

Tema:  
“Determinar las  
acciones de  
enfermería para  
disminuir la  
ansiedad del  
paciente en la  
guardia del  
hospital

31 de mayo  
2017

---

TUTORA: Lic. Terán KatterinneMgr.

AUTORA: Paredes Lorena Elizabeth

UNIVERSIDAD ISALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

## *Agradecimientos*

*Agradezco en primera instancia a mi familia y amigos por todo el apoyo brindado durante mi carrera a pesar del sacrificio que esto significo para ellos.*

*En segunda instancia quiero mencionar a mis docentes quienes me acompañaron y guiaron en este camino que finalmente dio sus frutos.*

*Por ultimo a mis compañeros quienes fueron incondicionales prestándome su ayuda para lo que necesite.*

## *Dedicatoria*

*Este trabajo es dedicado muy especialmente a mi hijo y mi familia quienes fueron mi gran inspiración para lograr finalmente mis metas. Como no dedicar también esta tesis a mi tutora ya que ella fue la que me demostró que con esfuerzo nada es imposible.*

*También quiero dedicarle este enorme esfuerzo y satisfacción de este trabajo a ellos que hicieron posible a que hoy sea una profesional, a la gente que nos acercaron la universidad dándonos la posibilidad de acceder a estudiar y crecer como persona y estudiante, ellos son la Sra. Perla y al Padre Mario por confiar en su comunidad.*

## Índice

Introducción.....	VI
CÁPITULO 1 MARCO CONTEXTUAL .....	VII
Idea de investigación.....	VIII
Justificación del problema .....	VIII
Planteamiento del problema.....	VIII
Objetivos específicos .....	IX
Objetivos generales.....	IX
Hipótesis.....	X
Anexo .....	XXIX
Capítulo 2 Marco teórico .....	XI
Capítulo 3 Metodología de la investigación .....	XVII
Capítulo 4 Resultados y experiencia .....	XXV
Conclusiones y recomendaciones.....	XXVII
Criterio de inclusión y criterio de exclusión .....	XIX
Instrumento .....	XXII
Marco teórico.....	XII
Muestra y muestreo.....	XVIII
Población.....	XVIII
Referencia bibliográfica .....	XXVIII
Sitio donde se realiza la investigación.....	XX
Tablas y gráficos .....	XXVI
Tipo de estudio.....	XXI
Unidad de análisis .....	XVIII

## Introducción

El presente trabajo surge con la necesidad de disminuir la ansiedad y evitar posibles potencial de riesgo en la guardiadel Hospital Dr. Diego Paroissien. Mediante las acciones pertinente del Triage de enfermería que permita mayor objetividad en el proceso, facilitando así el desarrollo de las habilidades de los profesionales para evaluar al paciente

En este trabajo se utilizó un tipo de estudio cualitativo, con un diseño de investigación- acción, porque la finalidad es de resolver los problemas cotidiano e inmediato, con un corte transversal, retrospectivo tiene como característica la recolección de datos en un único momento.

Este modelo de Triage de enfermería comprende de la adaptación de un sistema de clasificación de urgencia en cinco niveles de complejidad, una guía de evaluación del paciente basada en signos y síntomas organizados por sistemas, un formato de Triage de fácil diligenciamiento y la estandarización del proceso.

Este sistema de Triage de enfermería debe estar designado acorde con los institucionales recursos físicos, humanos, la demanda del servicio y las políticas para brindar mejor calidad de atención y disminuir la ansiedad del paciente mediante la esperan en la sala guardia de urgencia.

# **CÁPITULO I MARCO CONTEXTUAL**

## **Idea de investigación**

Determinar las acciones de enfermería para disminuir la ansiedad del paciente en el tiempo de espera en la guardia del hospital Dr. Diego Paroissien.

## **Justificación del problema**

El presente trabajo determinara cuales son las acciones pertinente de enfermería derivada del triage de enfermería, para reducir la ansiedad de los pacientes, que son usuario de la guardia, para prevenir posibles potencial de riesgo en el tiempo de espera en la sala urgencia del hospital Dr. Diego Paroissien, ubicado en le provincia de Buenos Aires, en el partido la Matanza, localidad de Isidro Casanova. Siendo que esta institución es publica y provincial se encuentra en crisis, por bajo recursos material y humano y con una gran demanda de usuarios, debido a esto la guardia se ve colapsada, aumentando la ansiedad del paciente según sea su gravedad.

## **Planteamiento del problema**

¿Cuáles son las acciones de enfermería, pertinentes, derivadas del triage, para disminuir la ansiedad de los pacientes en la sala de espera del hospital Dr. Diego Paroissien en la gestión 2016 durante los meses de mayo agosto?

## **Objetivos generales**

Determinar las acciones de enfermería para disminuir la ansiedad del paciente, durante la espera en la guardia del hospital Dr. Diego Paroissien, con el triage de enfermería y evitar posibles potenciales de riesgo.

## **Objetivos específicos**

1. Clasificar acciones de enfermería pertinentes para la atención en guardia relacionados con el triage.
2. Establecer una comunicación inicial con el paciente.
3. Determinar su grado de complejidad y derivarlo donde corresponde rápidamente.
4. Ejecutar protocolos de guardia respecto al triage de enfermería.
5. Prevenir potenciales de riesgo en la sala de espera de la guardia.

## Hipótesis

Con las acciones pertinentes de enfermería derivada del Triage, se reducirá la ansiedad del paciente en la sala de espera de la guardia del hospital Dr. Diego Paroissi evitando posibles riesgos potenciales para el paciente.

## Variables

Variables	Conceptualización	Dimensión	Indicadores
<p>Dependiente.</p> <p>Acciones de enfermería derivada del Triage</p>	<p>NANDA 2009-2011 pagina 3 Identificado del proceso enfermero fue la valoración. El proceso enfermero es una teoría sobre como las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades. Consta de cuatro partes, valoración, planificación, ejecución y evaluación. (Internacional, 2009 - 2011)</p>	<p>Particular.</p> <p>Vía pública Ambulancia.</p> <p>Derivado de los consultorios, CAI del hospital.</p>	<p>1. Proporcionaron información clara sobre su estado de salud y el tiempo aproximado de espera?</p> <p>2. Recibió algún tipo de contención durante el tiempo de espera?</p> <p>3. Si tiene que calificar su satisfacción con el servicio brindado por el personal de enfermería?</p>

Variable	Conceptualización	Dimensión	Indicador
Independiente  Disminuir la ansiedad del paciente.	La ansiedad, estado emotivo y respuesta que surge cuando uno se halla expuesto a situaciones que impliquen peligro o amenaza, es una experiencia universal y cotidiana para todo ser humano  (Gonzalez Martinez, 1993) ficha 19	social	1. Cuál de estos géneros tiene más tolerancia y menos ansiedad a la hora de esperar?  2 Disminuyo la ansiedad y el nerviosismo teniendo un primer contacto con el personal de enfermería?  3 Cuál es el grado de satisfacción según el tiempo de espera?

Variable	conceptualización	Dimensión	indicador
Independiente Guardia del hospital	Es un establecimiento sanitario para la atención y asistencia a enfermo por medio de profesionales médicos, de enfermería y personal auxiliar y de servicio técnico durante las 24 horas, los 365 días del año.	Social.	1. Con qué frecuencia visita la guardia del hospital?  2. Cuál es el promedio de edad que recurre a la guardia?

# Capítulo II

## Marco teórico

## Marco teórico

“En las sociedades desarrolladas la salud ocupa, sin excepción, un lugar de particular preferencia, y esto se manifiesta en la madurez de los ordenamientos organizativos alcanzados.

Las configuraciones que adopta el sector salud son resultado del juego interactivo entre la Sociedad Civil y el Estado con la mediación del sistema político, que canaliza las expectativas y demandas de la primera, haciéndolas objeto de decisión para encontrar respuestas en los órganos de gobierno. No se trata de una estructura rígida, sino cambiante con los tiempos y los contextos históricos. El sistema de salud argentino se conformó en el transcurso de nuestra historia sobre la base de la expansión temprana de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, la ayuda mutua entre connacionales, la incorporación de servicios de salud por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales. Pensar que este fue el único modelo posible es descalificar el momento de la opción política de las elites y los grupos de interés en juego. Las posibilidades de desarrollo de un modelo más universalista o más fragmentado dependieron de determinadas coyunturas históricas y correlación de fuerzas sociales, de opciones y compromisos entre unos u otros actores involucrados y de la particular forma de resolución de los conflictos y tensiones en cada momento histórico. Las reiteradas rupturas institucionales con su impacto sobre la continuidad de las políticas estatales, el peso de intereses corporativos, la sumatoria de decisiones instrumentales que buscaron favorecer ya a unos ya a otros actores del sistema de salud, las incompetencias recurrentes y por supuesto, las políticas acertadas, que en muchos casos persistieron en el tiempo, contribuyeron a cristalizar el sistema actual. El resultado fue la multiplicidad de jurisdicciones, la superposición de prestaciones, la sub y sobre utilización de recursos, la estratificación en el acceso a los servicios y las dificultades para definir prioridades, entre otros aspectos. No obstante la amplia cobertura territorial alcanzada o la calidad de sus profesionales, la fragmentación del sistema de servicios de salud trajo aparejado, inevitablemente, un nivel apreciable de inequidad social. Este documento propone una selección, arbitraria como toda selección, de los aspectos históricos, institucionales y sanitarios más relevantes en la

conformación del sistema de salud argentino y que, en opinión de los autores permiten mostrar las razones políticas y de relación de fuerzas, que indujeron en diferentes etapas de su desarrollo, a la adopción de las respuestas que fueron definiendo su perfil específicamente argentino. Esas decisiones consolidaron y cristalizaron un conjunto de intereses y de actores estatales, gremiales y privados que explican la rigidez y las limitaciones políticas para encarar una efectiva reforma sanitaria del conjunto del sistema.

***El recorrido que proponemos puede sintetizarse en los siguientes ítems.***

\* La etapa colonial, que condicionó de inicio las relaciones público-religioso privadas de sistema de salud.

\* La independencia nacional de 1816, que procedió poco después al reemplazo de las instituciones heredadas, dando lugar al Servicio Médico y al Tribunal de

Medicina, así como a la creación de la Sociedad de Damas de Beneficencia y de la Universidad de Buenos Aires durante el gobierno de Bernardino Rivadavia

El proceso de construcción del Estado Nación, la sanción de la Constitución

Nacional de 1853 y la federalización de la Ciudad de Buenos Aires en 1880, que dejaron tensiones políticas perdurables, internas al propio Estado, en la relación entre la Nación y las Provincias.

Los condicionantes mandatorios para el desarrollo sanitario, emergentes de la guerra y las luchas internas, de la aparición de epidemias y del crecimiento poblacional, que acompañaron la urbanización y el desarrollo económico, avanzado ya el siglo XIX. Estas circunstancias exigieron y encontraron respuestas varias por parte del Estado y la visión y participación de los higienistas de la época resultaron clave en la transformación y el fortalecimiento de las instituciones sanitarias estatales y en la expansión de los hospitales públicos. En menor escala, los

connacionales desarrollaban los hospitales mutuales, a imagen y semejanza de los hospitales públicos.

La década del 30, signada por la crisis económica mundial abrió paso a una mayor intervención del Estado en diferentes áreas de la actividad económica y social, situación que modificó las relaciones Sociedad Civil-Estado y abonó el desarrollo ulterior de nuevas alianzas políticas, que involucraron al sector salud.

El golpe de estado que derrocó al gobierno constitucional del Dr. Hipólito Irigoyen en 1930 habilitó en Argentina la irrupción militar sistemática en la administración del Estado durante las siguientes décadas, hasta el retorno a la estabilidad constitucional iniciada en 1983 con el mandato presidencial del Dr. Raúl Alfonsín y que perdura hasta nuestros días. Esta precariedad institucional influyó inevitablemente en las políticas del sector salud y en los vaivenes centralizadores y descentralizadores que caracterizaron el período.

La fuerte intervención del Estado llevada a cabo por el gobierno peronista entre 1945 y 1955 desencadenó sobre el sector salud un doble proceso a la vez vigoroso y tensión ante. Por un lado la centralización propiciada por el Ministro Carrillo, y por otro, el decidido apoyo estatal a la atención médica brindada por las obras sociales sindicales a los trabajadores. El proceso centralizador estuvo acompañado de un importante desarrollo de los hospitales públicos de dependencia nacional, que en las décadas siguientes serían transferidos a las provincias en las que asentaban. El apoyo a las obras sociales de los sindicatos impulsó el seguro social en salud para la clase trabajadora e intensificó la participación política de las entidades gremiales involucradas.

El dictado de la ley 18.610 de Obras Sociales en los inicios de la década del 70, extendió el seguro social a todos los trabajadores en relación de dependencia mediante la afiliación obligatoria a la obra social, y estableció su financiamiento, circunstancias que por un lado, dejaron cautivas a las poblaciones trabajadoras en la respectiva entidad aseguradora y consolidaron las diferencias existentes entre trabajadores y no trabajadores y entre los propios trabajadores según ramo, y por otro generaron un importante flujo de dinero que modificó las relaciones de poder entre las organizaciones de financiamiento, de prestación de servicios y de regulación, condicionando las procedencias y los destinos de los usuarios y de los

fondos en el sistema de salud. En ese período, la ley 19.032 creó el Servicio Social para Jubilados y Pensionados y dio origen a una nueva diferenciación: la clase pasiva.

Los intentos integradores del SNIS, Sistema Integrado de Salud, propuesto en 1973 durante la tercera presidencia de Juan Domingo Perón, y el Seguro Nacional de Salud, diez años después en el gobierno democrático del Dr. Raúl Alfonsín, tuvieron en su formulación inicial los objetivos de articular y unificar el sistema de salud. El primero, más próximo en su concepción a un servicio nacional, y el segundo centrado en la seguridad social, priorizaban la cobertura económico financiera igualitaria para todas las personas, por su mera condición de ciudadanos, así como el derecho a la libre elección del prestador de los servicios, cualquiera fuera su dependencia: pública, privada o de las obras sociales. Las resistencias generadas frustraron en el primer caso y desvirtuaron en el segundo, las intenciones políticas de los respectivos mandatos. En la década del 90, las reformas estructurales inspiradas en los principios Liberales del Consenso de Washington orientaron la incorporación del sistema de salud a las reglas del mercado, a través de dos políticas sustantivas: el impulso a los hospitales públicos de autogestión y la desregulación del sistema de obras sociales.

Las crisis de la deuda y de la gobernabilidad cierran el siglo XX y trasladan sus consecuencias al sistema de servicios de salud. Las obras sociales se desfinancian por la inimaginable desocupación y la consecuente disminución de aportes; los hospitales públicos afrontan los incrementos de las demandas no obstante las restricciones presupuestarias impuestas; y el subsector privado encuentra reducida su clientela, encarecidos los costos fijos y los insumos externos requeridos y postergadas las transferencias de fondos provenientes de la seguridad social.

El trabajo que presentamos a continuación busca desarrollarse a través de un hilo histórico que reconoce su inspiración en los excelentes estudios del Dr. Juan Carlos Veronelli sobre el tema, en el entendimiento como afirma Edgard Morin, Que la cronología constituye un medio pertinente para avanzar en la comprensión del pasado y el presente de nuestros logros y problemas”

(nestor perrone, 2007)

Según Perrone Néstor, el sistema de salud es interactivo en la sociedad, cambiando a través del contexto histórico que el país atraviesa con cada gobernación.

### ***Historia del hospital DR Diego Paroissien***

“La salud no depende únicamente de los sistemas de prestación médica, sino que representa el producto final de ciertos determinantes sociales enumerados a continuación por Mirta Roses, directora de la Organización Panamericana de la Salud: vivienda, educación, empleo, seguridad, nutrición y agua potable (Kliksberg, 2013). De aquí se desprende una incógnita a resolver a lo largo del trabajo, en donde se intentará comprender si es necesario contar con una infraestructura adecuada, para que la calidad del servicio de salud en los hospitales públicos sea óptima. Considerar a los determinantes sociales de la salud, permite comprender que los múltiples factores externos a los sistemas de atención, interfieren en el resultado final de la salubridad del individuo. Así, la clave para la mejora se posa en priorizar la inversión en salud, sumando la posibilidad de renovar las políticas públicas (Kliksberg, 2013). De acuerdo con Amartya Sen, tanto el acceso a los servicios de salud como el gozar de un seguro médico, ya sea público o privado, representan grandes influencias en la vida del sujeto (Sen, 2001). De allí la importancia de la capacidad de poseer una atención sanitaria oportuna, accesible y de calidad en donde todos los gobiernos provean a los sujetos las condiciones necesarias, que les permitan vivir lo más saludablemente posible (Mendicoa, 2013) El partido de La Matanza, se encuentra situado en el centro oeste de Buenos Aires; representa el partido con mayor densidad de población, ya que supera a gran cantidad de provincias Argentinas y constituye el único caso de un municipio, que es al mismo tiempo el 1er, 2do, y 3er cordón o anillo del área metropolitana de Buenos Aires (Montechiari, 2005). Con respecto a la cantidad de habitantes, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas efectuado en el año 2010, este partido

presenta una población total de 1.775.816 habitantes, lo que amerita que sea una de las zonas más densamente pobladas del país, donde el 50 % de la población se distribuye en 5 localidades principales: San Justo, Gregorio de Laferrere, González Catán, Ramos Mejía e Isidro Casanova (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

Continuando con las ideas de Montechiari, un dato de importancia es el relacionado con el nivel socio-económico que presenta el partido de La Matanza, siendo medio/bajo colocándose en segundo lugar con respecto al cordón de pobreza. Debido a que cada región de salud posee características socioeconómicas y culturales muy disímiles, se debería pensar en una reforma del sector que pueda combatir la situación existente de inequidad e ineficiencia, asegurando el acceso universal a la salud, ejerciendo una atención de calidad, siendo para ello necesario reconocer las capacidades y limitaciones del sistema. En lo que refiere a los establecimientos ubicados dentro de la localidad de La Matanza, su estructura cuenta con tres hospitales de perfil materno infantil, un hospital de niños, siete centros de salud y cuarenta y siete unidades de salud. Por otro lado, cada región de salud la compone un hospital local de referencia con un determinado perfil de equipamiento. Sin embargo, según al sector que un individuo pertenece, junto con el status laboral que éste goza, tendrá la posibilidad o no de estar protegido en cuanto a la calidad de atención sanitaria que reciba. Lo que se acentúa aún más en el caso los trabajadores del sector informal, para quienes es indispensable contar con los hospitales públicos, junto con la atención primaria o secundaria de forma gratuita (Artola, 2012). En lo que respecta al hospital Dr. Diego Paroissien, el mismo se construye en el año 1971. Dicho nosocomio es el efector público provincial del partido definiéndose como un Hospital Interzonal ya que supone una atención médica integral, y además tanto su presupuesto como la planta de personal y la política de salud dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Montechiari, 2005). De acuerdo con la monografía desarrollada por el Dr. Ricardo Ángel La Valle, profesional empleado del hospital Paroissien por más de veinte años, este centro de salud ubicado en la localidad de Isidro Casanova, trajo aparejadas desde sus inicios amplias dificultades en su funcionamiento. Se incluyen además, los reclamos incesantes de los pacientes en estado de exclusión, los cuales no pueden obtener una respuesta junto con la atención necesaria que

necesitan para gozar de una vida saludable. Dicha situación, provoca que el hospital carezca de prestigio y de estimación (La Valle, 2004).”

(altamirando, 2014)

Como describió Altamirano, en la matanza hay 1.775.816 habitantes según el censo nacional del año 2010, siendo el nivel socioeconómico medio bajo, colocándolo en el segundo lugar de pobreza, dentro de esta localidad su estructura cuenta con tres hospitales de perfil materno infantil, un hospital de niño, siete centros de salud y cuarenta y siete unidades de salud, por otro lado cada región de salud la compone un hospital local de referencia, con un determinado perfil de equipamiento, el hospital Interzonal DR Diego Paroissien público provincial, se ve afectado desde sus inicios por la demanda de usuarios, falta de personal del equipo de salud, falta de insumo, bajo salario, todo esto hace que el hospital público y provincial este mal visto y pierda prestigio.

*Tabla 1. Población por localidad: Regional sanitaria XII*

Región sanitaria	Localidad	Población
I	González catan	190,097,00
	Virrey del Pino	34,178,00
	20 de Junio	2,375,00
II	Gregorio de Laferrere	172,952,00
	Rafael Castillo	22,034,00
	Isidro Casanova	133,656,00
	Ciudad Evita	63,466,00
III	San Justo	284,534,00
	Villa Luzuriaga	84,734,00
	Ramos Mejía	140,006,00
	Lomas del mirador	57,452,00
	Villa Madero	82,032,00

Tapiales	17,932,00
Tablada	67,070,00
Aldo Bonzi	13,345,00

Fuente: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires RINCE – PROGRAMA AMARTYA SEN – UNLaM  
Edición 2014 ISSN 1852-3239 - <http://rince.unlam.edu.ar>

### ***Triage de enfermería y clasificación de pacientes***

“El proceso de clasificación de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y a la saturación que, en ocasiones, sufren dichos servicios, sin ser situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva. La clasificación de los pacientes se ha venido realizando formal o informalmente desde que aparecieron los servicios de urgencias hospitalarios, pero es necesario establecer un manejo eficiente del equipo de dicho servicio, que sea capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente, de establecer prioridades y de implantar un tratamiento adecuado mediante la investigación y la disposición de recursos. Entre los procesos de clasificación de pacientes existe uno que se inició con las guerras en el ejército de Napoleón y que se denominó triage. Se aplicó de nuevo en la primera y segunda Guerra Mundial. Con todos estos antecedentes se realizó una revisión de la bibliografía mundial acerca del triage en el servicio de urgencias. Se encontró que el sistema con mayores controles, confiabilidad, reproducibilidad y validación estadística es el sistema de triage de cinco niveles.”

Nivel I: Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato o inminente de deterioro. Necesitan intervención agresiva inmediata.

Nivel II Situaciones con riesgo inminente para la vida o la función. El estado del paciente es serio y de no ser tratado en los siguientes 15 minutos puede haber disfunción orgánica o riesgo para la vida. Los tratamientos, como la trombolisis o antídotos, quedan englobados en este nivel.

Nivel III: Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo vital potencial en 30 minutos. Por lo general, los pacientes con estabilidad fisiológica requieren múltiples exploraciones diagnósticas o terapéuticas.

Nivel IV: Situaciones menos urgentes, potencialmente serias. Por lo general, los pacientes necesitan una exploración diagnóstica o terapéutica.

Nivel V: Son situaciones menos urgentes o no urgentes, a veces son problemas clínico-administrativos que no requieren ninguna exploración diagnóstica o terapéutica. Permite la espera incluso hasta de 4 horas.

## NIVEL I: REANIMACIÓN (INMEDIATA)

Manifestación:

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

2. Traumatismo mayor: daño grave a un sistema o politraumatismo. Traumatismo craneoencefálico, con escala de coma de Glasgow menor a 10, quemadura grave, mayor al

25% de la superficie corporal total, o quemadura de la vía aérea. Traumatismo toracoabdominal, con alteración del estado mental, hipotensión, taquicardia, dolor grave y alteraciones respiratorias.

3. Estados de choque: carcinogénico, insuficiencia pulmonar, hemorrágica, alteraciones en la demanda de oxígeno, estados hiperdinámicos, síndrome séptico.

4. Alteraciones de la conciencia: intoxicaciones, sobredosis, enfermedades del SNC, trastornos metabólicos y padecimientos que requieran protección de la vía aérea y tratamiento del paciente crítico.

5. Enfermedad respiratoria grave: neumotórax, estado asmático, anafilaxia, cetoacidosis diabética.

Los pacientes requieren una rápida evaluación (A, B, C) y tratamiento ventilatorio.

## NIVEL II: INMEDIATA

Estados que hacen que el paciente requiera una intervención médica menor o igual a 15 minutos.

1. Alteraciones del estado mental: enfermedades infecciosas, inflamatorias, síndromes coronarios, convulsiones, estados de agitación, letargo, parálisis, coma.

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

#### NIVEL III:

URGENTE Estados que hacen que el paciente pueda evolucionar a un problema grave. Tiempo de atención menor o igual a 30 minutos

- . 1. Traumatismo de cráneo: generalmente alertas, con escala de coma de Glasgow igual a 15, dolor moderado (7-8/10), náusea, ameritan vigilancia y si tienen deterioro pasan a nivel II

- . 2. Traumatismo moderado: fracturas o luxaciones con dolor grave (8-10/10), requieren intervención con analgésicos y reducción; los pacientes se encuentran estables.
3. Asma leve a moderada: inicio reciente de la crisis desencadenada por ejercicio u otras causas; requieren broncodilatadores y vigilancia.
4. Disnea moderada: pacientes con neumonía, enfermedad pulmonar crónica y derrame pleural.
5. Dolor torácico: localizado, que aumenta a la palpación, sin datos de dolor visceral, puede ser de tipo pleurítico
- . 6. Hemorragia gastrointestinal: tubo digestivo alto, inactiva, sin alteración de los signos vitales, puede haber deterioro potencial, requiere valoraciones periódicas.
7. Convulsiones: paciente conocido, con duración menor a cinco minutos, llega alerta y con signos vitales estables.
8. Ideas suicidas: problemas psiquiátricos que requieren la valoración de un especialista.
9. Dolor grave (8-10/10): pacientes que reportan dolor intenso pero que tienen un problema menor, generalmente son de tipo muscular, crónico, tipo neurótico y con reacción regular a los analgésicos.
10. Dolor moderado (4-7/10): pacientes con migraña o cólico renal, pueden tener signos vitales normales y requieren tratamiento.
11. Pacientes en diálisis o trasplantados: alteraciones de líquidos y electrolitos, pueden manifestar arritmias y deterioro

#### NIVEL IV:

MENOS URGENTE Estados que hacen que el paciente pueda esperar incluso hasta una hora. Tiempo de atención menor o igual a una hora.

1. Traumatismo de cráneo: traumatismo menor, alerta (escala de coma de Glasgow de 15, sin vómito), requiere un breve periodo de observación y valoración neurológica.
2. Traumatismo menor: fracturas pequeñas, contusiones, abrasiones, laceraciones que requieren curación, signos vitales estables, dolor (4-7/10).
3. Dolor abdominal: intensidad 4-7/10, apendicitis en etapas iniciales, signos vitales normales, amerita vigilancia y evaluación periódica.
4. Cefalea: no súbita, no migrañosa, dolor 4-7/10, con signos vitales normales. Dolor torácico: sin antecedentes de cardiopatía, usualmente pleurítico, muscular, debido a ejercicio.

5. Infección respiratoria aguda: tos, congestión nasal, fiebre. Hay que descartar abscesos en la cavidad. 6. Vómito y diarrea: sin datos de deshidratación

*NIVEL V:*

*NO URGENTE Situaciones que hacen que el paciente pueda esperar, incluso, hasta dos horas. Tiempo de atención menor o igual a dos horas.*

*1." Pacientes con problemas crónicos, no hay deterioro, puede ser referido a otro nivel de atención"(Jose Lopez Resen, 2006)*

Como indica JoséLópez se identifican este tipo de pacientes en la guardia y se los deriva al consultorio correspondiente, explicándoles que el tiempo de espera va supeditado al nivel de urgencia de los pacientes. Es importante para poder bajar la ansiedad que estos tengan en cuenta que si ingresan pacientes con mayor urgencia que ellos, independientemente hayan llegado mucho después tienen que tener la paciencia correspondiente dentro la sala de espera.

### ***La enfermera de recepción, acogida y clasificación.***

“El constante aumento del número de consultas que se realizan en los servicios de urgencias hospitalarios, hace que sea imprescindible disponer de un sistema para clasificar pacientes que acuden a nuestros servicios en función de su posible gravedad para atender de forma prioritaria al que más lo necesita. A esta actividad se le ha venido llamando tradicionalmente Triage. Este término por su significado y aplicación histórica debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por accidentes o catástrofes y, por tanto, de aplicación al entorno extrahospitalario. En el ámbito de las urgencias hospitalarias se ha introducido el término de RECEPCIÓN, ACOGIDA y CLASIFICACIÓN (RAC). La RAC (término que en urgencias hospitalarias debe sustituir a Triage) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial, por niveles de gravedad, y su correspondiente clasificación y ubicación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos.

Para que esta actividad sea efectiva y eficiente, debe aplicar unos sistemas de clasificación de pacientes validados y/o consensuados, pero además debe mantener y reforzar la relación interpersonal entre usuario /víctima y profesional sanitario.

### *Acciones de enfermería*

1. Valoración general de estado de gravedad
2. Toma de Presión arterial, temperatura, pulso y valoración respiratoria
3. Motivo de consulta
4. Alergias
5. ECG en caso de dolor torácico o epigástrico, síncope, arritmia captada en pulso.
6. Simultáneamente se aplica el procedimiento de clasificación de pacientes de fruto del cual el paciente queda encuadrado en uno de los cinco grupos del sistema (azul, verde, amarillo, naranja y rojo) Estas actuaciones deben incluir actividades de recepción y acogida: Dar la bienvenida, tranquilizar al usuario, darle apoyo emocional y seguridad e incluir información general sobre el funcionamiento del servicio de urgencias, zona de destino y tiempo de espera. “

Otras escalas de clasificación hacen mención a 4 o 5 niveles de prioridad en los que prima la atención médica. Sistema de cinco niveles basado en el Sistema Andorrano de Triage.

#### *Tabla 1º nivel de clasificación*

---

**Nivel 1- Resucitación.**

**Nivel 2- Emergencia.**

**Nivel 3-Urgente.**

**Nivel 4- Semiurgente.**

**Nivel 5-no urgente**

---

*Tabla 2º clasificación por gravedad, tiempo y color*

	Tiempo máximo	Color
Estado		
<b>Crítico.</b>	<i>0 minutos</i>	Rojo
<b>Emergencia.</b>	10 minutos	Naranja
<b>Urgencia.</b>	60 minutos	Amarillo
<b>Estándar.</b>	120 minutos	Verde
<b>No urgente.</b>	240 minutos	Azul

Cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en código de gravedad clínica, tiempo máximo y color de derivación.

(Díaz Chicano, 2005)

Según indica Díaz Chicano, que el triage ha quedado de lado al surgir un nuevo término en la clasificación de paciente, (ARC) Recepción, Acogida y Clasificación de acuerdo a la comprensión del problema, entorno y familia. Manteniendo y reforzando la relación interpersonal entre paciente, víctima y profesionales de la salud.

### *Concepto de Ansiedad*

“La ansiedad, estado emotivo y respuesta que surge cuando uno se halla expuesto a situaciones que impliquen peligro o amenaza, es una experiencia universal y cotidiana para todo ser humano. Es, además, una conducta que cumple una función esencialmente adaptativa. Ahora bien, la ansiedad puede ser también una conducta patológica, cuando, por la continuidad de las respuestas o la excesiva intensidad de las mismas, no se logra establecer el equilibrio entre el sujeto y los estímulos. Estamos, pues, ante un concepto complejo en el que existen implícitos diferentes significados. A ello ha contribuido el hecho de que la ansiedad es un tema abordado desde ámbitos disciplinarios muy diferentes (filosofía, biología, psicología, sociología, entre otros.) Pero especialmente esto ha sido favorecido por la pluralidad teórica de la psicología que lleva a cada teoría a proponer un modelo explicativo de la ansiedad. A pesar de ello, los progresos actuales sobre el conocimiento de los mecanismos de la ansiedad y sus consecuencias, permiten que se haya llegado al acuerdo de un concepto de ansiedad, válido desde los distintos ámbitos

disciplinarios y teóricos, como una forma de conducta compleja y multidimensional en la que existen componentes de respuesta fisiológica, motora y subjetivo-cognitivos. Este patrón de conducta surge cuando un individuo se halla expuesto a estímulos interpretados como amenazantes, bien porque objetivamente lo sean, o porque él subjetivamente así lo vivencia.

*Tabla 1° comparación de ansiedad*

<b>Ansiedad normal</b>	<b>Ansiedad patológica</b>
<b>*Poco intenso o persistente.</b>	*Profunda y recurrente.
<b>*Impulso positivo/ productivo.</b>	*Interfiere en el rendimiento.
<b>*Adaptativa.</b>	*Desorganizadora de la conducta adaptativa.
<b>* Adecuada al estímulo.</b>	*Inadecuada o desproporcionada el estímulo.
<b>*No limita las posibilidades y libertades al sujeto.</b>	*Corta las posibilidades de pensar y actuar.

(Gonzalez Martinez, 1993)

El concepto de ansiedad según, González Martínez, es un estado emocional que pone al individuo en estado de alerta antes experiencias cotidianas se vuelve patológico cuando esta conducta perdura y se vuelve excesiva.

# Capítulo III

# Metodología de la investigación

## **Población**

La población son todos los pacientes atendidos en el hospital Dr. Diego Paroissien durante la gestión mayo agosto 2016.

## **Unidad de análisis**

Todos los pacientes atendidos por guardia en el hospital Dr. Diego Paroissien

## **Muestra y muestreo**

Pacientes atendido por el personal del Triage de enfermería de la guardia del hospital DR. Diego Paroissien

## **Criterio de inclusión y criterio de exclusión**

Criterio de inclusión: La guardia del hospital Dr. Diego Paroissien.

Criterio de exclusión todos los servicios que presta el hospital Dr. Diego Paroissien excepto la guardia.

## Sitio donde se realiza la investigación

El trabajo de investigación se realiza en la guardia del hospital Dr. Diego Paroissien ubicado en Juan Manuel de Rosa 1765 a la altura del km 21 Isidro Casanova, Partido La Matanza provincia de Buenos Aires.

El partido de La Matanza, se encuentra situado en el centro oeste de Buenos Aires; representa el partido con mayor densidad de población, ya que supera a gran cantidad de provincias Argentinas y constituye el único caso de un municipio, que es al mismo tiempo el 1er, 2do, y 3er cordón o anillo del áreametropolitana de Buenos Aires (Montechiari, 2005). Con respecto a la cantidad de habitantes, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas efectuado en el año 2010, este partido presenta una población total de 1.775.816 habitantes, lo que amerita que sea una de las zonas más densamente pobladas del país, donde el 50 % de la población se distribuye en 5 localidades principales: San Justo, Gregorio de Laferrere, González Catán, Ramos Mejía e Isidro Casanova (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

Continuando con las ideas de Montechiari, un dato de importancia es el relacionado con el nivel socio-económico que presenta el partido de La Matanza, siendo medio/bajo colocándose en segundo lugar con respecto al cordón de pobreza. Debido a que cada región de salud posee características socioeconómicas y culturales muy disímiles, se debería pensar en una reforma del sector que pueda combatir la situación existente de inequidad e ineficiencia, asegurando el acceso universal a la salud, ejerciendo una atención de calidad, siendo para ello necesario reconocer las capacidades y limitaciones del sistema. En lo que refiere a los establecimientos ubicados dentro de la localidad de La Matanza, su estructura cuenta con tres hospitales de perfil materno infantil, un hospital de niños, siete centros de salud y cuarenta y siete unidades de salud. Por otro lado, cada región de salud la compone un hospital local de referencia con un determinado perfil de equipamiento. Sin embargo, según al sector que un individuo pertenece, junto con el status laboral que éste goza, tendrá la posibilidad o no de estar protegido en cuanto a la calidad de atención sanitaria que reciba. Lo que se acentúa aún más en el caso

los trabajadores del sector informal, para quienes es indispensable contar con los hospitales públicos, junto con la atención primaria o secundaria de forma gratuita (Artola, 2012). En lo que respecta al hospital Dr. Diego Paroissien, el mismo se construye en el año 1971. Dicho nosocomio es el efector público provincial del partido definiéndose como un Hospital Interzonal ya que supone una atención médica integral, y además tanto su presupuesto como la planta de personal y la política de salud dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Montechiari, 2005). De acuerdo con la monografía desarrollada por el Dr. Ricardo Ángel La Valle, profesional empleado del hospital Paroissien por más de veinte años, este centro de salud ubicado en la localidad de Isidro Casanova, trajo aparejadas desde sus inicios amplias dificultades en su funcionamiento. Se incluyen además, los reclamos incesantes de los pacientes en estado de exclusión, los cuales no pueden obtener una respuesta junto con la atención necesaria que necesitan para gozar de una vida saludable. Dicha situación, provoca que el hospital carezca de prestigio y de estimación (La Valle, 2004).”

*Tabla 1. Población por localidad: Regional sanitaria XII*

Región sanitaria	Localidad	Población
I	González catan	190,097,00
	Virrey del Pino	34,178,00
	20 de Junio	2,375,00
II	Gregorio de Laferrere	172,952,00
	Rafael Castillo	22,034,00
	Isidro Casanova	133,656,00
	Ciudad Evita	63,466,00
III	San Justo	284,534,00
	Villa Luzuriaga	84,734,00
	Ramos Mejía	140,006,00
	Lomas del mirador	57,452,00
	Villa Madero	82,032,00

Tapiales	17,932,00
Tablada	67,070,00
Aldo Bonzi	13,345,00

Fuente: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires RINCE – PROGRAMA AMARTYA SEN – UNLaM  
Edición 2014 ISSN 1852-3239 - <http://rince.unlam.edu.ar>

<b>Servicios</b>	<b>Ambulatorio</b>	<b>Internación</b>	<b>Urgencias</b>
CARDIOLOGIA	X	X	
CLINICA MEDICA	X	X	
CIRUGIA GENERALC	X	X	
DERMATOLOGIA	X	X	
FONOAUDIOLOGIA	X	X	
GASTROENTEROLOGIA	X	X	
GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL	X	X	
GUARDIA OBSTETRICA	X	X	X
GUARDIA PEDIATRICA	X	X	X
HEMATOLOGIA	X	X	
INFECTOLOGIA INFANTIL Y ADULTO	X	X	
NEFROLOGIA	X	X	
NEUROLOGIA INFANTIL Y ADULTO	X	X	
NEONATOLOGIA	X	X	
NEUMONOLOGIA	X	X	

NEUMONOLOGIA	X	X	
PEDIATRICA			
TRAUMATOLOGIA INFANTIL Y ADULTO	X	X	
NUTRICION	X	X	
NUTRICION PEDIATRICA	X	X	
OFTALMOLOGIA	X	X	
PEDIATRIA	X		
PSICOLOGIA	X	X	
PSIQUIATRIA	X		
TRABAJO SOCIAL	X	X	
UROLOGIA	X	X	
PROGRAMA ESPECIAL	X		
SALUD REPRODUCTIVA	X		
GAR (GRUPO ALTA CONPLEGIDAD)	X		
TERAPIA INTENCIVA	X	X	X
TERAPIA NEONATAL	X	X	X
TOCOGINECOLOGIA	X	X	
UNIDALCO (UNIDAD DE ALCOHOLISMO)	X		

## Tipo de estudio

Tipo de estudio: cualitativo

Diseño de investigación- acción

La finalidad de la investigación es resolver problemas cotidianos e inmediatos (Álvarez-gayou, 2003) y mejorar practicas concretas. Su propósito fundamental se centra en aportar información que guíen la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales. Sandio (2003, p 161) señala que la investigación-acción pretende, esencialmente “propiciar el cambio social transformar la realidad y que las personas tomen conciencia de su papel en ese proceso de transformación”. Por su parte, Eliot (1991) conceptúa a la investigación-acción como el estudio de una situación social con miras a mejorar la calidad de la acción dentro de ella. Para León y montero (2002) representa el estudio de un contexto social donde mediante un proceso de investigación con pasos “en espiral”, se investiga al mismo tiempo que se interviene.

Cohorte transversal, retrospectivo, “tiene como característica la recolección de datos en un único momento” El trabajo es un corte transversal porque se realizó un corte en el tiempo y se trabajó retrospectivamente desde ese punto del tiempo.



## Instrumento

El instrumento utilizado, se trata de una encuesta que se les fue entregada a los usuarios de la guardia del hospital, de preguntas sencillas de responder.

Marcar con una x lo que corresponda.

1) Sexo:      masculino       femenino

2) ¿proporcionaron información clara sobre su estado de salud y el tiempo aproximado de espera?

Si       no

3) ¿Disminuyo la ansiedad y el nerviosismo teniendo un primer contacto con el equipo de salud?

Si       no

4) ¿Recibió algún tipo de contención durante el tiempo de espera?

Si       no

5) calificar su satisfacción con el servicio brindado por el personal de enfermería.

Totalmente satisfecho

Satisfecho

Poco satisfecho

Insatisfecho

6) cual es el grado de satisfacción según el tiempo de espera.

Totalmente satisfecho

Satisfecho

Poco satisfecho

Insatisfecho

7) con qué frecuencia visita la guardia del hospital.

¿Primera vez?

¿Más de dos veces?

¿O múltiples ocasiones?

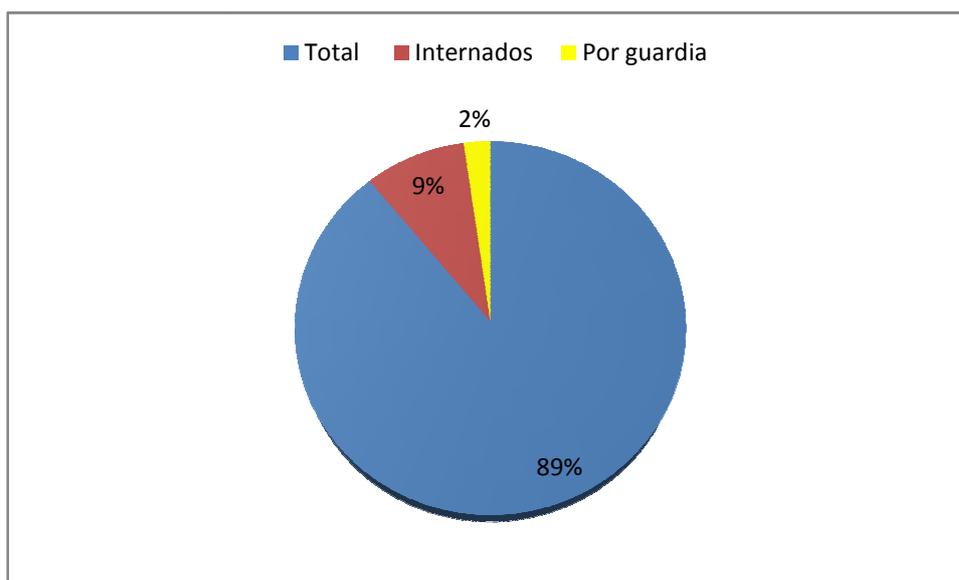
¿Volvería a la guardia?

# Capítulo IV

## Resultados y experiencia

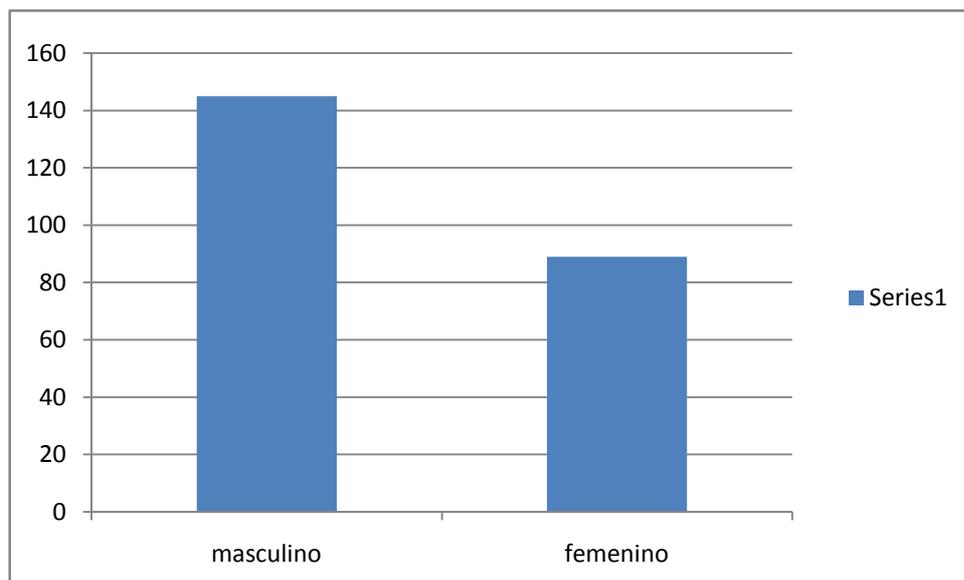
## Tablas y gráficos

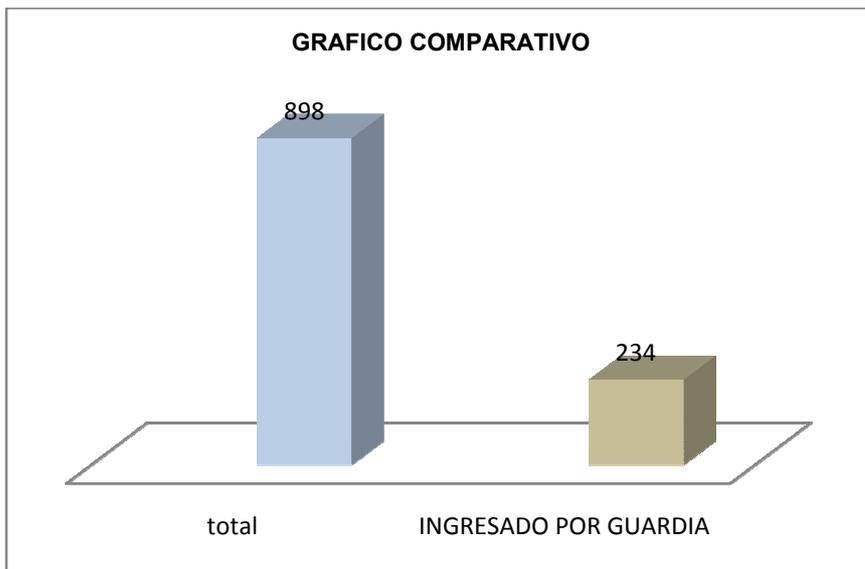
Pacientes atendidos en el hospital		
Total	Internados	Por guardia
9243	898	234



En este gráfico se puede observar la gran demanda de usuarios que utilizan el hospital Interzonal provincial y público.

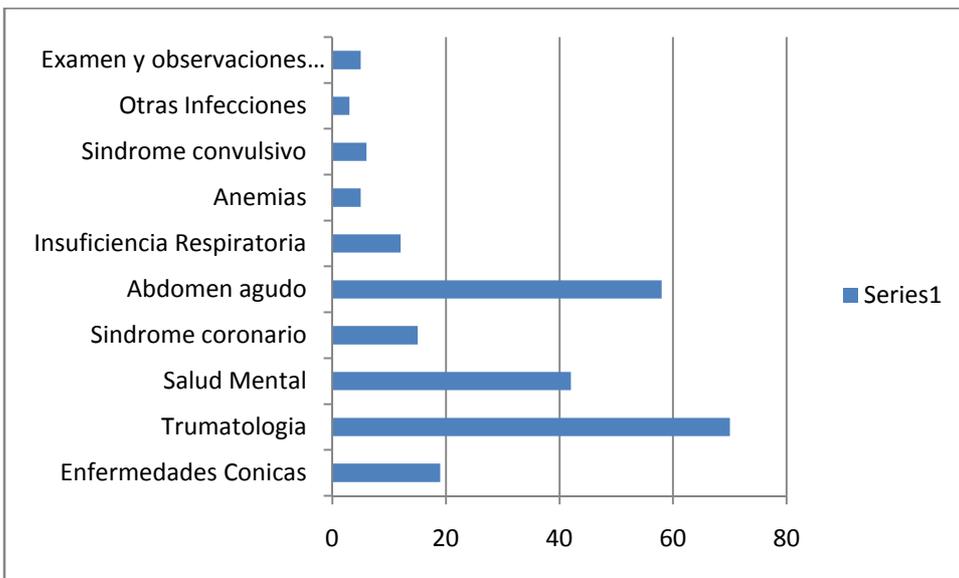
ingreso de pacientes por guardia				
Genero	Cantidad	Ingreso por guardia	total	INGRESADO POR GUARDIA
masculino	352	145		
femenino	546	89	898	234





En la guardia solo hay registro de las personas q son internadas, no de las personas que visitan por día dicho lugar.

Patologías	Totales
Enfermedades Crónicas	19
Traumatología	70
Salud Mental	42
Síndrome coronario	15
Abdomen agudo	58
Insuficiencia Respiratoria	12
Anemias	5
Síndrome convulsivo	6
Otras Infecciones	3
Examen y observaciones consecutivas	5



## Conclusiones y recomendaciones

Con la crisis que atraviesa el país, la Argentina se encuentra con un mayor número de desempleados, sin cobertura médica, con bajo recursos económico para pagar una prepaga, estos se ven obligado a utilizar los hospitales públicos y provincial, lo cual se ven colapsados por la gran demanda de usuario, dichos hospitales no cuenta con recursos materiales y humano, ofrecen una calidad baja en la atención del paciente.

El partido de La Matanza, se encuentra situado en el centro oeste de Buenos Aires; representa el partido con más densidad de población en el censo del año 2010 este partido presenta una población de 1.775.816 habitantes donde el 50% está distribuido en cinco localidades san justo, Gregorio de Laferrere, González Catán Ramos Mejía.

Relacionado con el nivel socio económico la matanza se coloca en el segundo lugar de pobreza.

En lo que respecta al hospital Dr. Diego Paroissien Interzonal, publico, provincia donde se realizó este trabajo, es la más afectada y vulnerable por la cantidad de paciente que concurre, lo cual la ansiedad se incrementa durante el tiempo de espera, se clasificara según riesgo vital dándole prioridad, utilizando una guía de la adaptación de clasificación de urgencia en cinco niveles de complejidad, brindando una mejor atención y calidad al paciente.

## Referencia bibliográfica

1. altamirando, j. k. (2014). estudio sobre la infraestructura fisica del area del hospital DR Paroissien de isidro casanova. *Revista Rince* .
2. Carli, A. (2008). *la ciencia como herramienta* . editorial biblos metodologia.
3. Diaz chicano, j. f. (2005). la enfermera de recepcion, acogida y clasificacion. *enfermeria global* .
4. Dr Collado Carlos Fernandez, D. L. (2010). *Metodología de la investigacion*. mexico: McGRAW Hill.
5. Gonzalez Martinez, M. t. (1993). *Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional*. España: Ediciones Universidad de salamanca.
6. Internetional, N. (2009 - 2011). *Diagnosticos enfermeros*. españa: T. Heather Herdman,phd,rn.
7. Jose Lopez Resen, M. D. (2006). *Medicina Interna Pg. 310 a 312*. Mexico: Santillana.
8. juan, S. (1999). *Epistemologia y Metodologias*. Eudeva, 3ª edicion.
9. nector perrone, I. T. (2007). estado de salud en la argentina. *Revista de la maestria en salud publica*
10. Roberto Méndez Catasús, Elvira González Salomo. Triage de enfermería[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65571998000100009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65571998000100009&script=sci_arttext).
11. J Reséndiz, M Montiel, R Limoná.<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064k.pdf>.
12. W. Soler<sup>3</sup>, M. Gómez Muñoz<sup>3</sup>, E. Bragulat<sup>2</sup>, A. Álvarez<sup>1</sup>.[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext&tlng=e)
13. Gerardo José Illescas Fernández.  
[https://scholar.google.com.ar/citations?view\\_op=view\\_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as\\_sdt%3D0,5%26scilib%3D1%26scioq%3Dtiempo%2Bde%2Bespera%2Ben%2Btriage%2Bde%2Benfermeria&citilm=1&citation\\_for\\_view=R0TpUw0AAAAJ:lJCSPb-OGe4C&hl=es&oi=p](https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1%26scioq%3Dtiempo%2Bde%2Bespera%2Ben%2Btriage%2Bde%2Benfermeria&citilm=1&citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:lJCSPb-OGe4C&hl=es&oi=p).
14. Ma Del Carmen Álvarez Baza.[https://scholar.google.com.ar/citations?view\\_op=view\\_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as\\_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation\\_for\\_view=R0TpUw0AAAAJ:UeHWp8X0CEIC&hl=es&oi=p](https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:UeHWp8X0CEIC&hl=es&oi=p)
15. GM Núñez Rocha, FJ Flores Guerrero, AM Salinas Martínez, E Villarreal Ríos, ME Garza Elizondo[https://scholar.google.com.ar/citations?view\\_op=view\\_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as\\_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation\\_for\\_view=R0TpUw0AAAAJ:2osOgNQ5qMEC&hl=es&oi=p](https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:2osOgNQ5qMEC&hl=es&oi=p).
16. Josefina Manosalva Murillo[https://scholar.google.com.ar/citations?view\\_op=view\\_citation&continue=/scholar%3F](https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3F)

[hl%3Des%26as\\_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation\\_for\\_view=R0TpUw0AAAAJ:9yKSN-GCB01C&hl=es&oi=p](#)

17. Sergio Martínez

Veny[https://scholar.google.com.ar/citations?view\\_op=view\\_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as\\_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation\\_for\\_view=R0TpUw0AAAAJ:d1gkVwhDpl0C&hl=es&oi=p](https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&citilm=1&citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:d1gkVwhDpl0C&hl=es&oi=p)

18. Julián Pérez porto y Ana Gardey(<http://definición.de/ansiedad/>)

19. Wikipedia la enciclopedia libre. [https://es.wikipedia.org/wiki/Sala\\_de\\_espera](https://es.wikipedia.org/wiki/Sala_de_espera)

20. Agueda Fernández García <http://hdl.handle.net/10651/19466>

21. Juan Francisco, Díaz Chicanó<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/505/0>

22. Néstor Perrone, Lucrecia Teixidó, Estado de salud en la Argentina.  
[file:///C:/Users/Invitado/Downloads/estado\\_y\\_salud\\_arg.pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/estado_y_salud_arg.pdf)

23. Moreno Rodríguez, Ana La Calidad asistencial, Evaluación, Enfermería[file:///C:/Users/Invitado/Downloads/522-2366-2-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/522-2366-2-PB%20(2).pdf).

24. Veronelli, Juan Carlos, Veronelli Correch, Magali, OPS Buenos Aires <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3477> <http://www.who.int/iris/handle/10665/165707> Publications/publicaciones- Argentina,

25. Santana Nunes Alves Casarin<sup>1</sup> Tereza Cristina Scatena Villa<sup>2</sup> Maria Helena Larcher Caliri<sup>2</sup> Roxana Isabel Cardozo Gonzales<sup>3</sup> Cinthia Midori Sasaki<sup>4</sup>, Revista Latino-am Enfermagem 2001 julho; 9(4):88-90, [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf).

# Anexo

## Fichas bibliográficas

### Ficha 1

Nombre del documento	Metodología de la investigación.
Autor	Collado F. Carlos, Lucio B. Pilar, Sampieri H. Roberto
Referencia bibliográfica	Metodología de la investigación, 5ta edición, editorial Mc Graw-Hill, México, 2010.
Palabra clave búsqueda	Investigación, metodología, diseño, tesis.
Palabra clave del artículo	Metodología, Investigación, enfoques.
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la biblioteca donde se encuentra.	Libro digitalizado. <a href="http://www.bibliotecas.uvmnet.edu/portico/doc/boletines/Sureste/MER/MER_Septiembre2011.pdf">http://www.bibliotecas.uvmnet.edu/portico/doc/boletines/Sureste/MER/MER_Septiembre2011.pdf</a> .
Descripción	Este libro aborda conceptos desde tipos de enfoques hasta como se formula una hipótesis.  Los conceptos menos complejo que utilizamos fueron:  Tema, planteamiento del problema, objetivos generales y específicos, así como los tipos de variables, definición, diseño metodológico.

<p>Conceptos abordados</p>	<p>Enfoque cuantitativo, cualitativo y mixto, ideas, temas de investigación, planteamiento del problema, objetivos generales y específicos, preguntas de investigación, justificación de la investigación, base de datos, marco teórico, revisión de la literatura, fuentes primarias y secundarias, investigaciones descriptivas, explicativas exploratorios y correlacionales, hipótesis, variables, definición operacional, diseño de investigación, valides, unidades de análisis, muestras, población o universo, medición, valides.</p>
<p>Observaciones</p>	<p>La obra se refiere a un tipo particular de investigación: <i>la investigación científica</i>.</p> <p>Con la aplicación del proceso de investigación científica en cualquiera de sus modalidades se desarrollan nuevos entendimientos, los cuales a su vez producen otras ideas e interrogantes para estudiar. Es así como avanzan las ciencias y la tecnología.</p>

Ficha 2

Nombre del documento	La ciencia como herramienta, guía para la investigación y realización de informes monografías y tesis científicas.
Autor	Carli Alberto.
Referencia bibliográfica	Alberto Carli. La ciencia como herramienta. Editorial Biblos, metodologías, 2008.
Palabra clave búsqueda	Investigación.
Palabra clave del artículo	Ciencia, investigación, tesis, monografía.
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la biblioteca donde se encuentra.	Libro digitalizado. <a href="http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v72n3/v72n3a09.pdf">http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v72n3/v72n3a09.pdf</a>
Descripción	Los diversos capítulos plantean un recorrido imprescindible para quien se enfrenta a la tarea de presentar un informe, una monografía, una tesis: cómo abordar y estructurar un proyecto de investigación, los tipos y diseños de investigación, la construcción del dato científico, la hipótesis, la búsqueda de información, la recolección y el ordenamiento de los datos para finalizar con la redacción y la presentación que dará a conocer los resultados.
Conceptos abordados	Ciencia, investigación, población, muestras, etapas del proceso de la investigación, validación conceptual, empírica, operativa y expositiva, estructura de un proyecto, tipos y los diseños de la investigación, datos científicos, objetivos generales y específicos, hipótesis, recolección de datos búsqueda bibliográfica.

Observaciones	Aunque el libro de este autor es algo complejo a diferencia de otros autores abordados, en el momento de abordar ciertos conceptos como hipótesis y objetivos generales y específicos nos fue de gran utilidad las definiciones que nos proporcionaba el autor.
---------------	---

### Ficha 3

Nombre del documento	Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación.
Autor	Juan Samaja.
Referencia bibliográfica	Samaja Juan. Epistemología y metodologías. Editorial Eudeva, 3° edición, 1999.
Palabra clave de búsqueda	Investigación.
Palabra clave del artículo	Metodología, investigación.
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la biblioteca donde se encuentra.	Libro personal.
Descripción	<p>El proceso de investigación no es una entidad por sí misma, sino algo que aparece como siendo realizado por unos seres muy “concretos” y singulares: los científicos. En este sentido se puede decir que la investigación científica es eso que hacen los científicos cuando investigan.</p> <p>Durante este proceso ocurre de manera actual lo que en las facultades actuales se encuentran de una manera potencial. Pero esta puesta en acción de las facultades del investigador persiguen un fin: para obtener un cierto producto. Es posible decir que este producto tiene al menos dos grandes finalidades fácilmente reconocibles:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Producir conocimientos, por los conocimientos mismos( por el placer que ocasiona la contemplación de lo desconocido o la resolución de los</li></ul>

	<p>enigmas que se plantean a nuestra conciencia)</p> <p>✓ Producir conocimientos por la consecuencia técnica y por ende, prácticas que de ello se pueden extraer).</p> <p>A estas dos finalidades reconocidas universalmente se agrega otra, mucho menos notoria, vinculadas a los procesos de estabilidad ideológica, y consecuentemente política de las sociedades humanas. Esta finalidad existe aun cuando la investigación sea efectuada para una empresa privada, o para una repartición estatal o incluso bajo la protección de un mecen sin embargo como en esta descripción inicial aborda al proceso de investigación prescindiendo momentáneamente de las formas social determinadas bajo las que pueden transcurrir, dejare para más adelante la descripción de común se vinculan entre si estas tres finalidades. A- conocimiento por sí mismo. B-el conocimiento como instrumento de la práctica. C-el conocimiento como autorregulación de la vida social.</p>
Descripción	<p>El proceso de investigación no es una entidad por sí misma, sino algo que aparece como siendo realizado por unos seres muy “concretos” y singulares: los científicos. En este sentido se puede decir que la investigación científica es eso que hacen los científicos cuando investigan.</p> <p>Durante este proceso ocurre de manera actual lo que en las facultades actuales se encuentran de una manera potencial. Pero esta puesta en acción de las facultades del investigador persiguen un fin: para obtener un cierto producto. Es posible decir que este producto tiene al menos dos grandes</p>

	<p>finalidades fácilmente reconocibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Producir conocimientos, por los conocimientos mismos( por el placer que ocasiona la contemplación de lo desconocido o la resolución de los enigmas que se plantean a nuestra conciencia)</li> <li>✓ Producir conocimientos por la consecuencia técnica y por ende, prácticas que de ello se pueden extraer).</li> </ul> <p>A estas dos finalidades reconocidas universalmente se agrega otra, mucho menos notoria, vinculadas a los procesos de estabilidad ideológica, y consecuentemente política de las sociedades humanas. Esta finalidad existe aun cuando la investigación sea efectuada para una empresa privada, o para una repartición estatal o incluso bajo la protección de un mecen sin embargo como en esta descripción inicial aborda al proceso de investigación prescindiendo momentáneamente de las formas social determinadas bajo las que pueden transcurrir, dejare para más adelante la descripción de común se vinculan entre si estas tres finalidades. A- conocimiento por sí mismo. B-el conocimiento como instrumento de la práctica. C-el conocimiento como autorregulación de la vida social.</p>
Conceptos abordados.	Investigación.
Observaciones	El proceso de investigación sirve para la obtención de conocimientos que pueden aplicarse a distintos ámbitos.

Ficha 4

NOMBRE DEL DOCUMENTO	Triage
AUTOR	Roberto Méndez Catasús, Elvira González Salomo
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	
PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA	Triage de enfermería
PALABRAS CLAVES DEL ARTICULO	Triage
UBICACIÓN Y/O CLASIFICACION TOPOGRAFICA DE LA BIBLIOTECA DONDE SE ENCUENTRA	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65571998000100009&amp;script=sci_arttext">http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65571998000100009&amp;script=sci_arttext</a>
DESCRIPCION	Este método permite clasificar o agrupar pacientes de acuerdo con la categoría y calidad de sus lesiones, y se usa mundialmente ante la ocurrencia de bajas masivas producidas durante las guerras y otros desastres.
CONCEPTOS ABORDADOS	Clasificación del paciente durante guerras o catástrofe.
OBSERVACIONES	Categorizara al paciente según su afección vital

Ficha 5

NOMBRE DEL DOCUMENTO	Triage en el servicio de urgencias
AUTOR	J Reséndiz, M Montiel, R Limoná
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	
PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA	Triage de enfermería
PALABRAS CLAVES DEL ARITUCULO	Triage
UBICACIÓN Y/O CLASIFICACION TOPOGRAFICA DE LA BIBLIOTECA DONDE SE ENCUENTRA	<a href="http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064k.pdf">http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064k.pdf</a>
DESCRIPCION	<p>El proceso de clasificación de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y a la saturación que, en ocasiones, sufren dichos servicios, sin ser situaciones de desastres,</p> <p>Catástrofes o alguna otra contingencia masiva. La clasificación de los pacientes se ha venido realizando formal o informalmente desde que aparecieron los servicios de urgencias hospitalarios, pero es necesario establecer un manejo eficiente del equipo de dicho servicio, que sea capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente, de establecer prioridades y de implantar un tratamiento</p> <p>Adecuado mediante la investigación y la primera disposición de recursos. Entre los procesos de clasificación de pacientes existe uno que se inició con las guerras en el ejército de Napoleón y que se denominó Triage. Se aplicó de nuevo en la primera y segunda Guerra Mundial. Con todos estos antecedentes se realizaron una revisión de la bibliografía mundial acerca del Triage en el servicio de urgencias. Se encontró que el sistema con mayores controles, confiabilidad, reproducibilidad y validación estadística es el</p>

	sistema de Triage de cinco niveles
CONCEPTOS ABORDADOS	Clasificación de los pacientes, servicios de urgencias.
OBSERVACIONES	Saturación de los servicios de la guardias hospitalarias, sin ser catástrofe por la demanda q estos tienen

## Ficha 6

NOMBRE DEL DOCUMENTO	El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias
AUTOR	W. Soler <sup>3</sup> , M. Gómez Muñoz <sup>3</sup> , E. Bragulat <sup>2</sup> , A. Álvarez <sup>1</sup>
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	Mi SciELO
PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA	Tiempo de espera en triage de enfermería
PALABRAS CLAVES DEL ARITUCULO	Triage. Servicio de Urgencia Hospitalario. Indicadores de calidad. Sistema de triage Manchester. Sistema de triage español.
UBICACIÓN Y/O CLASIFICACION TOPOGRAFICA DE LA BIBLIOTECA DONDE SE ENCUENTRA	<a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&amp;script=sci_arttext&amp;lng=e">http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&amp;script=sci_arttext&amp;lng=e</a>
DESCRIPCION	<p>El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan sistemas de triage estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. El sistema español de triage (SET) y el sistema de triage Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país, pero analizamos también el sistema de triage elaborado en Navarra que se integra en la historia clínica informatizada (HCI) y que se utiliza en toda la red pública hospitalaria de Navarra. Todos son sistemas multidisciplinares basados en motivos y en la urgencia de la consulta pero no en diagnósticos y son llevados a cabo por enfermería con apoyo médico puntual. También todos incorporan elementos de monitorización de la calidad del propio servicio de urgencias y cuentan con proyección para poder ser aplicados en el ámbito extrahospitalario.</p>

CONCEPTOS ABORDADOS	El triage es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad la demanda de los pacientes.
OBSERVACIONES	Actualmente se utilizan sistemas de triage estructurado con cinco niveles de prioridad.

Ficha 7

NOMBRE DEL DOCUMENTO	Triage atención y clasificación de pacientes
AUTOR	Gerardo José Illescas Fernández
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	Trauma volumen9, número 2, página 48 a 56
PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA	Tiempo de espera en Triage de enfermería
PALABRAS CLAVES DEL ARTICULO	Triage atención y clasificación de paciente
UBICACIÓN Y/O CLASIFICACION TOPOGRAFICA DE LA BIBLIOTECA DONDE SE ENCUENTRA	<a href="https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1%26scioq%3Dtiempo%2Bde%2Bespera%2Ben%2Btriage%2Bde%2Benfermeria&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:ljCSPb-OGe4C&amp;hl=es&amp;oi=p">https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1%26scioq%3Dtiempo%2Bde%2Bespera%2Ben%2Btriage%2Bde%2Benfermeria&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:ljCSPb-OGe4C&amp;hl=es&amp;oi=p</a>
DESCRIPCION	Resumen En la atención de víctimas múltiples, el técnico en urgencias médicas y el médico se tienen que enfrentar a decisiones inherentes a la prioridad de cuidados y transportación de pacientes. En este artículo se revisan los orígenes de los sistemas de clasificación y algunos de los sistemas actualmente en uso para optimizar el cuidado de víctimas múltiples
CONCEPTOS ABORDADOS	Atención de víctimas múltiple, técnicos en urgencias
OBSERVACIONES	Optimizar el cuidado de víctimas múltiples.

Ficha 8

NOMBRE DEL DOCUMENTO	Triage en los servicios de urgencias: papel de la enfermera
AUTOR	Ma Del Carmen Álvarez Baza
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	Enfermería Clínica, volumen 11, número 5, página 230 238, editorial ElsevierDoyma
PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA	Tiempo de espera en triage de enfermería.
PALABRAS CLAVES DEL ARTÍCULO	
UBICACIÓN Y/O CLASIFICACION TOPOGRAFICA DE LA BIBLIOTECA DONDE SE ENCUENTRA	<a href="https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:UeHWp8X0CEIC&amp;hl=es&amp;oi=p">https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:UeHWp8X0CEIC&amp;hl=es&amp;oi=p</a>
DESCRIPCION	En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han producido cambios importantes en los últimos años. Estos cambios se han extendido al paciente, al hospital, a la comunidad Ya los profesionales dedicados al cuidado de la salud. El número de pacientes que acuden a estos servicios demandando asistencia ha aumentado considerablemente año tras año, creando serios problemas en la asistencia diaria y en la gestión de recursos humanos y materiales.
CONCEPTOS ABORDADOS	En la asistencia diaria, debido a la demanda de los servicios asistenciales ha creado serios problemas en la gestión de los recursos humano y material.
OBSERVACIONES	Problemas serios en la gestión de recursos humanos y material.

Ficha 9

NOMBRE DEL DOCUMENTO	¿Tiempo de espera?
AUTOR	GM Núñez Rocha, FJ Flores Guerrero, AM Salinas Martínez, E Villarreal Ríos, ME Garza Elizondo
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	Revista de Investigación clínica, volumen 56, número 3, paginas 314-320
PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA	Tiempo de espera en triage de enfermería.
PALABRAS CLAVES DEL ARTÍCULO	
UBICACIÓN Y/O CLASIFICACION TOPOGRAFICA DE LA BIBLIOTECA DONDE SE ENCUENTRA	<a href="https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:2osOgNQ5qMEC&amp;hl=es&amp;oi=p">https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:2osOgNQ5qMEC&amp;hl=es&amp;oi=p</a>
DESCRIPCION	Objetivo general: El objetivo del estudio fue evaluar el impacto del Triage en el Departamento de Emergencias (DE) de un hospital de segundo nivel de atención. Material y métodos: Diseño cuasi experimental, la población de estudio fueron los pacientes mayores De 15 años, que solicitaron consulta en el DE. Para medir el impacto del Triage se consideró el tiempo de espera en minutos y la satisfacción del paciente; se utilizó la escala del Triage Del Reino Unido, en la cual clasifican a los pacientes en cinco categorías.
CONCEPTOS ABORDADOS	Tiempo de espera en minutos y satisfacción del paciente.
OBSERVACIONES	Consultas al departamento de enfermería

Ficha 10

NOMBRE DEL DOCUMENTO	Rol de enfermería en el área del triage
AUTOR	Josefina Manosalva Murillo
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	Av. Enfermería, volumen 23, número 1, paginas 82-89
PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA	Tiempo de espera en triage de enfermería
PALABRAS CLAVES DEL ARTICULO	
UBICACIÓN Y/O CLASIFICACION TOPOGRAFICA DE LA BIBLIOTECA DONDE SE ENCUENTRA	<a href="https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:9yKSN-GCB0IC&amp;hl=es&amp;oi=p">https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:9yKSN-GCB0IC&amp;hl=es&amp;oi=p</a>
DESCRIPCION	En este artículo se presenta varias definiciones de Triage, objetivos, propiedades, conceptos de urgencia, emergencia y desastres; los escenarios, la clasificación, los lineamientos de valoración en el área, la prioridad de atención de los pacientes y, como Culminación del proceso, la importancia del papel de Enfermería en el área de Triage. Se destaca y se define la importancia de Enfermería para liderar y administrar el área de Triage En los servicios de urgencias del país. En la organización de los servicios de urgencias, ...
CONCEPTOS ABORDADOS	Se destaca y se define la importancia de enfermería en el área de Triage.
OBSERVACIONES	La importancia del papel de enfermería en el área del Triage

Ficha 11

NOMBRE DEL DOCUMENTO	Procedimiento del triage en la unidad de urgencia hospitalaria
AUTOR	Sergio Martínez Veny
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	Metas de enfermería, volumen 6, número 59,página 57-60, editorial Difusión Avances de Enfermería
PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA	Tiempo de espera en Triage de enfermería
PALABRAS CLAVES DEL ARTICULO	
UBICACIÓN Y/O CLASIFICACION TOPOGRAFICA DE LA BIBLIOTECA DONDE SE ENCUENTRA	<a href="https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:d1gkVwhDpl0C&amp;hl=es&amp;oi=p">https://scholar.google.com.ar/citations?view_op=view_citation&amp;continue=/scholar%3Fhl%3Des%26as_sdt%3D0,5%26scilib%3D1&amp;citilm=1&amp;citation_for_view=R0TpUw0AAAAJ:d1gkVwhDpl0C&amp;hl=es&amp;oi=p</a>
DESCRIPCION	Resumen La afluencia de pacientes hacia los servicios de urgencias de los hospitales ha sufrido un incremento a nivel mundial desde el siglo pasado. Este fenómeno ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar una primera valoración del paciente, para poder priorizar su atención y ubicarlo correctamente dentro de la unidad de urgencias. Este proceso de primera valoración recibe el nombre de "Triage". Para llevar a cabo de forma correcta el triage es necesario que exista personal entrenado y contar con una estructura.
CONCEPTOS ABORDADOS	Proceso de primera valoración recibe el nombre de Triage.
OBSERVACIONES	Para llevar a cabo de forma correcta el triage es necesario que exista personal entrenado y contar con una estructura.

Ficha 12

Nombre del documento	Definición de ansiedad
Autor	Julián Pérez porto y Ana Gardey
Referencia bibliográfica	Publicado: 2008 y actualizado: 2012
Palabra clave de búsqueda.	Definición de ansiedad
Palabra clave del artículo.	Definición de ansiedad
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	( <a href="http://definición.de/ansiedad/">http://definición.de/ansiedad/</a> )
Descripción	<p>El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino anxietas. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación con y el descanso del paciente cabe resaltar q no siempre es una patología, sino que es una emoción común como el miedo o la felicidad. La ansiedad, en este sentido es necesaria para sobrevivir antes ciertos riesgos ya que pone a la persona en alerta. Cuando un individuo se encuentra en un estado de ansiedad, sus facultades de percepción aumentan ya que se registra una necesidad del organismo de aumentar el nivel de ciertos elementos que, antes la situación, están por debajo de lo normal. El sistema dopaminérgico es el que se encarga de dar las alertas al organismo de aquello que necesita, liberando señales al sistema nervioso central. Lo hace cuando tenemos hambre, sed o sueño, y nos lleva a buscar todos los medios por satisfacer esa necesidad. Así mismo, es el encargado de liberar adrenalina cuando estamos frente a situaciones a las que debemos enfrentarnos. Se trata de una cadena que consiste en: 1) Alerta amarilla, 2) Alerta roja y 3) consecución del objetivo; cuando la cadena se rompe, se produce una situación de ansiedad o estrés atípica que puede llevar a la</p>

	<p>resolución del peligro o a sucumbir ante el miedo. Es decir que cuando esta facultad innata del individuo se tornapatología, aparece un trastorno de ansiedad. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos trastornos incluyen a los ataques de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y las fobias. Para superar los trastornos de ansiedad, los profesionales pueden suministrar remedios ansiolíticos o sugerir terapias psicológicas.</p> <p>La respuestas que genera la ansiedad en una persona son: huir o luchar. En la antigüedad estos mecanismos surgían al tener que enfrentarse a las dificultades que la vida en la naturaleza les presentaba; pese a que hoy ya no existen esos problemas, han surgido otros nuevos que generan estrés y ansiedad en las personas. El peligro a veces es real, pero otras veces se encuentra condicionado por las experiencias que cada individuo haya tenido que enfrentar previamente; esto último ocurre, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad. Cuando un individuo se encuentra en un estado de ansiedad, sus facultades de percepción aumentan ya que se registra una necesidad del organismo de aumentar el nivel de ciertos elementos que, antes la situación, están por debajo de lo normal.</p>
Conceptos abordados	<p>Cuando un individuo se encuentra en un estado de ansiedad, sus facultades de percepción aumentan ya que se registra una necesidad del organismo de aumentar el nivel de ciertos elementos que, antes la situación, están por debajo de lo normal.</p>
Observaciones	<p>La ansiedad, en este sentido es necesaria para sobrevivir antes ciertos riesgos ya que pone a la persona en alerta.</p>

Ficha 13

Nombre del documento	Sala de espera
Autor	Wikipedia la enciclopedia libre
Referencia bibliográfica	Wikimediacommons
Palabra clave de búsqueda.	Definición de sala de espera
Palabra clave del artículo.	Definición de sala de espera
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<a href="https://es.wikipedia.org/wiki/Sala_de_espera">https://es.wikipedia.org/wiki/Sala_de_espera</a>
Descripción	La sala de espera es un edificio, o una parte de un edificio donde la gente se sienta o permanece de pie hasta que el hecho que está esperando ocurre.
Conceptos abordados	Es la parte de un edificio donde la gente permanece a la espera hasta que ocurra el hecho.
Observaciones	Es una parte del edificio donde la gente permanece hasta que llegue su turno de atención.

Ficha 14

Nombre del documento	Satisfacción de los pacientes en un Servicio de Urgencias con los cuidados enfermeros
Autor	Agueda Fernández García
Referencia bibliográfica	
Palabra clave de búsqueda.	Satisfacción Pacientes Urgencias Cuidados enfermeros
Palabra clave del artículo.	Satisfacción Pacientes Urgencias Cuidados enfermeros
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<b><a href="http://hdl.handle.net/10651/19466">http://hdl.handle.net/10651/19466</a></b>
Descripción	La evaluación de la calidad de los servicios sanitarios se ha convertido en una tarea esencial de los sistemas de salud. Esta valoración puede realizarse a través de múltiples indicadores, además de los clásicos basados en la eficacia y la seguridad, se han añadido nuevos conceptos como la importancia de la satisfacción del paciente. Estudio descriptivo, observacional y transversal en el que se realiza una valoración de la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en Urgencias, relacionados con la accesibilidad al servicio: triage enfermero, la información y cuidados de enfermería abarcando tanto los aspectos técnicos como los psicológicos.
Conceptos abordados	Triage enfermero, la información y cuidados de enfermería abarcando tanto los aspectos técnicos como los psicológicos.
Observaciones	El triage de enfermería incorpora nuevo indicador, la valoración de la satisfacción de los pacientes con los cuidados de los enfermeros en urgencias relacionadas con la accesibilidad al servicio.

Ficha 15

Nombre del documento	LA ENFERMERA DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN.
Autor	Juan Francisco, Díaz Chicano
Referencia bibliográfica	
Palabra clave de búsqueda.	Urgencias; triage; clasificación de pacientes; RAC; emergency; triage; classification of patients; RAC
Palabra clave del artículo.	LA ENFERMERA DE RECEPCIÓN, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN.
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<a href="http://revistas.um.es/eglobal/article/view/505/0">http://revistas.um.es/eglobal/article/view/505/0</a>
Descripción	<p>El constante aumento del número de consultas que se realizan en los servicios de urgencias hospitalarios, hace que sea imprescindible disponer de un sistema para clasificar pacientes que acuden a nuestros servicios en función de su posible gravedad para atender de forma prioritaria al que más lo necesita.</p> <p>A esta actividad se le ha venido llamando tradicionalmente Triage. Este término por su significado y aplicación histórica debe quedar circunscrito, en la terminología sanitaria, para definir la clasificación de víctimas producidas por accidentes o catástrofes y, por tanto, de aplicación al entorno extrahospitalario. En el ámbito de las urgencias hospitalarias se ha introducido el término de RECEPCIÓN, ACOGIDA y CLASIFICACIÓN (RAC).</p> <p>La RAC (término que en urgencias hospitalarias debe sustituir a Triage) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial, por niveles de gravedad, y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de</p>

	<p>urgencias en el que nos encontremos.</p> <p>La RAC es una actividad propia de enfermería, como así lo reconocen los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y c); artículo 7.1 y 2 a).</p> <p>Para que esta actividad sea efectiva y eficiente, debe aplicar unos sistemas de clasificación de pacientes validados y/o consensuados, pero además debe mantener y reforzar la relación interpersonal entre usuario /víctima y profesional sanitario.</p> <p>En nuestro Hospital, la actividad de RAC la realiza la enfermería del servicio de urgencias, y el sistema de clasificación de pacientes adoptado es el MTS o Sistema de Triage Manchester.</p>
Conceptos abordados	Nueva actividad en el triage de enfermería la RAC (recepción, acogida y clasificación)
Observaciones	La RAC (término que en urgencias hospitalarias debe sustituir a Triage) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes y su ecosistema, entorno y familia, desde la óptica asistencial, por niveles de gravedad, y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos

Ficha 16

Nombre del documento	ESTADO Y SALUD EN LA ARGENTINA
Autor	Néstor Perrone, Lucrecia Teixidó
Referencia bibliográfica	Revista de la Maestría en Salud Pública ISSN: 1667-3700 · Año 5- Nº 10 · Diciembre 2007
Palabra clave de búsqueda.	Definición de hospitales públicos y privado en la republica argentina.
Palabra clave del artículo.	ESTADO Y SALUD EN LA ARGENTINA
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<a href="file:///C:/Users/Invitado/Downloads/estado_y_salud_arg.pdf">file:///C:/Users/Invitado/Downloads/estado_y_salud_arg.pdf</a>
Descripción	En las sociedades desarrolladas la salud ocupa, sin excepción, un lugar de particular preferencia, y esto se manifiesta en la madurez de los ordenamientos Organizativos alcanzados. Las configuraciones que adopta el sector salud son resultado del juego interactivo entre la Sociedad Civil y el Estado con la mediación del sistema político, que canaliza las expectativas y demandas de la primera, haciendo las objeto de decisión para encontrar respuestas en los órganos de gobierno. No se trata de una estructura rígida, sino cambiante con los tiempos y los contextos históricos. El sistema de salud argentino se conformó en el transcurso de nuestra historia sobre la base de la expansión temprana de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, la ayuda mutua entre connacionales, la incorporación de servicios de salud por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales.
Conceptos abordados	El sistema de salud es cambiante, interactivo entre la Sociedad Civil y el Estado con la mediación del sistema político, que canaliza las expectativas y demandas de la primera, haciendo las objeto de decisión para encontrar respuestas en los órganos de gobierno.

Observaciones	. El sistema de salud argentino se conformó en el transcurso de nuestra historia sobre la base de la expansión temprana de los hospitales públicos, el desarrollo del sector médico privado, la ayuda mutua entre connacionales, la incorporación de servicios de salud por parte de los sindicatos y la expansión de las obras sociales.
---------------	---

Nombre del documento	“Estudio sobre la infraestructura física del área de pediatría del hospital Dr. Diego Paroissien de Isidro Casanova”
Autor	Altamirano, Jazmín; González Kiryczun, Johanna; Nicolino, Priscila
Referencia bibliográfica	Revista RINCE - Departamento de Ciencias Económicas – UNLaM – Buenos Aires - Argentina PROGRAMA AMARTYA SEN – UNLaM Edición 2014
Palabra clave de búsqueda.	Historia del hospital DR Diego Paroissien.
Palabra clave del artículo.	Infraestructura hospitalaria - Insumos hospitalarios - Personal médico - Políticas Públicas - Servicio de salud
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<a href="http://rince.unlam.edu.ar/upload/adjuntos/articulo/128_Grupo3INFRAESTHOSPITALFINALAS2014.pdf">http://rince.unlam.edu.ar/upload/adjuntos/articulo/128_Grupo3INFRAESTHOSPITALFINALAS2014.pdf</a>
Descripción	El partido de La Matanza, se encuentra situado en el centro oeste de Buenos Aires; representa el partido con mayor densidad de población, ya que supera a gran cantidad de provincias Argentinas y constituye el único caso de un municipio, que es al mismo tiempo el 1er, 2do, y 3er cordón o anillo del área Metropolitana de Buenos Aires (Montechiari, 2005). Con respecto a la cantidad de habitantes, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas efectuado en el año 2010, este partido presenta una población total de 1.775.816 habitantes, lo que amerita que sea una de las zonas más densamente pobladas del país, donde el 50 % de la población se distribuye en 5 localidades principales: San Justo, Gregorio de Laferrere, González Catán, Ramos Mejía e Isidro Casanova (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011). Continuando con las ideas de Montechiari, un dato de importancia es el relacionado con el nivel socio-económico que presenta el partido de La Matanza, siendo medio/bajo (C3) colocándose en segundo lugar con respecto al cordón de pobreza. Debido a que cada región de salud posee características socioeconómicas y culturales muy disímiles, se debería pensar en una reforma del sector que pueda combatir la situación existente de inequidad e ineficiencia,

	<p>asegurando el acceso universal a la salud, ejerciendo una atención de calidad, siendo para ello necesario reconocer las capacidades y limitaciones del sistema. En lo que refiere a los establecimientos ubicados dentro de la localidad de La Matanza, su estructura cuenta con tres hospitales de perfil materno infantil, un hospital de niños, siete centros de salud y cuarenta y siete unidades de salud. Por otro lado, cada región de salud la compone un hospital local de referencia con un determinado perfil de equipamiento. Sin embargo, según al sector que un individuo pertenece, junto con el status laboral que éste goza, tendrá la posibilidad o no de estar protegido en cuanto a la calidad de atención sanitaria que reciba. Lo que se acentúa aún más en el caso los trabajadores del sector informal, para quienes es indispensable contar con los hospitales públicos, junto con la atención primaria o secundaria de forma gratuita (Artola, 2012).</p> <p>En lo que respecta al hospital Dr. Diego Paroissien, el mismo se construye en el año 1971. Dicho nosocomio es el efector público provincial del partido definiéndose como un Hospital Interzonal ya que supone una atención médica integral, y además tanto su presupuesto como la planta de personal y la política de salud dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Montechiari, 2005). De acuerdo con la monografía desarrollada por el Dr. Ricardo Ángel La Valle, profesional empleado del hospital Paroissien por más de veinte años, este centro de salud ubicado en la localidad de Isidro Casanova, como se muestra en el gráfico nro. 3, trajo aparejadas desde sus inicios amplias dificultades en su funcionamiento. Se incluyen además, los reclamos incesantes de los pacientes en estado de exclusión, los cuales no pueden obtener una respuesta junto con la atención necesaria que necesitan para gozar de una vida saludable. Dicha situación, provoca que el hospital carezca de prestigio y de estimación (La Valle, 2004).</p>
Conceptos abordados	Hospital público provincial en crisis
Observaciones	Se incluyen además, los reclamos incesantes de los pacientes en estado de exclusión, los cuales no pueden obtener una respuesta junto con la atención necesaria que necesitan para gozar de una vida saludable. Dicha situación, provoca que el hospital carezca de prestigio y de estimación.

## Ficha 18

Nombre del documento	Enfermera. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.
Autor	Moreno Rodríguez, Ana
Referencia bibliográfica	La Calidad asistencial, Evaluación, Enfermería
Palabra clave de búsqueda.	Acción de enfermería
Palabra clave del artículo.	La calidad de asistencial, evaluación, enfermería
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<a href="file:///C:/Users/Invitado/Downloads/522-2366-2-PB%20(2).pdf">file:///C:/Users/Invitado/Downloads/522-2366-2-PB%20(2).pdf</a>
Descripción	Desde hace muchos años ya, existe una creciente preocupación en todas las empresas de los países más avanzados por la búsqueda incesante de niveles más altos de calidad en sus productos y servicios. El origen de esta preocupación está claramente fundamentado en la evidencia de que la calidad ha cobrado un papel protagonista y constituye el factor fundamental de la competitividad de las empresas. Si consideramos el Hospital como una empresa productora de servicios sanitarios parece necesario también en éstos, desarrollar controles de calidad; si no por competitividad, sí por exigencias sociales o por imperativos profesionales. Se pretende con este trabajo dar una idea general de lo que es Garantía de Calidad y que sea un recordatorio de distintos aspectos de la calidad de la atención de Enfermería.
Conceptos abordados	Brindar calidad profesional a los usuarios de los centros hospitalarios.
Observaciones	Si consideramos el Hospital como una empresa productora de servicios sanitarios parece necesario también en éstos, desarrollar controles de calidad; si no por competitividad, sí por exigencias sociales o por imperativos profesionales.

Ficha 19

Nombre del documento	Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional
Autor	María Teresa González Martínez
Referencia bibliográfica	Ediciones Universidad de Salamanca (España)
Palabra clave de búsqueda.	Concepto de ansiedad
Palabra clave del artículo.	Pedagogía. Educación
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<a href="http://hdl.handle.net/10366/69050">http://hdl.handle.net/10366/69050</a>
Descripción	La ansiedad, estado emotivo y respuesta que surge cuando uno se halla expuesto a situaciones que impliquen peligro o amenaza, es una experiencia universal y cotidiana para todo ser humano. Es, además, una conducta que cumple una función esencialmente adaptativa. Ahora bien, la ansiedad puede ser también una conducta patológica, cuando, por la continuidad de las respuestas o la excesiva intensidad de las mismas, no se logra establecer el equilibrio entre el sujeto y los estímulos. Estamos, pues, ante un concepto.
Conceptos abordados	Concepto de ansiedad.
Observaciones	La ansiedad es un sentimiento que expresa todo ser humano, antes una reacción de alerta.

Ficha 20

Nombre del documento	Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en la Argentina
Autor	Matías Salvador Ballesteros
Referencia bibliográfica	Gerencia y Políticas de Salud 2016/6/30 volumen 15, numero 30
Palabra clave de búsqueda.	Tiempo de espera en la guardia del hospital
Palabra clave del artículo.	accesibilidad a los servicios de salud; atención médica; barreras; inequidad social; tiempo de espera; Argentina
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	///C:/Users/Invitado/Downloads/17166-61548-1-PB.pdf
Descripción	Resumen Contexto: los tiempos de espera para la atención son una de las principales barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina. Objetivo: analizar los tiempos diferenciales que la población tuvo que aguardar en la sala de espera y entre la solicitud de un turno y la atención con un médico especialista, según sus características socioeconómicas, demográficas, el tipo de cobertura de salud y el lugar de residencia. Método: cuantitativo, basado en el análisis de datos secundarios. Se utilizó la Encuesta.
Conceptos abordados	Desigualdad en tiempo de espera en la atención de los servicios de salud
Observaciones	Esto se debe a la ubicación geográfica y el nivel socio económico que la población presenta.

Ficha 21

Nombre del documento	Enfermería de practica avanzada para el tiage y la consulta finalista en los servicios de urgencias
Autor	Sergio R López Alonso, Cecilio Linares Rodríguez
Referencia bibliográfica	Revista Índice de Enfermería, Editor Fundación Index
Palabra clave de búsqueda.	Triage de enfermería
Palabra clave del artículo.	
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	Wwwindex-f.com/index-enfermeria/v21-2/0506.PhP
Descripción	La atención por una enfermera de práctica avanzada en el servicio de urgencias supone un paso adelante para una adecuada y eficiente gestión de la demanda de asistencia urgente, debido a la creciente capacidad de resolución por el aumento de competencias, así como al elevado porcentaje de motivos de asistencia que resultan ser demandas inadecuadas, lesiones menores o problemas de salud no urgentes. En los últimos años, el número de personas que demandan atención por los servicios de urgencias ha seguido unatrayectoria ascendente, tanto en hospitales como en otros centros extrahospitalarios.
Conceptos abordados	La enfermera debe tener un nivel de preparación adecuada para el servicio de urgencia.
Observaciones	El personal que realiza el triage de enfermería debe tener un nivel de estudio avanzado acorde, para resolver situaciones de asistencia urgente y no urgente

Ficha 22

Nombre del documento	Declaración de estado de emergencia
Autor	Médicos de Colegio
Referencia bibliográfica	Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón
Palabra clave de búsqueda.	Situación de hospitales Interzonal de la argentina
Palabra clave del artículo.	Declaración de estado de emergencia
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón ISSN 2250-5423. Avda. Ricardo Balbín 3100, San Martín (1650) Provincia de Buenos Aires <a href="mailto:revistahospitalevaperon@gmail.com">revistahospitalevaperon@gmail.com</a>
Descripción	El 20 de marzo de 2013, el Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires declaró el Estado de Emergencia del sistema público de salud, a causa del estado edilicio, la inseguridad y la violencia que comprometían a los actos médicos. Desde entonces, ¡ nada ha cambiado!
Conceptos abordados	La violencia y los hechos edilicios ha llegado a los hospitales
Observaciones	La grave situación por la que atraviesa el sistema público de salud provincial y municipal que como consecuencia de falta de recursos humano, de insumo, aparatología, pésimo estado edificio y lo más grave la inseguridad y violencia.

Ficha 23

Nombre del documento	Reglamentaciones de la Ley 298/00, algunos detalles de su elaboración / Regulations of the Law 298/00, some details
Autor	Perich, Elena.
Referencia bibliográfica	
Palabra clave de búsqueda.	Ley de enfermería
Palabra clave del artículo.	AR144.1 - CIBCHACO - Centro de Información Biomédica del Chaco
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	310918[identificador único]
Descripción	El presente artículo hace una breve reseña de la elaboración de la reglamentación de la ley 298 que regula el ejercicio de la profesión de enfermería en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y relatan la problemática surgida por modificaciones realizadas en la redacción de los artículos del texto de la reglamentación (AU)
Conceptos abordados	La ley 298 regula el ejercicio profesional de enfermería
Observaciones	Esta ley es la que regula el ejercicio profesional de enfermería en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.

Ficha 24

Nombre del documento	Los orígenes institucionales de la salud pública en Argentina
Autor	Organización panamericana de la salud KMC:OPS/OMS-Argentina Veronelli, Juan Carlos, VeronelliCorrech, Magali
Referencia bibliográfica	OPSBuenos Aires
Palabra clave de búsqueda.	Salud pública en Argentina
Palabra clave del artículo.	Salud PúblicaArgentina
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<a href="http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3477">http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3477</a> <a href="http://www.who.int/iris/handle/10665/165707">http://www.who.int/iris/handle/10665/165707</a> Publications/publicaciones- Argentina
Descripción	La obra de Juan Carlos y Magali Veronelli es el resultado de años de búsqueda y análisis de documentos y de pesquisa inteligente para narrar el proceso histórico del sector salud en Argentina desde la época colonial y el Protomedicato hasta nuestros días. En dos tomos, los autores llevan a la reflexión y permiten comprender y aprender de aciertos y errores cometidos para considerar en el futuro tanto en Argentina como en otros países de la Región.
Conceptos abordados	Situación histórica del sector de la salud en la Argentina.
Observaciones	Los autores llevan a la reflexión y permiten comprender y aprender de aciertos y errores cometidos para considerar en el futuro tanto en Argentina como en otros países de la Región.

Ficha 25

Nombre del documento	ENFERMERÍA Y GERENCIA DE CASO
Autor	Santina Nunes Alves Casarin <sup>1</sup> Tereza Cristina Scatena Villa <sup>2</sup> Maria Helena Larcher Caliri <sup>2</sup> Roxana Isabel Cardozo Gonzales <sup>3</sup> Cinthia Midori Sasaki <sup>4</sup>
Referencia bibliográfica	Rev Latino-am Enfermagem 2001 julho; 9(4):88-90
Palabra clave de búsqueda.	
Palabra clave del artículo.	gerencia de caso, gerencia de caso de enfermería, cuidado gerencial
Ubicación (dirección electrónica específica) y/o clasificación topográfica de la bibliografía donde se encuentra.	<a href="http://www.eerp.usp.br/rlaenf">www.eerp.usp.br/rlaenf</a>
Descripción	El estudio presenta la gerencia de caso como una modalidad de prestación de servicios que surgió en los ambientes de salud americanos y que consiste en la designación de un profesional o equipo de salud responsable por la atención del paciente, durante todo el proceso clínico, coordinando la atención a través de todos los servicios e instituciones que integran el sistema. En la enfermería, esta modalidad fue aceptada para aumentar el compromiso del profesional en la estandarización de las prácticas. Conceptos centrales incluyen análisis, toma de decisiones clínicas y resolución de problemas
Conceptos abordados	El compromiso de la enfermería profesional incluye análisis, toma de decisiones y resolución del problema.
Observaciones	En la enfermería, esta modalidad fue aceptada para aumentar el compromiso del profesional en la estandarización de las prácticas. Conceptos centrales incluyen análisis, toma de decisiones clínicas y resolución de problemas

# *Anexo*

## *II*

## *Internados por servicios*

<b>Servicios</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Intensivo</b>	<b>Intermedio</b>	<b>Moderado</b>	<b>Óbito</b>
<b>Cuidados indiferenciados.</b>	159	84	75	75	84	0	11
<b>Cuidados indiferenciados.</b>	121	70	51	0	70	51	1
<b>Emergencia.</b>	234	145	89	0	145	89	9
<b>Ginecología.</b>	274	0	274	0	0	274	0
<b>Neonatología.</b>	4	0	4	0	4	0	0
<b>Pediatría.</b>	75	38	37	0	37	38	0
<b>Salud mental.</b>	4	0	4	0	0	4	0
<b>Terapia intensiva.</b>	18	9	9	0	9	9	15
<b>Unidad coronaria.</b>	9	6	3	9	0	0	0

## *Pacientes que ingresaron al hospital en el periodo de un mes*

<b>Fecha</b>	<b>Pacientes</b>	<b>turnos</b>
01/	463	485
02/	379	390
03/	55	55
05/	516	557
06/	450	482
07/	458	371
08/	356	364
09/	351	571
10/	483	51
12/	51	602
13/	466	491
14/	263	270
15/	395	411
16/	409	525
17/	54	54
19/	602	651
20/	480	500
21/	370	383
22/	302	308
23/	291	298
24/	59	59
26/	521	555
27/	336	343
28/	304	313
29/	441	457
30/	447	477
<b>Total</b>	<b>9,243 atendido por consultorios externos (ambulatorio)</b>	

*Internado por la guardia según patología y gravedad*

Nombre y apellido	DNI Nº	Edad	Óbito	Diagnostico
NN			No	Otras intoxicaciones alimentarias.
NN			No	tuberculosis
NN			No	Neumonía
NN			No	Enfermedad por el virus inmune deprimido
NN			No	Carcinoma de célula hepática
NN			No	Enfermedad por virus inmune deprimido
NN			Si	Tumor maligno de faringe
NN			No	Anemia refractaria sin otra complicación
NN			No	Anemia por diferencia de glóbulos
NN			No	Linfoma no reticular
NN			No	Leucemia
NN			No	Anemia de tipo específico
NN			No	Diabetes mellitus insulina dependiente
NN			No	Diabetes mellitus insulina dependiente
NN			No	Síndrome post convulsionar
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento
NN			No	Trastorno mentales y del comportamiento

Nombre y apellido	DNI Nº	Edad	Óbito	Diagnostico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Esquizofrenia, no especifica
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis, deprimido no específico
NN			No	Convulsiones disociativo no específico
NN			No	Trastorno de la personalidad paranoia
NN			No	Trastorno de la personalidad, emocional
NN			No	Otros trastornos de los hábitos
NN			No	Afasia adquirida por epilepsia
NN			No	Epilepsia y síndrome epiléptico
NN			No	Otras epilepsias
NN			No	Otros síndrome de cefalea especifica
NN			No	Celulitis de oído externo
NN			No	Hipertensión esencial primaria
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico
NN			No	Psicosis no origen orgánico

Nombre y apellido	DNI Nº	Edad	Óbito	Diagnostico
NN			SI	Paro cardiaco, no especificado
NN			SI	Paro cardiaco, no especificado
NN			No	Paro cardiaco, no especificado
NN			SI	Paro cardiaco, no especificado
NN			Si	Paro cardiaco, no especificado
NN			No	Otras arritmias cardiacas
NN			No	Insuficiencia cardiaca, no especifica
NN			No	Insuficiencia cardiaca, no especifica
NN			No	Neumonía viral, no especifica
NN			No	Neumonía bacteriana, no especifica
NN			No	Bronquitis neumonía, no especifica
NN			No	Bronquitis neumonía, no especifica
NN			No	Bronquitis aguda
NN			No	Estenosis laríngea
NN			No	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
NN			No	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
NN			No	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
NN			Si	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
NN			No	Asma no alérgica
NN			No	Asma mixta
NN			No	Asma no especifica
NN			No	Asma no especifica
NN			No	Asma no especifica
NN			No	Infección respiratoria
NN			No	Insuficiencia respiratoria aguda
NN			No	Insuficiencia respiratoria aguda

Nombre y apellido	DNI Nº	Edad	Óbito	Diagnostico
NN			SI	Insuficiencia respiratoria crónica
NN			SI	Insuficiencia respiratoria crónica
NN			NO	Calculo de conducto biliar
NN			NO	Enfermedad de las vías biliares
NN			NO	Enfermedades de las vías biliares
NN			NO	Cervitalgia
NN			NO	Mal formación arteriovenosa
NN			NO	Lectura elevada de la presión sanguínea
NN			NO	Dolor precordial
NN			NO	Dolor precordial
NN			NO	Dolor en el pecho, no especifico
NN			NO	Dolor en el pecho no especifico
NN			si	Paro respiratorio
NN			No	Abdomen agudo
NN			No	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo
NN			NO	Abdomen agudo



Nombre y apellido	DNI Nº	Edad	Óbito	Diagnostico
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Otros dolores abdominales
NN			NO	Incontinencia urinaria , no especifica
NN			NO	Dolor, no especifico
NN			NO	Traumatismo superficial del cuero cabelludo
NN			NO	Traumatismo superficiales múltiples
NN			NO	Traumatismo superficiales múltiples
NN			NO	Traumatismo superficial de otras partes
NN			NO	Traumatismo superficial ce la cabeza
NN			NO	Traumatismo superficial ce la cabeza
NN			NO	Traumatismo superficial ce la cabeza
NN			NO	Herida del cuero cabelludo
NN			NO	Herida de la cabeza, no especifica

Nombre y apellido	DNI Nº	Edad	Óbito	Diagnostico
NN			NO	Herida de la cabeza parte no especifica
NN			NO	Traumatismo de nervio craneales
NN			NO	Traumatismo de los vasos sanguíneos
NN			NO	Traumatismo múltiple de la cabeza
NN			NO	Traumatismo de la cabeza, no especifico
NN			NO	Traumatismo de la cabeza, no especifico
NN			NO	Traumatismo de la cabeza, no especifico
NN			NO	Traumatismo de la cabeza, no especifico
NN			NO	Heridas de otras partes del cuello
NN			NO	Traumatismo de nervios periféricos
NN			NO	Herida de otra parte del tórax
NN			NO	Heridas múltiples de la pared torácica
NN			NO	Heridas de otras partes y de las manos
NN			NO	Traumatismo, no especificado
NN			NO	Herida de otras partes de la muñecas
NN			NO	Traumatismo de tendones y músculos
NN			NO	Luxación de dedos de la mano
NN			NO	Luxación de los dedos de la mano
NN			NO	Otros traumatismo, superficial
NN			NO	Herida de la rodilla
NN			NO	Heridas múltiples de la pierna
NN			NO	Herida múltiples de la pierna
NN			NO	Herida de miembro
NN			NO	Fracturas de otras partes y de las manos
NN			NO	Otros traumatismo de la cabeza
NN			NO	Traumatismo, no especifico

Nombre y apellido	DNI Nº	Edad	Óbito	Diagnostico
NN			NO	Herida de otras partes de la pierna
NN			NO	Traumatismo de pie y tobillo
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Traumatismo múltiples, no específicos
NN			NO	Herida de miembro superior
NN			NO	Traumatismo superficial de región no específico
NN			NO	Traumatismo superficial de región no específico
NN			NO	Herida de región no específica
NN			NO	Traumatismo no específico
NN			NO	Traumatismo no específico
NN			NO	Traumatismo no específico
NN			NO	Traumatismo no específico
NN			NO	Traumatismo no específico

Nombre y apellido	DNI Nº	Edad	Óbito	Diagnostico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Traumatismo no especifico
NN			NO	Otras drogas y sustancias biológicas
NN			NO	
NN			NO	Secuelas de otros traumatismo especifico
NN			NO	Secuela de traumatismo no especifico
NN			NO	Secuela de traumatismo no especifico
NN			NO	Secuela de herida de miembro superiores
NN			NO	Secuela de traumatismo no especifico
NN			NO	Secuela de traumatismo no especifico que afecta
NN			NO	Examen y observación consecutivo
NN			NO	Examen y observación consecutivo
NN			NO	Examen y observación consecutivo
NN			NO	Examen y observación consecutivo
NN			NO	Examen y observación consecutivo
NN			NO	Rehabilitación de alcoholismo
NN			NO	Otros problemas relacionado a las adicciones
NN			NO	Problema relacionado con alteración de la personalidad
NN			NO	Otro problema relacionado con la adicción