poco adecuado	25	78%
TOTAL	32	100%



Fuente de elaboración propia

Del 100% de las personas encuestadas en sala de guardia médica, el 78% refiere que el espacio físico para realizar el triage es poco adecuado mientras que el 22% del personal afirma que es adecuado.

TABLA N° 10: PERSONAL ESPECIALIZADO EN EL AREA DE TRIAGE

PERSONAL ESPECIALIZADO	CANTIDAD	%
SI	4	12%
NO	28	88%
TOTAL	32	100%



Fuente de elaboración propia

Del personal encuestado tan solo el 4 personas se encuentran especializadas en el área de triage mientras que el 88% no lo está.

TABLA N° 11: SE REALIZA EL TRIAGE EN SALA DE EMERGENCIAS

SE REALIZA TRIAGE	CANTIDAD	%
Si	18	56%

No	6	19%
Aveces	8	25%
TOTAL	32	100%

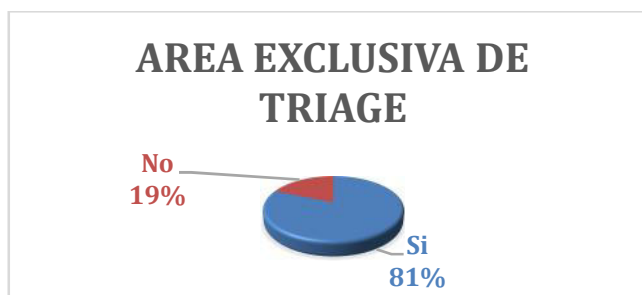


Fuente de elaboración propia

Del total de las personas encuestadas el 56% afirma que se realiza el triage en sala de emergencias médicas mientras que el 25% refiere que a veces se realiza la clasificación y el 19% afirma que no se realiza la clasificación en sala de guardias médicas.

TABLA N° 12: EXISTENCIA DE UN AREA EXCLUSIVA PARA TRIAGE

AREA EXCLUSIVA DE TRIAGE	CANTIDAD	%
Si	26	81%
No	6	19%
TOTAL	32	100%



Fuente de elaboración propia

De la totalidad del personal encuestado el 19% refiere que no hay un área exclusiva para la realización del triage mientras que el 81% restante afirma que, si hay un área exclusiva.

TABLA N° 13: RECURSOS TECNOLOGICOS PARA LA REALIZACION DEL TRIAGE

RECURSOS TECNOLOGICOS	CANTIDAD	%
Si	30	94%
No	2	6%
TOTAL	32	100%



Fuente de elaboración propia

De la totalidad del personal encuestado el 94% refiere contar con los recursos tecnológicos para la realización del triage mientras que 6% afirma que no se poseen dichos recursos.

TABLA N° 14: TRIAGE: TAREA DE ENFERMERIA

TRIAJE:TAREA DE ENFERMERIA	CANTIDAD	%
Si	18	56%
No	14	44%
TOTAL	32	100%

Fuente de elaboración propia



El Triage es una tarea de enfermería por ley, de lo cual se observa aun hoy en día que solo el 56% del personal de enfermería la reconoce como propia y casi la mitad del personal (44%) la desconoce.

TABLA N°15: QUIEN REALIZA EL TRIAGE EN SALA DE EMERGENCIAS

QUIEN REALIZA TRIAGE	CANTIDAD	%
Medico	17	53%
Enfermero	4	13%
Otro	11	34%
TOTAL	32	100%



Fuente de elaboración propia

Cuando se preguntó quién realiza el triage en sala de guardias médicas, el 53% respondió que lo realiza en médico, el 34% otra persona y solo 4 personas afirmaron que lo realiza enfermería.

Conclusiones:

A partir de las encuestas realizadas, al personal enfermero, en la sala de guardias médicas del Hospital Isidoro Iriarte de la ciudad de Quilmes durante los meses de octubre y noviembre del año 2021, se han podido recolectar datos significativos, los cuales mostraron un variado número de edades entre ellas se encuentran los siguientes rangos etarios 20-29 en un 9%, entre 30-39, un 34%, entre 40-49 un 41%, entre 50-9 un 13% y con más de 60 años tan solo un profesional. En cuanto a la antigüedad en el servicio se ven reflejados los siguientes datos: menos de 1 año el 3%, de 1-5 años el 9%, de 6-10

años el 44% de 11-15 años el 28%, de 16-20 años el 13% y más de 20 años un solo profesional. Del total de los encuestados se puede observar que el 22% del personal de salud son hombres mientras que el 78% son mujeres.

También se pudo identificar que el 75% son enfermeros profesionales, siendo un 3% auxiliares de enfermería y un 22% licenciados en enfermería, de los cuales el 22% tiene la licenciatura incompleta. Así mismo, se reconoce que solo el 87% recibió capacitación institucional, mientras que el 13% restante no se capacito. En lo que respecta al reconocimiento de una Ley de triage, solo el 62% conoce que existe una ley, mientras que el 38% no la conoce. Lo mismo sucedió cuando se preguntó si conocen las normativas del servicio.

En lo que concierne al espacio físico y recursos tecnológicos en la sala de guardia médica, el 78% refiere que el espacio físico para realizar el triage es poco adecuado y tan solo 7 personas afirman que es adecuado; En relación a los recursos tecnológicos, el 94% indica contar con los recursos para la realización del triage mientras que 6% afirma que no se poseen.

Por otra parte, el 19% dice que no hay un área exclusiva para la realización del triage en sala de guardias médicas, mientras que el 81% afirma que sí. Así mismo, el 56% asevera que la ejecución del triage es en sala de guardias médicas, mientras que el 25% refiere que a veces se realiza allí y el 19% reafirma que no se lleva a cabo.

Cuando se preguntó si se asignó personal especializado para la realización del triage, el 88% afirma que no, mientras que tan solo 4 profesionales consideran que si hay personal específico para tal tarea. En cuanto a la capacitación sobre triage el 69% no se capacito, el 22% alguna vez se capacito y 3 enfermeros recientemente se capacitaron, siendo estos el 9%. Así mismo, quienes realizan el triage en sala de guardias médicas según los encuestados son, el 53% médicos, el 13% enfermeros y el 34% otros. A su vez, al momento de consultar sobre el triage como tarea de enfermería el 56% contesto que, si es propia de enfermería, mientras que el 44% indica que no lo es.

A raíz de la investigación desarrollada, y nuestro esfuerzo por presentar un panorama general y un resumen de conceptos profesionales que consideramos básicos para el desarrollo y desempeño del personal de enfermería como elemento fundamental del Triage estructurado, la evidencia estadística nos indica que todavía el empoderamiento del personal enfermero es una herramienta de la que el servicio guardias médicas del Hospital Iriarte carece, ya que, aun hoy en día prevalece el modelo médico-hegemónico, la toma de decisiones no se realiza interdisciplinariamente y la gestión del recurso humano se realiza en base a las necesidades diarias de la comunidad.

Indudablemente, la relevancia del rol de enfermería en el Triage, está ampliamente demostrada dado que, puede coordinar con liderazgo, profesionalismo y seguridad, sumado a su experiencia, mirada holística, criterio objetivo, comunicación efectiva, empatía, capacidad de trabajo en equipo, además de todas las habilidades en la respuesta rápida, convirtiéndose así en la herramienta fundamental del Triage estructurado.

El objetivo básico de la implementación de un sistema de Triage estructurado de cara a prestar una asistencia de calidad segura y eficiente, ofrece un nuevo marco asistencial, un

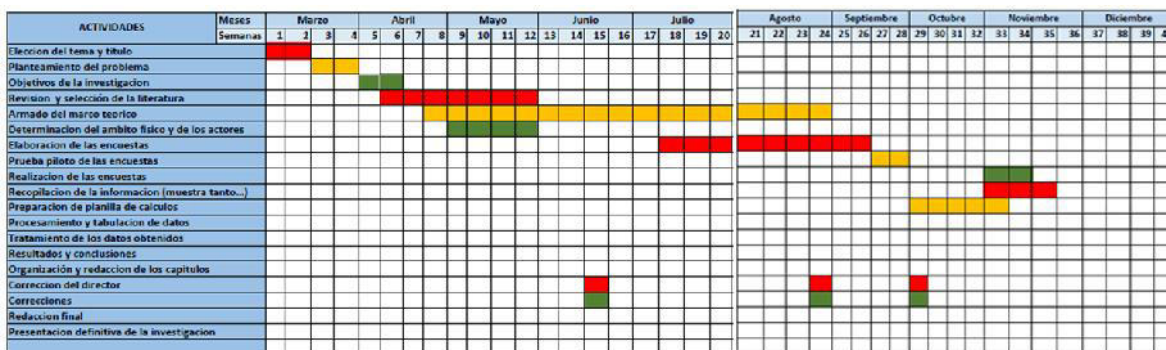
lenguaje nuevo y común e interdisciplinario que introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de procesos.

La visión holística que plantea el Triage estructurado bien entendida y apoyada tanto por los profesionales como por los gestores, lo convierten en el motor de cambio y modernización de los servicios, con la finalidad de brindar cuidados de calidad.

A partir del análisis de datos que emergen de la investigación podría sugerirse:

- Capacitar al personal de enfermería en el triage estructurado
- Generar un ambiente de trabajo interdisciplinario donde se maximice el rol de enfermería.
- Proponer actividades que estimulen al personal a la capacitación continua
- Implementar un proceso de triage estructurado basado en el análisis, estudio y adaptación de la organización sanitaria regional.
- Generar una adhesión de los responsables sanitarios a las recomendaciones aplicadas por la Organización Panamericana de la Salud.

Diagrama de Gantt:



BIBLIOGRAFÍA PRELIMINAR

(Castellanos, Juan, 2010)

Castellanos, Juan. (2010). Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. Hospital General del Parc Sanitari de Sant Boi de la Orden Hospitalaria de Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. Barcelona, España.06 de abril 2010, de https://www.researchgate.net/profile/Juan_Castellanos7/publication/45724290_Impacto_de_implementacion_de_medidas_de_gestion_hospitalaria_para_aumentar_la_eficiencia_en_la_gestion_de_camasy_disminuir_la_saturacion_del_servicio_de_urgencias/links/544266790cf2e6f0c0f92fb7.pdf

(Macias, 2009)

Macias, Gustavo Fidel. (2009). Evaluación de la calidad de atención en el centro de salud de campo verde: San Salvador de Jujuy. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy, (37), 291-305. Recuperado en 10 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200014&lng=es&tlng=pt.

(Salud, 2011)

Organización Panamericana de la Salud, (2011). "Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf

(jose, 2014)

Goldar, José. "*Historia de la Sociedad Hospital de Quilmes Dr. Isidoro G. Iriarte . Desde 1919 hasta 1972*" Serie archivos y fuentes documentales. Edición de la Dirección de Cultura de la Municipalidad de Quilmes – Bibl. Pública Municipal Domingo F. Sarmiento. San Francisco Solano, 1979. Revista "Ciudades Argentinas" 1928.

Diario "El Sol" - "El Plata"

<https://aldiaargentina.microjuris.com/2017/11/02/se-establecen-los-criterios-de-clasificacion-de-triage-que-deberan-adoptar-los-establecimientos-asistenciales-publicos-y-privados-en-bs-as/>

ANEXOS:

ANEXO 1

RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL ISIDORO IRIARTE DE LA CIUDAD DE QUILMES

Este trabajo forma parte del libro sobre la “Historia de la Sociedad Hospital de Quilmes, Isidoro G. Iriarte, desde 1919 hasta 1972” de José Goldar (José, 2014) con aportes, según cuenta don José de los descendientes de Santiago J. Deambrosi vecino de nuestra ciudad y propulsor y servidor de la obra humanitaria que representa el Hospital, que tuvo su origen en la actitud solidaria y de espíritu generoso de los quilmeños de las primeras décadas del siglo XX. Porque el Hospital de Quilmes nació como obra de su pueblo.

La reseña que aquí se transcribe fue obra de don Santiago J. Deambrosi, de quien Goldar fue amigo y colegas de trabajo en el Ferrocarril del Sud.

Nadie mejor que Deambrosi para trazar esta historia pues fue presidente, secretario y administrador durante décadas de esa Institución de la Salud.

LA ATENCIÓN SANITARIA EN QUILMES A PRINCIPIOS DE SIGLO

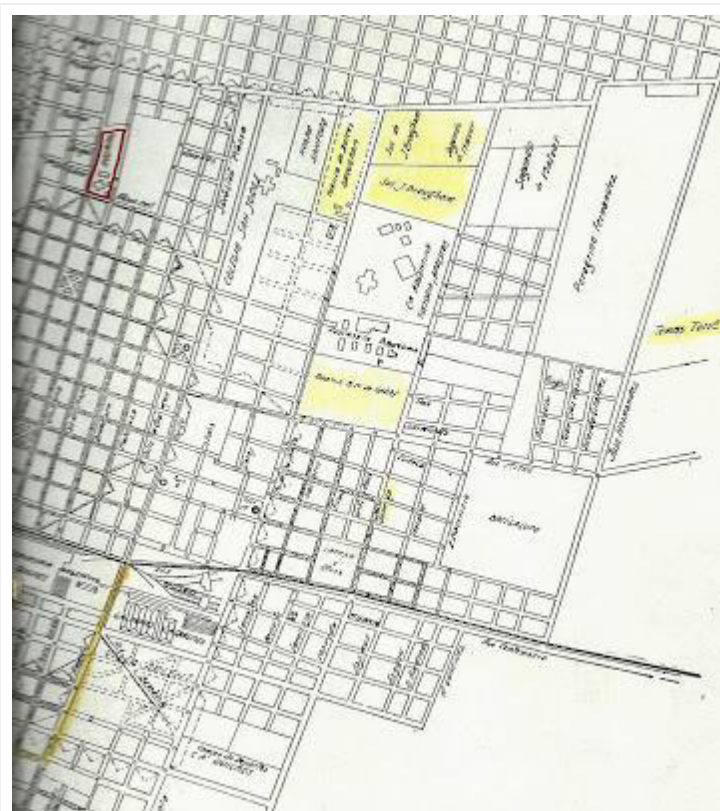
“Aun incurriendo en repetición, no puede dejar de mencionarse el nombre de Da. Juana Gauna iniciadora, secundada después por otra dama de espíritu humanitario, Da. Federica Dowman de Quijarro y otras, que, con empeño, lograron montar un hospital modesto, que empezó a funcionar el 26 de agosto de 1886, en

la calle Alsina, entre San Martín y Moreno, dependiente de la Sociedad Damas de Caridad de Santa Rosa, el cual alcanzó un éxito transitorio, pues por motivos extraños a su funcionamiento, se cerró en mayo de 1888. En dicho nosocomio prestaron voluntarios servicios los Dres. Julio S. Fernández Villanueva y Pacífico Díaz (Se refiere luego el señor Deambrosi al accidente ferroviario sufrido por este último en la estación local, a consecuencia del mismo, perdió ambas piernas, pero continuó en el ejercicio de su profesión en la Capital Federal, en su consultorio) Cabe mencionar las empeñosas gestiones posteriores del Intendente Municipal don José Andrés López, que no pudo cristalizar.

Es sabido que, hasta la creación de nuestro hospital, el servicio médico social consistía en una modesta Sala de Primeros Auxilios comunal instalada en un antiguo edificio existente en el mismo lugar donde hoy se eleva el palacio municipal (hoy Casa de la Cultura) No obstante la buena voluntad de los médicos que la atendían, sus servicios eran muy precarios; carecía de muchos elementos y de lugar de internación, de manera que cuando debía practicarse alguna intervención quirúrgica de



importancia, el enfermo, debía ser trasladado al Hospital Fiorito de Avellaneda, generalmente en una Zorra del Tranvía Buenos Aires y Quilmes, que facilitaba la Cervecería y puede suponerse lo que esto significaba para los pacientes. A pesar del clamor público, el fracaso de las tentativas anteriores no constituía, un estímulo para quienes abrigaban la aspiración de concretar el propósito de tener un hospital. No obstante, al promediar 1919, un grupo de prestigiosos vecinos animados de un decidido espíritu de sacrificio y sano optimismo acometió la tarea, 'Sólo pensando en cosas grandes, se prepara el alma a ejecutarlas' (Miguel Cañé)"



Recuadrado en rojo el Hospital Iriarte (circa 1935)

FUNCIÓN DE LA SOCIEDAD (hoy el Hospital I. Iriarte)

En el tercer capítulo se refiere el señor Deambrosi, a la fundación de la Sociedad y relata las gestiones previas ante los médicos, la convocatoria del 31 de julio de 1919 y detalla la primera Comisión Provisoria, tal como quedó integrada por un núcleo de caballeros de nuestra ciudad.

Recuerda que Allinson Bell con quien tuvo el honor de actuar en sucesivas Comisiones Directivas, hablaba con acento británico y por ello, muchos lo creían inglés, pero él aclaraba con orgullo que era argentino, a lo cual agregaba que “el hospital es mi templo”.

“Designada la comisión, como consta en acta, para crear un hospital que ‘será de carácter particular y no municipal, administrado por una comisión de vecinos que proyectará la organización del mismo’, sus integrantes no desmayaron en los primeros pasos que suelen ser siempre los más difíciles, y con tesón y trabajo, fue afirmándose la obra, que ha merecido de destacadas personalidades científicas y oficiales muy justos elogios”.



Plaza Villa Armonía, en La Colonia (I. Malvinas, Blas Parera, O'Higgins, Tucumán), manzana que la inmobiliaria Fiorito Hnos & Sambrizzi ofreció para instalar en Hospital, pero en aquellos años era una zona muy despoblada y la condición de sus calles de tierra hacía inaccesible el acceso fácil al lugar.

Alude después a la donación de un terreno por la firma Fiorito Hermanos, quienes habían ofrecido a la Municipalidad donar una parcela de tierra en Quilmes Oeste (hoy plaza de Villa Armonía) para instalar en ella un hospital y que no obstante las reiteradas gestiones para que se cambiara el destinatario del donativo ello no tuvo éxito. Después “se recurrió a industriales, comerciantes, instituciones y público en general por medio de carteles, circulares y cuanto arbitrio se consideró necesario para remover el escepticismo reinante en gran parte de la población”. La operación de compra de la propiedad fue escriturada por el escribano don Antonio Massi. La piedra fundamental se colocó en el subsuelo del pabellón 1, siendo padrinos el Dr. Marcelo T. de Alvear y la esposa del Gobernador de la Provincia Da. Josefina Achával de Cantilo.

Después menciona el señor Deambrosi al primer Cuerpo Médico y recuerda que: “el 6 de abril de 1925, mediante un convenio de la Comisión Directiva con el Comisionado Municipal Dr. Héctor J. Terrile, las autoridades comunales transfirieron al Hospital todos los elementos existentes en la Sala de Primeros Auxilios, incluso la ambulancia en el estado precario en que se encontraba, encargándose el Hospital de su reparación. El Hospital ratificó el convenio el 14 de junio de 1925 y por el mismo se hacía cargo de la atención de los servicios de primeros auxilios que hasta allí prestaba el Municipio que en el presupuesto incluiría la sumía necesaria.”

Detalla don Santiago minuciosamente cómo fueron instalados en el edificio de la quinta (Pabellón 1) todos los servicios y la administración, cómo se obtuvieron y plantaron los árboles conseguidos en el vivero oficial de Melchor Romero y cómo fueron ampliadas las construcciones, la creación de nuevos servicios en constante sucesión, la instalación del tambo, etc. Relata los esfuerzos del Dr. Isidoro G. Iriarte para conseguir radium, lo que era en él una verdadera obsesión, “lo cual se logró poco después del fallecimiento del noble fundador”.

EL HOSPITAL EN MARCHA: EL PABELLON DE MATERNIDAD

“Al terminar su visita el Presidente de la República general Agustín P. Justo, dijo: ‘aquí no hay olores’, agregando el Gobernador Dr. Manuel A. Fresco: ‘sí; aquí huele a limpio’ y un ministro de Salud Pública de la Nación, exclamó en otra ocasión: ‘ojalá merecieran el mismo juicio algunos hospitales de la Capital’. El 8 de diciembre de 1944 fue inaugurado el pabellón de Maternidad, edificado y costeado íntegramente con las donaciones de los señores Bemberg. El costo del edificio fue de \$ 483.273,65, y las instalaciones, muebles, equipos y ropas \$ 148.788,18.”

LAS NUEVAS Y MODERNAS AMPLIACIONES

“En diciembre de 1957, se autorizó al Dr. Agustín A. Salvati la realización de su iniciativa de erigir un pabellón para Lisiados, obra que fue dirigida y planeada por el arquitecto Homero S. Deambrosi, y los trabajos estuvieron a cargo de una comisión ‘ad hoc’ que, con gran empeño, logró reunir los fondos para costear el edificio de dos plantas y un subsuelo, dotarlo de modernos equipos para la especialidad; allí, además funciona una escuela de Diferenciados. No satisfecho con esto, el Dr. Salvati se propuso construir un edificio para el servicio de Ortopedia y Traumatología; logró que se realizara una cena cuyo cubierto fuese de diez mil pesos m/nacional y, ante la incredulidad de muchos, la misma reunió 201 comensales, entre los que se hallaba el Vicegobernador de la Provincia Dr. Arturo Grosetti. ‘La Nación’ comentó el hecho como caso único hasta entonces y la calificó de ‘cena millonaria’; con otras donaciones el servicio fue dotado con equipos de gran valor y de la última concepción en la especialidad desde el punto de vista técnico y científico para brindar a los pacientes una atención completa y eficaz en su labor reparadora.”

EL TAMBO

“El 24 de agosto de 1929, el Intendente Municipal, Dr. Emilio Torre, cedió, a título precario, una fracción de propiedad del municipio, 22.243 m², hoy propiedad del Club Atlético Argentino de Quilmes, para que allí fuese instalado el tambo del Hospital. Años después, en 1947, por no resultar conveniente en el aspecto económico su explotación y por proporcionar el producto, sin cargo, la Cabaña Santa Rosa de los señores Bemberg, se procedió a la venta y liquidación del tambo; se remataron los animales y quedó una pequeña casita, propiedad del Hospital, destinada para habitación del cuidador.”

EL TÍTULO DE PROPIEDAD DEL PREDIO

“El título de propiedad; se encomendó su consecución a don Andrés V. Ramella (miembro de la Comisión); realizó esta gestión sin cargo. Aparecen como compradores los señores Dr. Isidoro Iriarte y W. Allinson Bell, en comisión, para el Hospital de Quilmes.

En 1923 fue otorgado dicho título por el Juez Dr. Honorio Szelagowsky, interviniendo en el trámite el escribano don Antonio Nicora, conforme a testimonio 765.

El 26 de octubre de 1920, se tomó posesión de la propiedad constituida por la quinta La Elisa y seis lotes contiguos, correspondiendo el todo a la Sucesión de Antonino Cambaceres. La finca había pertenecido antes al Dr. José Evaristo Uriburu, quien en el tiempo en que fue Presidente de la República, solía ocuparla en el verano.

Tenía acceso por la calle Progreso (hoy Humberto 1°); con motivo de la presencia de tan alto magistrado, los domingos actuaba una banda de música oficial, que solía estacionarse en la citada calle y deleitaba a la población de la agreste villa.”

LA GUARDIA SANITARIA EN EL BALNEARIO

En la zona del balneario se estableció una guardia, atendida por personal del Hospital y no se pudo construir el edificio proyectado por éste debido a cuestiones de jurisdicción entre la Nación y la Provincia. Se debió levantar los materiales acumulados dentro de una empalizada, que finalmente, también fue retirada. Entonces, la Cruz Roja, filial Quilmes, tomó a su cargo dicha guardia llevando al Hospital los heridos, enfermos o contusos que necesitaran internación.”

LOS ESTATUTOS SOCIALES

“Redactados por el escribano don Andrés V. Ramella e informados por don Atanasio A. Lanz, recibieron aprobación oficial el 2 de agosto de 1921, expediente S 544, acordándose personería jurídica a la Institución con la firma del Gobernador de la Provincia, don Luis Monteverde, refrendado por el Ministro de Gobierno, Dr. Obdulio Siri.”



Dr. Emilio Planes, vicedirector del Hospital de Quilmes y jefe de la Sala de Maternidad. Presidente del Partido Conservador local. Médico de la sala de

primeros auxilios y de la Fábrica Papelera de Bernal.

LA PRIMERA COMISIÓN DIRECTIVA

“El 16 de abril de 1922, se realizó la Asamblea General Extraordinaria con la concurrencia de los socios aprobados hasta el 30 de setiembre de 1920 y se eligió la Comisión Directiva que reemplazó a la Comisión Provisoria que tan eficiente desempeño tuvo a lo largo de su brillante actuación.

Opinión del Dr. Gonzalo Bosch después de recorrer las dependencias del Hospital: ‘Es este un hospital hospitalario que alberga a los enfermos con verdadero espíritu de caridad’.

Don W. Allison Bell falleció el 14 de abril de 1931; el monumento erigido en los jardines del Hospital (un busto) fue obra del escultor Luis Brunix inaugurado el 7 de mayo de 1933”.

PRIMERA COMISIÓN DIRECTIVA

Dr. Pedro Elustondo, Dr. Isidoro Iriarte, Santiago Posso, W. Allison Bell, Ángel Levanti, Luis Alberto Meinche, Sebastián Bagú, Dr. Eduardo Cichero, Ernesto Otamendi, Pedro Etchevertz, Rodolfo Labourt, Bernardino Laguillo, Arnoldo Broeders, Victoriano Imizcoz, Francisco Frezone, Francisco J. Tollo, Domingo Gastaldi, Lorenzo Dalla Vía, Atanasio Lanz, Andrés V. Ramella.

INTEGRABAN LA COMISIÓN DIRECTIVA EN 1928

Presidente, W. Allinson Bell; vicepresidente Ricardo Humbert; tesorero Sebastián V. Bagú; protesorero Víctor P. Fornabaio; secretario señor Guillermo S. March; prosecretario Carlos Merediz; vocales: Dr. Isidoro Iriarte, Ing. Juan José Elordi, Ing. Rafael Fernández González, David Soria,

Manuel Rocca y Teófilo Steinhauser. Suplentes: Mario V. Rocca, David J. Cánova, Agustín R. Canessa, Daniel Olmos, Atanasio Lanz. Revisores de cuentas: Titulares Roberto Fossati, Alfredo Wirz, Abraham Barraco. Suplentes: Jalio E. Knabe y Pablo A. Médici. Jurado de honor: José A. Otamendi, Ángel A. Levanti, Rodolfo Labourt, Hernán Keller y Dr. Pedro Elustondo.

COMISIÓN DE DAMAS

Presidenta, Matilde Otamendi de Soria; vicepresidentas, Angélica P. de Labourt y Eduarda Amoedo de Etchevertz; tesorera, Aurora Q. de Acosta; protesorera, Rosa Scardino de March; secretaria, Lola del C. de Elordi; prosecretaria, Isabel Salas Matienzo. Vocales:

Amalia Letamendi de Otamendi Francisca A. L. de Hasperu , Sara B. de Martínez, Eduarda Amoedo de Orlando, Angela B. de Rom , Dora Barrera Nicholson de Ricagno, Rosalía Davel de Deambrosi y Srta. Evangelina Labourt.

CUERPO MÉDICO

Médico director: Dr. Isidoro J. Iriarte.

Médico subdirector: Dr. Emilio Planes. Servicio interno: Dres. Isidoro G. Iriarte, Santiago Gallo, Emilio Torre, León Sol, Eduardo Colombo, Fernando Pozzo, Ernesto Mongiardini, Emilio Planes, José U. Orengo, Pedro Dugour, José A. Craviotto Practicantes mayores: Guillermo O. Craviotto, Alfredo Berraz, Fernando Molteni y Pedro S. Migone. Menores: Juan Iribarne, Eduardo J.  sola, José S. Villani, Agustín Salvati. (laboratorio) Servicio externo: Dres. I. G. Iriarte, Enrique H. Rocca, José U. Orengo, Pedro Dugour, Eduardo Colombo, Vicente Franco, Antonio Di Bartolo, Emilio Planes, Alberto Salvatti, Daniel Magliocca, Juan José Elordi, Félix Berraz, Leonardo Durante, Fernando Pozzo.

Si hoy olvidamos los cimientos y si se olvida a quienes hicieron los cimientos, el futuro nos lo reclamar . Mucho se habrán equivocado nuestros maestros, pero a ellos debemos que nos enseñaran a reconocer a nuestros fundadores. Un pueblo sin identidad, sin sentido de pertenencia es un pueblo sin conciencia ciudadana.

Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte

Región Sanitaria VI

Quilmes

Provincia de Buenos Aires

Dirección: Allison Bell 770

Teléfono: (011) 4253-6021/22/23

AUTORIDADES:

Directores:

Director ejecutivo: Dr. Juan Fragomeno

Directora asociada: Dra. Mirta Benedetti

Director asociado: Lic. Daniel Abarquero

Director asociado administrativo: Lic. Santiago Principe

MISIÓN Y VISIÓN

Compromiso con la comunidad

Misión

Somos un Hospital Zonal General de Agudos que cuenta con una Unidad de Pronta Atención (UPA) N 17 y brindamos a la población atención en especialidades básicas y emergencia. Con un perfil materno infantil y trauma. Trabajamos en forma integrada en un red local - efectores municipales - y una red regional provincial. Jerarquizamos el trabajo en equipo y la obtención de consensos. Realizamos actividades de docencia en pre y posgrado; capacitación continua y educación sanitaria hacia la comunidad.

Visión

Ser un Hospital Zonal General de Agudos moderno de referencia regional con la infraestructura y la tecnología de avanzada - telemedicina, informatización, TICs. Con valioso factor humano capacitado, suficiente, comprometido y humanizado para brindar respuesta a las necesidades de la comunidad. Trabajando en forma integral con todos los programas y redes. En un nuevo emplazamiento geográfico integrado al sistema con apoyo interjurisdiccional.

El Hospital Dr. Isidoro Iriarte de Quilmes cuenta con más de 35 especialidades. Contamos con una cartilla médica online donde podrán consultar a los especialistas para su próxima atención médica.

La búsqueda se puede realizar por nombre y apellido del doctor o bien consultar por servicios con días y horarios.

Especialidades médicas:

Alergias, cardiología, cardiología infantil, cirugía general, cirugía reparadora, clínica médica, dermatología, diagnóstico por imágenes, endocrinología, factores de riesgo, flebología, fonoaudiología, gastroenterología, ginecología general, hematología, infanto juvenil, infectología, laboratorio, maternidad admisión, maternidad alto riesgo, maternidad bajo riesgo, nefrología, neonatología alto riesgo, neumonología, neurología, odontología, oftalmología, oncología, *otorrinolaringología*, pediatría, psicología, psiquiatría, reumatología, servicio de tomografía, traumatología, traumatología infantil, urología.



FORTALEZAS:

- EQUIPAMIENTO MODERNIZADO.
- PERSONAL RECONOCIDO
- CAPACIDAD PARA TRABAJAR CON UNA GRAN OCUPACION DE CAMAS
- TERAPIA INTENSIVA ADULTA Y PEDIATRICA
- TODAS LAS ESPECIALIDADES
- GUARDIA DE TRAUMATOLOGIA
- PERSONAL CUALIFICADO
- ALTA ESPECIALIZACION MEDICA
- SERVICIO DE FARMACIA
- REALIZACION DE PROGRAMAS LLAMATIVOS PARA LA COMUNIDAD
- SERVICIO DE MATERNIDAD
- LACTARIO
- CASA MATERNA
- TURNOS ELECTRONICOS
- ZONA DE UBICACION
- ACCESIBILIDAD EN TRANSPORTE
- HOSPITAL ESCUELA

OPORTUNIDADES

- MEJORAS DE LA POBLACION EN LA DETECCION TEMPRANA DE PATOLOGIAS
- AUMENTO EN EL TRABAJO DE APS EN LA ZONA
- CAMBIOS EN LAS TECNOLOGIAS MEDICAS
- AUMENTO EN LA ASISTENCIA DE ONCOLOGIA
- BUENA RELACION CON LOS GOBIERNOS MUNICIPALES
- DIVERSIFICACION EN LOS SERVICIOS PRESTADOS EN LOS ULTIMOS AÑOS
- BRINDAR ESPECIALIZACIONES AL PERSONAL DE SALUD

AMENAZAS

- INSUFICIENTES RECURSOS FINANCIEROS PARA LA ASISTENCIA
- AUMENTO EN LA EXIGENCIAS DE LOS GRUPOS INTERVINIENTES TANTO EMPLEADOS COMO PACIENTES
- INTOLERANCIA EN LA COMUNIDAD
- RESISTENCIA AL CAMBIO POR PARTE DE LOS EMPLEADOS
- SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA
- AUMENTO DEL DESEMPLEO MAYOR CANTIDAD DE DEMANDA
- CAMBIOS DEMOGRAFICOS
- CRECIENTE ESPECTATIVA EN LOS PACIENTES
- ORGANIZACION

DEBILIDADES

- ALTA DENSIDAD POBLACIONAL PARA LA ATENCION
- COMPLEJIDAD DE LA COMUNIDAD
- CANTIDAD DE BARRIOS VULNERABLES PROXIMOS
- CRECIMIENTO DE LA DELINCUENCIA
- INCREMENTO EN EMBARAZOS ADOLESCENTES
- INSUFICIENTES RECURSOS ECONOMICOS
- MALAS ADMINISTRACIONES
- FALTA DE CAPACITACION EN EL PERSONAL
- FALTA DE RENOVACION Y CAPACITACION EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO
- PROBLEMAS GREMIALES
- LARGO TIEMPO MEDICO DE ESPERA PARA TURNOS Y GUARDIA
- MAL ESTADO DEL EDIFICIO Y MOBILIARIO
- FALTA DE CAPACITACION TECNICA EN EMPLEADOS
- POCO INCENTIVO ECONOMICO
- FALTA DE PERSONAL ENFERMERO

ANEXO 2

Normas establecidas por el ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires para la clasificación de pacientes:

LEY 14948

Emisor: Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires

Fecha B.O.: 9-oct-2017

Localización: BUENOS AIRES

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1.- Adóptase en todo el ámbito de la provincia de Buenos Aires, en todos los establecimientos asistencias tanto a nivel público como privado, los criterios de clasificación de Triage que establece la presente norma.

Artículo 2.- Entiéndase por Triage, la función de clasificar a los pacientes en base a la severidad, por relevamiento de signos y síntomas.

Artículo 3.- La clasificación se adoptará según prioridades, a través de la implementación de Triage, la cual tiene por objeto recabar en forma rápida y eficiente la información más importante sobre el paciente que asiste a la Sala de Urgencia Médicas, facilitando su evaluación, tratamiento y posterior traslado.

Artículo 4.- La clasificación de los pacientes se divide en cinco categorías según el estado de severidad incluyendo desde estados críticos a situaciones menos urgentes o la que disponga el Órgano de Aplicación en su reglamentación.

Artículo 5.- El Órgano de Aplicación tendrá las siguientes atribuciones:

- a. Homologar criterios para la atención de pacientes en base a severidad y complejidad con fundamento en la herramienta de clasificación de Triage.
- b. Definir y establecer protocolos de atención para los distintos niveles de prioridad.
- c. Implementar un plan de capacitación de Triage a todos los Equipos del Sistema de Salud, para reforzar sus conocimientos.
- d. Promover la atención digna en los Servicios de Urgencias, y derecho a una información clara.
- e. Crear el Registro Provincial de Trauma con fines estadísticos con la base de la clasificación de Triage para mejorar la calidad médica.

Artículo 6.- El Órgano de Aplicación deberá articular un mecanismo de coordinación con los servicios públicos y privados existentes en la región, para lograr una mejor calidad médica.

Artículo 7.- El Área de Triage se encontrará dentro de los establecimientos sanitarios, próxima a la Sala de Urgencias Médicas.

Artículo 8.- Los enfermeros/as que podrán realizar el Sistema de Triage son Licenciado en Enfermería o Enfermeros Profesionales que acrediten como mínimo dos (2) años de experiencia en Servicios de Urgencias Hospitalarias, Internación General o Cuidados Intensivos; adultos, pediátricos y obstétricos.

Artículo 9.- El Poder Ejecutivo determinará el Órgano de Aplicación de la presente Ley.

Artículo 10.- Autorízase al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones necesarias de las Partidas Presupuestarias para dar cumplimiento a la presente.

Artículo 11.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a los treinta y un días del mes de agosto del año dos mil diecisiete.

ANEXO 3:

Ley 24.004 Régimen legal del ejercicio de la enfermería

BUENOS AIRES, 26 de septiembre de 1991. Boletín Oficial, 28 de octubre de 1991. Vigentes. Decreto Reglamentario. Decreto Nacional 2.497/93.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley: Capítulo 1 Concepto y alcances (artículos 1 al 3)

Art. 1. - En la Capital Federal y en el ámbito sometido a la jurisdicción nacional el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

Art. 2. - El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la

administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

Art. 3. - Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería: a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia; b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión. Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos la autoridad de aplicación tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo, corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería. Capítulo 2 De las personas comprendidas (artículos 4 al 8)

Art. 4. - Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería. Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal. Asimismo las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputar sea las mencionadas instituciones y responsables.

Art. 5. - El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean: a) Título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente; b) Título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidos por autoridad competente; c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

Art. 6. - El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que posean el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo, podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan

certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

Art. 7. - Para emplear el título de especialistas o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

Art. 8. - Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente.

Capítulo 3 De los derechos y obligaciones (artículos 9 al 11)

Art. 9. - Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería. a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente ley y su reglamentación; b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación; c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica; d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente.

Art. 10. - Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería: a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza; b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte; c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias; d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta ley y su reglamentación; e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación; f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.

Art. 11. - Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que entrañen peligro para la salud;
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana;
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad;

- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria;
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaño del público. Particularmente les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

Capítulo 4 Del registro y matriculación (artículos 12 al 15)

Art. 12. - Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, la que autorizará el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Art. 13. - La matriculación en la Subsecretaría de Salud implicará para la misma el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta ley.

Art. 14. - Son causa de la suspensión de la matrícula: a) Petición del interesado; b) Sanción de la Subsecretaría de Salud que implique inhabilitación transitoria.

Art. 15. - Son causa de cancelación de la matrícula: a) Petición del interesado; b) Anulación del título, diploma o certificado habilitante; c) Sanción de la Subsecretaría de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad; d) Fallecimiento.

Capítulo 5 De la autoridad de aplicación (artículos 16 al 17)

Art. 16. - La Subsecretaría de Salud, será la autoridad de aplicación de la presente ley, y en tal carácter deberá: a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente ley; b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados; c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas carentes de títulos, diplomas o certificados habilitantes, o no se encuentren matriculados; d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente ley le otorga.

Art. 17. - La Subsecretaría de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistida por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

Capítulo 6 Régimen disciplinario (artículos 18 al 22)

Art. 18. - La Subsecretaría de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

Art. 19. - Las sanciones serán: a) Llamado de atención; b) Apercibimiento; c) Suspensión de la matrícula; d) Cancelación de la matrícula.

Art. 20. - Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias previstas en esta ley por las siguientes causas: a) Condena judicial que comporte la inhabilitación profesional; b) Contravención a las disposiciones de esta ley y su reglamentación; c) Negligencia frecuente, o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

Art. 21. - Las medidas disciplinarias contempladas en la presente ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el establecido en el título X - artículos 131 y siguientes- de la ley 17.132.

Art. 22. - En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos.

CAPITULO 7 DISPOSICIONES TRANSITORIAS (artículos 23 al 23)

Art. 23. - Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas, sin poseer el título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5 y 6, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

a) Deberán inscribirse dentro de los noventa (90) días de la entrada en vigencia de la presente en un registro especial que, a tal efecto, abrirá la Subsecretaría de Salud.

b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencias y franquicias horarias con un régimen similar al que, por razones de estudio o para rendir exámenes, prevé el decreto 3413/79, salvo que otras normas estatutarias o convencionales aplicables a cada ámbito fueren más favorables;

- c) Estarán sometidas a especial supervisión y control de la Subsecretaría de Salud, la que estará facultada, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes;
- d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente;
- e) Se les respetarán sus remuneraciones y situación de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limitare sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).

Capítulo 8 Disposiciones Varias (artículos 24 al 29)

Art. 24. - A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de la enfermería:

- a) Las que se realizan en unidades de cuidados intensivos;
- b) Las que se realizan en unidades neuropsiquiátricas;
- c) Las que conllevan riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas;
- d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean éstas ionizantes o no;
- e) La atención de pacientes oncológicos;
- f) Las que se realizan en servicios de emergencia. La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la ampliación de este listado.

Art. 25. - La autoridad de aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

Art. 26. - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo de ciento ochenta (180) días corridos, contados a partir de su promulgación.

Art. 27. - Derógase el Capítulo IV, del Título VII artículos 58 a 61-, de la ley 17.132 y su reglamentación, así como toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva que se oponga a la presente.

Art. 28. - Invítase a las provincias que lo estimen adecuado a adherir al régimen establecido por la presente.

Art. 29. - Comuníquese al Poder Ejecutivo. Firman: Pierri; Menem; Pereyra Arandía De Pérez Pardo; Flombaum.

ANEXO 4

LEY 12245

EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

CAPITULO I CONCEPTO Y ALCANCES

ARTÍCULO 1.- En la Provincia de Buenos Aires, el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente Ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTÍCULO 2.- El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería, la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

ARTÍCULO 3.- Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

- a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia.
- b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyan al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos se tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

ARTÍCULO 4.- Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente Ley, participar de actividades o realizar las acciones propias de la enfermería.

Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º de la presente Ley serán pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de las que surgieren por aplicación de las disposiciones legales vigentes. Asimismo, las Instituciones y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente Ley, o que directa o indirectamente los obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, será pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiera imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

CAPITULO II DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

ARTÍCULO 5.- El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- b) Título de Enfermero otorgado por Centros de Formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, e instituciones privadas reconocidas por autoridad competente.
- c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

ARTÍCULO 6.- El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que poseen el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por Instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo, podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quiénes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

ARTÍCULO 7.- Para emplear el título de especialista o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

ARTÍCULO 8.- Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por Instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente.

CAPITULO III DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

ARTÍCULO 9.- Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente Ley y su reglamentación.
- b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación.
- c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, en las condiciones que determine la reglamentación, y siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica.
- d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente.

ARTÍCULO 10.- Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

- a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana sin distinción de ninguna naturaleza.
- b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.
- c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.
- d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta Ley y su reglamentación.
- e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación.
- f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.
- g) Promover la donación de órganos mediante la correcta información y el incentivo de la solidaridad social.

ARTÍCULO 11.- Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que se aparten de las prácticas autorizadas y que entrañen peligro para la salud.

- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana.
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria.
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaños del público.

Particularmente, les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

CAPITULO IV DEL REGISTRO Y MATRICULACION

ARTÍCULO 12.- Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el Ministerio de Salud, el que autoriza el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

ARTÍCULO 13.- La matriculación en el Ministerio de Salud implicará para el mismo el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta Ley y su reglamentación.

ARTÍCULO 14.- Son causas de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Sanción del Ministerio de Salud que implique inhabilitación transitoria.

ARTÍCULO 15.- Son causas de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Anulación del título, diploma o certificación habilitante.
- c) Sanción del Ministerio de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad.
- d) Fallecimiento.

CAPITULO V DE LA AUTORIDAD DE APLICACION

ARTÍCULO 16.- El Ministerio de Salud será la autoridad de aplicación de la presente Ley, y en tal carácter deberá:

- a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente Ley.
- b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados.
- c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas que no se encuentren matriculados.
- d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente Ley le otorga.

ARTÍCULO 17.- El Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistido por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

CAPITULO VI REGIMEN DISCIPLINARIO

ARTÍCULO 18.- El Ministro de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

ARTÍCULO 19.- Las sanciones serán:

- a) Llamado de atención.
- b) Apercibimiento
- c) Suspensión de la matrícula.
- d) Cancelación de la matrícula.

ARTÍCULO 20.- Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias que correspondan, por las siguientes causas:

- a) Condena Judicial que comporte la inhabilitación profesional.
- b) Contravención a las disposiciones de esta Ley y su reglamentación.

- c) Negligencia frecuente o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

ARTÍCULO 21.- Las medidas disciplinarias de que habla la presente Ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el que establezca la reglamentación de la presente.

ARTÍCULO 22.- En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos. (*) **Lo subrayado esta observado por decreto de promulgación 18/99 de la presente Ley.**

CAPITULO VII DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 23.- Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, acreditando tal circunstancia conforme lo establezca la reglamentación de la presente, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas sin poseer título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5º y 6º, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

- a) Deberán inscribirse dentro de los trescientos sesenta (360) días de la entrada en vigencia de la presente, en un registro especial que, a tal efecto, abrirá el Ministerio de Salud.
- b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso, contados a partir del vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencia y franquicias horarias, de acuerdo con lo que estipule la reglamentación correspondiente.
- c) Estarán sometidas a especial supervisión y control del Ministerio de Salud, el que estará facultado, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes.
- d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente.

- e) Se les respetarán sus remuneraciones y situaciones de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limite sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).
- f) Estarán eximidas de la obligación de cumplimentar lo exigido en el inciso b) del presente artículo, por única vez, aquellas personas mayores de cincuenta (50) años de edad que acrediten mediante la certificación de autoridad competente de un establecimiento de la órbita provincial o municipal, la práctica de la enfermería o de auxiliar de enfermería, según sea el caso, durante un mínimo de diez (10) años anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente.

CAPITULO VIII

DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 24.- A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de enfermería:

- a) Las que se realizan en Unidades de Cuidados Intensivos.
- b) Las que se realizan en Unidades Neurosiquiátricas.
- c) Las que conllevan riesgo permanente de contraer enfermedades infecto-contagiosas.
- d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean estas ionizantes o no.
- e) La atención de pacientes quemados.

La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante la Subsecretaría de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, la ampliación de este listado.

ARTÍCULO 25.- La autoridad de Aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

ARTÍCULO 26.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir de su promulgación.

ARTÍCULO 27.- Derógase toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva, que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 28.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DECRETO 18/99

La Plata, 14 de enero de 1999.

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DECRETA:

Art. 1º - Vétase el Art. 22 del proyecto de Ley sancionado por la Honorable Legislatura con fecha 9 de diciembre de 1998, al que hace referencia el Visto del presente.

Art. 2º - Promúlgase el texto aprobado, con excepción de la observación dispuesta en el artículo precedente.

Art. 3º - Comuníquese a la Honorable Legislatura.

Art 4º - Este Decreto será refrendado por el señor Ministro Secretario en el Departamento de Gobierno.

Art. 5º - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese al "Boletín Oficial" y Archívese.

DUHALDE
J. M. Díaz Bancalari

ANEXO 5

TRIAGE de Enfermería

Pacientes con infección respiratoria aguda en establecimientos de salud

COVID 19

Participantes

Dirección Nacional de Talento Humano y conocimiento.

Dirección de Enfermería.

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria.

Con la colaboración de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva – SATI

Definición de Triage

El «Triage/clasificación» es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder establecer adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

El Triage debe ser la llave de entrada a una asistencia eficiente y eficaz, y, en consecuencia, una herramienta rápida y fácil de aplicar, que posee, además, un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

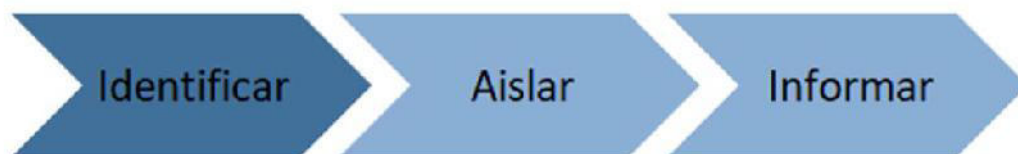
La clasificación se realiza en muchos entornos, incluidos emergencias y desastres, durante incidentes con víctimas en masa y para una correcta clasificación en el departamento de emergencias; el propósito es clasificar rápidamente a los pacientes que necesitan atención inmediata de aquellos que pueden esperar con seguridad la evaluación y el tratamiento.

Un punto de detección importante de casos de COVID-19 es el Servicio de urgencia hospitalaria.

El Triage tiene como finalidad identificar y priorizar al paciente más grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las medidas de precaución.

La literatura actual propone distintos abordajes, tales como son los signos vitales nulos o herramienta de detección en Triage: Identificar, Aislar e Informar”. Los signos vitales nulos hacen referencia a la necesidad de realizar una rápida detección de situaciones de riesgo epidémico antes de pasar a la toma de los signos vitales en el Triage. La “herramienta de detección en Triage: Identificar – Aislar – Informar” aporta una mirada rápida en relación a la forma de manejar desde el Triage estos casos.

Se propone esta última como la herramienta de detección para infección por virus SARS-CoV-2 en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.



Objetivos

- Registro del Paciente en el sistema de gestión hospitalaria
- Optimizar los tiempos de atención
- Categorizar la Gravedad: emergencia, urgencia, no urgencia
- Determinar cuál es el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en el servicio de urgencias o el centro sanitario.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias.
- Iniciar la Relación Servicio/Paciente y transmitir información fluida a los pacientes y a sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente.

Ventajas

- Los pacientes se muestran más satisfechos y mejor dispuestos a esperar luego que una Enfermera les proporciona los primeros cuidados e inicia el proceso de atención.
- Mejoran considerablemente las relaciones interpersonales: paciente-familia/profesionales del Servicio de Urgencias.
- Agiliza la atención del paciente.
- Disminuye la ansiedad del paciente y familia
- Disminuye la tensión en el equipo de salud del servicio de urgencias

Perfil del profesional

El enfermero a cargo debe tener formación técnica/ profesional, con experiencia de práctica profesional de al menos 2 años en terapia intensiva, servicios de internación o de emergencias, con capacitación en Triage, manejo de la vía aérea y ventilación

mecánica; además de habilidades en la respuesta rápida, la comunicación efectiva y en el trabajo en equipo.

Etapas del Triage

- A: Valoración inicial
- B: Inspección general
- C: Otras actividades

Valoración Inicial

Incluye un cuestionario de 4 preguntas básicas:

- 1. ¿Qué le pasa? (Síntoma primario)
- 2. ¿Desde cuándo? (Carácter del síntoma)
- 3. ¿Le ha ocurrido esto antes? (Síntoma asociado)
- 4. ¿De que padece? (Antecedentes) Incluir al familiar en el cuestionario

Características del cuestionario

- La técnica utilizada para el cuestionario es abierta y dirigida.
- Las preguntas sencillas y directas.
- Hacer una pregunta por vez.
- Esperar a que el paciente /familia respondan
- Utilizar términos que el paciente y familia puedan comprender.
- No obviar la comunicación no verbal.

Recuerde: El objetivo principal de este tipo de cuestionario es obtener la MEJOR información en el MENOR tiempo posible

Inspección

- Debe ser rápida y precisa e incluye una revisión específica relacionada con el problema principal y una revisión general
- Se valora si existe alguna situación que amenace la vida del paciente.

Inspección específica

- Aspecto General: posición del paciente, heridas, etc.
- Piel y mucosas: color y temperatura de la piel y mucosas, sudación.

- Respiración: permeabilidad de la vía aérea, tipo de respiración y grado de dificultad.
- Circulación: ausencias de pulso, características del mismo, perfusión, presencia de hemorragia.
- Neurológico: nivel de conciencia, reactividad al dolor, pupilas motricidad.

Otras actividades

(Están relacionadas al cuadro clínico del paciente y no como actividad prioritaria ante la sospecha de patología respiratoria)

- Toma de constantes vitales.
- Registra electrocardiogramas, si es necesario.
- Realiza glucemia capilar, si es necesario.
- Aplica inmovilizaciones temporarias.
- Aplica medios físicos.
- Y otras que sean necesarias y correspondan a las competencias profesionales de enfermería.

UNA VEZ REALIZADAS LAS ETAPAS DE TRIAGE, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ESTABLECE LAS PRIORIDADES ASISTENCIALES ACORDE CON EL NIVEL DE GRAVEDAD

Triage: Niveles de gravedad

Nivel I o Emergente

Nivel II o Urgente

Nivel III o NO Urgente

Nivel I o Emergente

- Corresponde a los procesos agudos, críticos o graves inestables que pueden conducir a un rápido deterioro respiratorio, neurológico y/o hemodinámico, con riesgo de muerte.
- El tiempo permitido es inmediato

Nivel II o Urgente

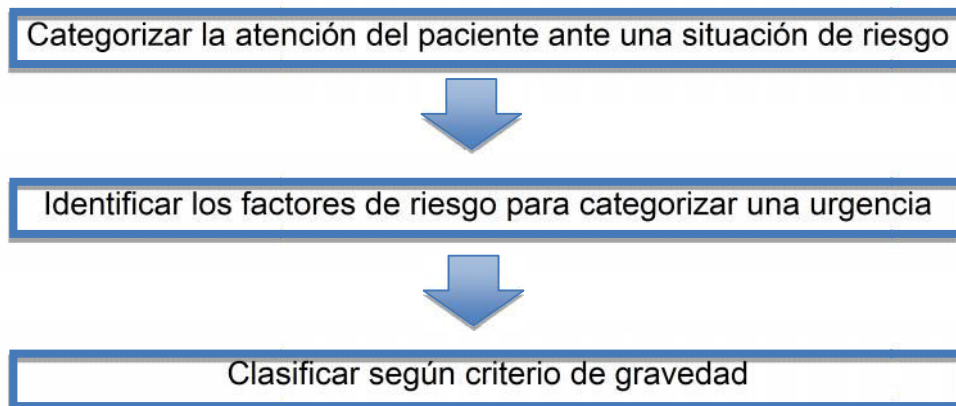
- Corresponde a proceso agudo, estable, no crítico.

- Tiempo permitido de asistencia (internacional) inferior a 60 minutos

Nivel III o No Urgente

- Corresponde a procesos no agudos, banales o sin gravedad que requieren atención médica pero no de carácter urgente
- La asistencia debe ser realizada en un tiempo que no supere los 120 minutos (parámetro internacional)

Proceso esquemático de realizar el TRIAGE



Admisión del Paciente. Recepción del Paciente

El personal de admisión ingresará al sistema hospitalario a los pacientes que presenten fiebre realizando un conjunto de preguntas orientadoras hacia las patologías cardinales emergentes (dengue, coronavirus, sarampión).

Este empleado no requiere formación técnica profesional, pero requiere capacitación en uso de Equipo de Protección Personal (barbijos y guantes) y precauciones estándar.

Las preguntas de interés son aquellas relacionadas con la fiebre, y deberá preguntar:

¿Desde cuándo presenta este síntoma? y ¿qué otros síntomas la acompañan?

También deberá preguntar si estuvo de viaje en alguno de los países declarados de




riesgo: China, Corea del Sur, Japón, Irán, Europa, Estados Unidos, Brasil o Chile y si considera o cree que tuvo contacto con alguna persona en contacto estrecho o casual de casos sospechoso o confirmado de COVID-19.

Es indicación de atención en consultorio de febril de enfermería tos, malestar general, dolor en garganta y síntomas graves como dificultad respiratoria, dolor muscular, articular, vómito, diarrea o alguna lesión en piel.

Una vez identificados síntomas ingresar en el sistema, y proveer de un barbijo quirúrgico y explicar cuál es su utilidad justificando por que no debe quitárselo y derivar al consultorio de Triage.

TAMIZAJE DE VIGILANCIA SINDRÓMICA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA



PREGUNTAS DEL TAMIZAJE		EN CASO AFIRMATIVO:
FIEBRE - ¿Ha observado la aparición reciente de fiebre >38 grados en los últimos 14 días?		Haga que el paciente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se lave las manos. 2. Mantenga un distanciamiento social: conservar una distancia mínima de un metro. 3. Use una mascarilla si tiene síntomas. 4. SIGA EL AISLAMIENTO DE CONTACTO Y GOTÍCULAS. <ul style="list-style-type: none"> • Esté separado en una habitación individual.
TOS - ¿Ha observado la aparición reciente de tos o disnea en los 14 últimos días?		
VIAJE y CONTACTO - ¿Ha viajado a un país con alta transmisión de COVID-19 o ha tenido contacto con alguien con diagnóstico positivo o presunción de COVID-19?		

Procedimiento de primer contacto de Enfermería

Este proceso debe realizarse siguiendo pasos básicos:

- Evaluación rápida de las funciones básicas: Vías aéreas, ventilación y

circulación.

- Anamnesis enfocada a determinar la causa.
- Evaluar los signos vitales del paciente.
- Antecedentes de viaje a los lugares determinados en la definición de caso en los últimos 14 días, y/o
- Contacto estrecho de casos sospechoso o confirmado de 2019-nCoV, contacto casual o se sospecha que es autóctono.

Se recomienda realizar en el ingreso de pacientes (guardia/sala de espera/orientación)

para la búsqueda y atención rápida de casos sospechosos.

El agente de salud que lo realice deberá informar la presencia del caso al personal del hospital destinado al manejo de los mismos o activar el protocolo establecido para la provincia u institución de salud.

La enfermera, al recibir el paciente constatará que haya sido ingresado al sistema hospitalario y que posea el barbijo colocado correctamente.

Utilizando los elementos de protección personal + protección de contacto + respiratorio. (Elementos de barrera: Guantes, Barbijo de alta eficacia N95, Protección ocular y facial: protección para los ojos; gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara)

-Lavado de manos.

-La protección ocular reutilizable debe limpiarse y desinfectarse.

*Bata: se usará como Aislamiento: se coloca antes de asistir al paciente y se retira con técnica correcta antes de salir de la habitación

Esta es de un solo uso (NO SE DEBE REUTILIZAR) y se desecha en bolsa de material contaminado (bolsa roja).

-Descarte seguro de material corto punzante.

-Habitación individual o cohorte

-En caso de compartir habitación la distancia entre pacientes debe ser >1,5 metro.

-Puerta Cerrada

-Personal exclusivo

-Elementos de atención exclusivos: Los elementos de control de signos vitales (termómetro, tensiómetro, estetoscopio) y otros dispositivos médicos como chata, recolector de orina, etc., deben ser de uso de un único paciente (o cohorte instrumental/pacientes). Descontaminar los elementos luego de su uso con alcohol al 70%.

Si las condiciones de los centros lo permiten, se puede valorar establecer dos circuitos diferenciados: uno para pacientes con patología respiratoria y otro para el resto de motivos de consulta. Estos circuitos deberán indicarse con la señalética adecuada. Si existe la posibilidad, el personal dedicado al servicio de admisión y al Triage será diferente.

Si el paciente presenta infección respiratoria aguda sin criterios de ingreso hospitalario y no forma parte de un grupo vulnerable, se considerará caso posible y se indicará aislamiento domiciliario sin necesidad de realizar pruebas diagnósticas de COVID-19, siempre que las condiciones de la vivienda lo permitan. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde el inicio de los síntomas, siempre que el cuadro clínico se haya resuelto.

Manejo de casos

Aislamiento de pacientes sintomáticos y medidas de protección personal

Síntomas de la COVID-19



Etapa temprana:

Fiebre (>38°C)

y

Síntomas respiratorios:

- Tos
- Disnea
- Rinorrea
- Debilidad
- Malestar general
- Náuseas y vómito
- Diarrea
- Cefalea

Etapa avanzada:

Todos los síntomas anteriores más

- Neumonía
- Bronquitis

Clasificación en función de signos y síntomas

ROJO	AMARILLO	VERDE
Apnea Disnea	Disnea leve Hipertermia	Hipertermia Tos

Taquipnea Taquicardia/Bradicardia Hipertermia Hipertensión/Hipotensión Vómitos Diarrea Saturación de O2	Tos Ardor de garganta Vómitos Diarrea Debilidad Respiración en tiraje	Ardor de garganta Rinorrea
---	--	-------------------------------

Denuncia Epidemiológica:

Debe ser completada por el médico asistente

Ficha: CASO SOSPECHO DE NUEVO CORONAVIRUS (2019-nCoV)

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-coronavirus.pdf>

IMPORTANTE: Completar todos los datos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos

ANEXO 6

Este es un cuestionario anónimo y confidencial que tiene por fin mejorar la calidad de atención. Por favor conteste a todas las preguntas, tan franca y exactamente como le sea posible; solo debe seleccionar la respuesta que, a su juicio se acerca más a lo que ha vivido antes, durante y después de haber recibido la atención correspondiente.

TODA LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN ESTE ESTUDIO SERÁ CONFIDENCIAL

Indique con una «x» la respuesta

1. EDAD

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- Más de 60

2. SEXO

- Femenino

Masculino

3. **¿CUAL ES SU NIVEL DE FORMACION ACADEMICA?**

- Auxiliar de enfermería
- Enfermero profesional: incompleto
completo
- Licenciado en enfermería: incompleto
completo

4. **¿CÓMO ES SU CAPACITACION SOBRE LA CLASIFICACION DE TRIAGE EN ENFERMERIA?**

- No se capacito
- Alguna vez se capacito
- Recientemente se capacito

5. **¿HACE CUÁNTO TIEMPO TRABAJA EN EL SERVICIO?**

- Menos de 1 año
- 1-5 años
- 6-10 años
- 11-15 años
- 16-20 años
- Más de 20 años

6. **¿RECIBIO CAPACITACIÓN SOBRE TRIAGE POR PARTE DE ESTA INSTITUCIÓN?**

- Si
- No

7. **¿CONOCE SOBRE LA LEY DE TRIAGE?**

- Si
- No

8. **¿CONOCE SOBRE LAS NORMATIVAS DEL SERVICIO?**

Si
No

9. **EL ESPACIO FISICO EN EL QUE SE REALIZA EL TRIAGE ES:**

Adecuado
Poco adecuado

10. **¿SE ASIGNO PERSONAL ESPECIALIZADO EN TRIAGE?**

Si
No

11. **¿SE REALIZA EL TRIAGE EN LA SALA DE GUARDIA?**

Si
No
A veces

12. **¿EXISTE UN AREA DE TRIAGE IMPLEMENTADA EN LA SALA DE GUARDIA?**

Si
No

13. **¿CUENTA EL SERVICIO CON LOS RECURSOS TECNOLOGICOS ADECUADOS?**

Si
No

14. **¿SABE QUE EL TRIAGE ES UNA TAREA QUE DEBE REALIZAR ENFERMERIA?**

Si
No

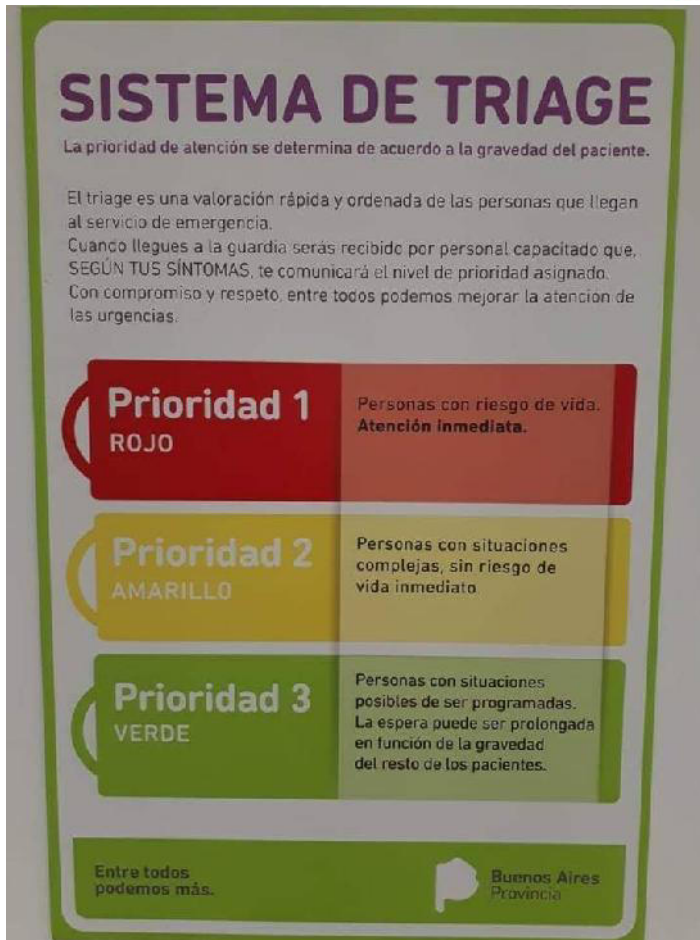
15. **¿QUIÉN REALIZA LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN LA SALA DE EMERGENCIAS?**

Medico
Enfermero

Otro

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO N 7: TRIAGE EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



¿Qué es el TRIAGE?

El sistema de Triage permite identificar y clasificar rápidamente el estado de gravedad del paciente, de acuerdo a distintos niveles de prioridad.

Es importante resaltar que la atención en Emergencia NO corresponde a un orden de llegada, sino a un orden de gravedad de los pacientes que van ingresando a la misma.

Este sistema funciona para quienes se acercan a la guardia voluntariamente con la asignación de un color de acuerdo a la urgencia diagnosticada por los profesionales.

De este modo, quien es clasificado con el color rojo es porque su estado es crítico, amarillo es emergente, mientras que el verde no es urgente.

El sistema funciona para quienes acuden a la guardia, los cuales son clasificados con diferentes colores, de acuerdo a criterios profesionales, bajo normas internacionales.

De acuerdo al color, varían los tiempos de atención: Color rojo la atención es inmediata. Mientras que, en el color verde su demora estará en el margen de 2 a 4hs.

El color verde, al ser de baja complejidad, puede ser atendido en cualquier consultorio del Hospital, sin necesidad de acudir a la guardia.