



Universidad Nacional de San Juan

EUCS
ESCUELA UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD



1985-2025
Aniversario del Consejo
Interuniversitario Nacional

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Sistema de Triage de Enfermería en el Servicio de Urgencias del Centro de Adiestramiento René Favaloro, en la provincia de San Juan en el primer semestre de 2025.

Asesora: **Dra. Ana Naranjo**

Autora: **Villavicencio, Camila Agostina**

San Juan - Argentina

2025

Villavicencio, Camila Agostina

*Dedico este proyecto de investigación a mi familia
por ser mi apoyo incondicional y mi fortaleza.*

*A mi marido, mi mayor motivación, por su amor,
su paciencia y por acompañarme en cada paso.*

Este logro también es de ustedes.

INDICE

1.-TÍTULO	4
2.- JUSTIFICACIÓN	4
3.- ESTADO DEL ARTE	5
4.- OBJETIVOS	7
3.1- Objetivo General.....	7
3.2- Objetivos Específicos.....	7
6.- MARCO TEÓRICO	9
6.1.- Definición de Triage	9
6.1.1- Historia del Triage.....	10
6.1.2.- Objetivo del Triage.....	11
6.1.3.- Importancia del enfermero en el Triage en Urgencias.....	12
6.2.- Definición de calidad de la Atención	14
6.2.1.- Modelo de Calidad de Atención de Donabedian (1966)	14
6.2.2.- Calidad en Servicios de Urgencia	16
6.3.- Definición de permanencia del paciente.....	17
6.3.1.- Factores que Influyen en la permanencia	19
6.3.2.- Modelo conceptual de saturación del servicio de urgencias (2003).....	20
6.3.3.- Relación entre Triage y Permanencia	21
7.- MARCO METODOLOGICO	23
7.1.- Enfoque de la investigación.....	23
7.2.-Tipo de estudio y diseño de investigación.....	23
7.3.- Población y muestra.....	23
7.4.- Unidad de análisis	23
7.5.- Criterios de Inclusión y de Exclusión de la Muestra	24
7.6. - Operacionalización de variables	25
8.- BIBLIOGRAFIA	27
ANEXO	32
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	32
MODELO DEL INSTRUMENTO	32
1.- Encuesta Estructurada	32
2.- Ficha de recolección de datos	35
CONSENTIMIENTO INFORMADO	36

1.-TÍTULO

Sistema de Triage de Enfermería, en el servicio de Urgencias del Centro de Adiestramiento René Favaloro, en la provincia de San Juan, en el primer semestre de 2025

2.- JUSTIFICACIÓN

El servicio de urgencia es reconocido como un área que atiende una gran variedad de pacientes con diferentes grados de complejidad. Es por ello que el triage de enfermería desempeña un papel esencial, implementado para clasificar los pacientes según el nivel de urgencia, priorizando gravedad, permitiendo optimizar los recursos, reducir el tiempo de espera y garantizar una atención oportuna y segura.

No obstante, en muchos contextos, persisten las dificultades relacionadas con el largo tiempo de espera, la congestión del servicio y la percepción negativa de la atención, afectando la calidad del área de urgencia como también la seguridad del paciente.

Conocer el funcionamiento del proceso de clasificación de paciente, evita demora, sobrecarga de equipamiento, disminuyendo morbilidad y mortalidad.

El presente estudio busca generar evidencia científica sobre cómo el correcto uso del triage interviene en aspectos clave del servicio; la calidad de la atención y el tiempo de permanencia del paciente.

A partir de lo descrito planteamos el siguiente pregunta-problema de investigación:

¿Cuál es la vinculación de la calidad de atención y el tiempo de permanencia de los pacientes frente al triage de Enfermería en el servicio de urgencia en el Centro de Adiestramiento Rene Favaloro (CARF) durante el primer semestre de 2025?

3.- ESTADO DEL ARTE

El triage, haciendo referencia a la actividad de enfermería, constituye el primer paso en la atención de los servicios de emergencia, ya que es una herramienta que garantiza priorizar a los pacientes por de condición. En los últimos años, debido principalmente a la pandemia, múltiples investigaciones han analizado el papel del profesional de enfermería dentro de este proceso, relacionado con la calidad de la atención, la eficiencia y la seguridad del paciente. A continuación, se presentan los antecedentes teóricos relacionados con el triage en el ámbito de la enfermería.

A nivel internacional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011) elaboró el Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias, el cual constituye un documento técnico de referencia para la estandarización de los procesos de clasificación de pacientes. En este manual se propone un sistema estructurado basado en cinco niveles de priorización, sustentado en evidencia científica y con un enfoque integral de calidad. Además, establece indicadores de desempeño como los tiempos máximos de espera, los índices de pacientes no atendidos y los niveles de satisfacción del usuario. El documento enfatiza que la efectividad del sistema depende en gran medida de la capacitación del personal de enfermería, la informatización del proceso y la implementación de protocolos uniformes que garanticen la seguridad y continuidad de la atención. Asimismo, se concibe como una herramienta de gestión clínica que permite mejorar la eficiencia hospitalaria, la comunicación interprofesional y la humanización del cuidado.

Por su parte, Carpio Vásquez (2022) desarrolló el estudio titulado “Efectividad del triaje enfermero en la atención de pacientes en el servicio de emergencia”, con el propósito de describir la efectividad del triage realizado por profesionales de enfermería. Este trabajo consistió en una revisión bibliográfica descriptiva y retrospectiva de 22 artículos científicos publicados entre 2017 y 2021 en bases de datos reconocidas como Scielo, Medline, Dialnet y Elsevier. Los resultados mostraron que el 70 % de los estudios revisados respaldan la efectividad del sistema de clasificación, destacando su impacto positivo en la reducción de los tiempos de espera, la adecuada clasificación de los pacientes y la mejora de la satisfacción del usuario. Además, la autora subraya que

factores como la formación continua, la experiencia profesional y la empatía comunicativa influyen directamente en la calidad del proceso. El estudio concluye que el profesional de enfermería posee la idoneidad técnica y ética para liderar la clasificación, siendo un papel protagónico dentro del equipo de salud.

De manera complementaria, Tipián Huamán (2024), en su trabajo “Nivel de conocimiento del triaje en emergencias en profesionales de enfermería del Hospital Ramón Castilla de Lima”, buscó determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al triaje en emergencias. El estudio, de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, se aplicó a 32 enfermeros mediante un cuestionario validado de 20 ítems. Los resultados evidenciaron distintos niveles de conocimiento (alto, medio y bajo), con deficiencias en aspectos relacionados con los criterios de clasificación, los niveles de prioridad y las reglas fundamentales del sistema de clasificación. La autora plantea la necesidad de fortalecer la formación teórico-práctica del personal, mediante capacitaciones periódicas como también las estrategias de actualización que contribuyan a mejorar la eficacia y seguridad en la atención al paciente.

En conjunto, los tres estudios coinciden en que la eficacia enfermero en la clasificación por gravedad depende de tres ejes principales: la capacitación y experiencia profesional, garantizando decisiones clínicas adecuadas, del mismo modo que rápidas; la estandarización de procedimientos bajo modelos estructurados, como el propuesto por la OPS, que provea recursos humanos, tecnológicos y formativos para asegurar la calidad del proceso. Estos aportes permiten comprender que no solo es un procedimiento técnico, sino un proceso estratégico, es por ello que enfermería desempeña un papel clave en la toma de decisiones ya que humaniza el procedimiento en situaciones críticas.

4.- OBJETIVOS

3.1- Objetivo General

Describir la vinculación de la calidad de atención y el tiempo de permanencia de los pacientes frente al Triage de Enfermería en el servicio de urgencia en el Centro de Adiestramiento Rene Favaloro (CARF) durante el primer semestre de 2025.

3.2- Objetivos Específicos

1. Describir la calidad de atención brindada a los pacientes por el personal de enfermería durante el triage en el servicio de urgencia
2. Establecer el tiempo promedio de permanencia de los pacientes frente al Triage de Enfermería del servicio de urgencia

5.- HIPOTESIS

En función a los diversos estudios antecedentes presentados, como también la elección del problema de investigación, se plantea la siguiente hipótesis:

Existe una relación significativa entre la calidad de atención y el tiempo de permanencia de los pacientes en el servicio de urgencia, del Centro de Adiestramiento Rene Favaloro.

6.- MARCO TEÓRICO

6.1.- Definición de Triage

Los servicios sanitarios de urgencia han experimentado un progreso significativo. Pero el desarrollo de la población, genera una mayor demanda en la asistencia, esto aumenta el tiempo de espera, el sufrimiento de la enfermedad y la demora de la asistencia. Es por ello que nace la necesidad de distinguir una enfermedad percibida de una real, para este fin se presenta el *sistema de triage*.

El concepto de “trriage” proviene de un término francés *trier*, que se define como escoger, separar o clasificar. Este término ha progresado en el ámbito científico- técnico, diferenciando lo grave de lo urgente, según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) urgencia sanitaria es

“la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia”

A partir de la definición proporcionada por la O.M.S se comprende que la urgencia implica causa y gravedad, teniendo aspectos tanto objetivos como subjetivos, lo que conlleva la necesidad de solicitar atención inmediata y solución al problema, por lo que se debe tener en cuenta ambos aspectos al momento de ordenar a los pacientes.

Para clasificar al paciente por urgencia, y no por gravedad se implementa el uso de un sistema llamado “*trriage estructurado*” que implica la categorización de 5 niveles de gravedad. Según Gómez. J (2006) triage es:

“un proceso que nos 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. Debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que

además poseen un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos”

El Ministerio de Salud Argentina (2021) define triage como:

“proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder establecer adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos...”

Los protocolos de atención sanitaria se dirigen a la prevención de enfermedades, entendiéndose que el orden de asistencia debe ser guiado por la situación clínica, es decir si la patología presenta riesgo para la salud. Debe considerarse el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la aplicación de tratamiento. Si esta es de largo plazo se impulsa la atención por “Atención Primaria de la Salud” (A.P.S) pero si al contrario es de forma imprevista se debe ajustar la asistencia según el grado de urgencia, teniendo en cuenta el riesgo de vida, como también los aspectos subjetivos.

Para comprender una urgencia y clasificarla se valora la gravedad-complejidad de la patología, apreciando el grado de tolerancia al dolor del paciente como también sus expectativas en la asistencia, teniendo en cuenta los recursos para brindar tratamiento óptimo.

6.1.1- Historia del Triage

El concepto de triage se originó en el ámbito militar durante las guerras napoleónicas, donde se implementó la clasificación de heridos en el campo de batalla para priorizar a quienes podían sobrevivir con atención inmediata. Posteriormente, esta práctica se trasladó al contexto hospitalario y se formalizó en los servicios de urgencias, con el fin de gestionar de manera más equitativa y eficiente la creciente demanda asistencial (Oredsson et al., 2011).

Dominique Jean Larrey (1766-1842), médico cirujano en la batalla entre Francia y Austria, tras presenciar que el número de fallecidos aumentaba por la demora en la atención, organizó un equipo que compuesto por un oficial un suboficial y 24 soldados que trasladaban al campo de batalla material necesario para realiza curaciones, se comenzó por priorizar rango, pero Larrey

concluyó que debía atender con prioridad aquellos que estén peligrosamente herido sin tener en cuenta rango o distinción. (Carnicer Gregotio, 2023)

Bermejo (2013) señala que el primer triage sistemático hospitalario fue introducido por E. Richard Weirnerman en Baltimore en 1864, el lo presentó como un método que se basaba en la identificación y priorización de los pacientes que necesitaban una atención urgente derivándose a niveles de complejidad.

En Argentina, este procedimiento ha sido incorporado progresivamente en las guardias hospitalarias dentro de los lineamientos de mejora de la calidad de atención impulsados por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

El análisis del triage resulta particularmente relevante en el contexto latinoamericano, donde la alta demanda asistencial y disponibilidad limitada de recursos hospitalarios hacen necesarios establecer procesos de priorización estandarizados (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2011)

6.1.2.- Objetivo del Triage

De acuerdo con StatPearls (2023), triage se trata de una herramienta clínica y administrativa cuyo fin es garantizar la seguridad del paciente y mejorar la eficiencia del servicio. Por lo ya antes comentado trata de ordenar, evitando colapsos y mejorar tiempos de atención, optimizar recursos, tanto del personal, de equipamientos y de espacios, principalmente garantizar la reducción de riesgos de mortalidad, asegurando la seguridad del paciente, ya que la atención se caracteriza por ser equitativa, esto se obtiene por la comunicación entre personal de salud y paciente.

El objetivo es regular y optimizan el tiempo llegada- visita médica, donde se aplica el principio bioético de la justicia, “este principio convierte al personal sanitario en gestor y administrador de recursos y de los servicios que deberá utilizar de forma efectiva y eficiente, evitando situaciones sanitarias inadecuadas” (A. Tapiero, 2001).

Como todo sistema se basa en criterios estandarizados, medibles, que a la vez reduzcan la subjetividad del profesional. Los elementos para un mejor funcionamiento son, por un lado, la capacitación continua del personal, la

infraestructura adecuada, siendo un área independiente que contenga equipos completos para la valoración de signos vitales, esto permite optimizar tiempo. Aunque por otro lado se debe contar con protocolos estandarizados, como documentos visibles y un sistema digitalizado de triage.

Existen diversos sistemas de triage implementados mundialmente, con criterios específicos de categorización y escalas de priorización. En la actualidad se implementa el triage de 5 niveles ya que brinda una clasificación de riesgos con mayor exactitud. Entre los más conocidos son el **ESI (Emergency Severity Index)** y el **MTS (Manchester Triage System)**. El MTS se caracteriza por su sencillez y su aplicación rápida, mientras que el ESI ofrece un enfoque integral contemplando la previsión de recurso, la elección depende del contexto y la formación del personal.

La implementación de sistemas estandarizados garantiza un lenguaje común entre los profesionales de salud y mejora la seguridad del paciente

Los objetivos principales de estos son, por un lado, determinar que paciente requiere atención inmediata, y así poder establecer tiempos máximos de espera según la categoría asignada evitando retrasos que produzcan complicación en la salud del paciente o eventos adversos, como falta de personal, establecimiento no preparado para la atención, o retrasos en el traslado.

6.1.3.- Importancia del enfermero en el Triage en Urgencias

El personal de enfermería es fundamental en esta etapa, ya que es el primero en tener contacto directo con el paciente; su clasificación se hace en un corto tiempo, de forma ágil y efectiva.

“Durante este tiempo asistencial, que será variable en función del grado de urgencia del paciente y la capacidad del servicio para asistirlo, el paciente será atendido por enfermería, que realizará la atención inicial y/o reevaluará al paciente hasta que éste sea visitado por el equipo médico responsable de su asistencia definitiva” (J.Gomez, 2006)

El protocolo para realizar un correcto triage, el usuario realiza su admisión en recepción, tras eso el paciente será llamado al consultorio de

donde el profesional se presentará, es este momento se identificará inconveniente y se explicará el proceso, brindando información básica.

En el uso correcto de un triage en el servicio de urgencia, es necesario basarse en 3 etapas: valoración inicial, inspección general y otras actividades.

La *valoración inicial* incluye un cuestionario de preguntas abiertas y dirigidas, deben ser sencillas usando términos de fácil comprensión, pueden ser respondidas por un familiar si el paciente no se encuentra lúcido, el objetivo principal de este es obtener una buena información en un menor tiempo.

La *inspección*, debe ser rápida y precisa, valorando si la situación pone en riesgo la vida, teniendo en cuenta el aspecto general, la piel, la mucosa, la respiración, la circulación y el nivel de lucidez (neurológico).

Simultáneamente se debe obtener *datos objetivos*, como lo son las constantes vitales, electrocardiograma (ECG) si es necesario, hemoglucotest (HGT), inmovilización, entre otras.

Detallado el procedimiento, analizaremos la entrevista o valoración inicial en ella se clasifica la patología según su gravedad:

➤ *Emergencia*: todo problema patológico agudo que comprometa la vida del paciente, que afecte órganos vitales o el funcionamiento normal, siendo real o potencial, requiriendo atención inmediata o medidas de sostén. En estas circunstancias se toman medidas terapéuticas brindando atención especializada e inmediata.

➤ *Urgencia de segunda prioridad*: es segunda prioridad, en esta clasificación se valoran los problemas patológicos que, según la evolución (cantidad de días de transcurso de la patología) puede llegar a poner en peligro la vida del paciente.

➤ *Urgencia de tercera prioridad*: se enfoca en la patología que cursa un lapso de días que no ponen en peligro la vida del paciente y que puede ser tratado en atención primaria de la salud.

Esta clasificación permite la atención eficiente lo que permite una buena calidad de atención en el servicio, estas son áreas asistenciales especiales por que se actúa en circunstancia de alta complejidad no comparable en la asistencia de atención primaria.

6.2.- Definición de calidad de la Atención

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2019) la calidad de atención se concibe como *“la provisión de servicios de salud accesibles, equitativos y efectivos, que garanticen la seguridad del paciente y la eficiencia en el uso de recursos disponibles”*

La calidad de atención constituye uno de los pilares fundamentales en el sistema sanitario moderno y un indicador esencial del desempeño de las instituciones que este abarca. Brindar atención de calidad implica garantizar un trato humano, oportuno y seguro, centrado en las necesidades del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) complementa que la calidad en los servicios de salud se fundamenta en la efectividad, seguridad, equidad y atención centrada en el paciente. En este sentido, la calidad de atención en el triage se manifiesta cuando el personal de enfermería aplica criterios técnicos y éticos, priorizando la atención de los pacientes con base en su condición clínica y garantizando una comunicación empática y segura.

6.2.1.- Modelo de Calidad de Atención de Donabedian (1966)

La presente investigación se fundamenta la variable de calidad, en la *“Teoría de la Calidad de Atención en Salud”* propuesta por Avedis Donabedian (1984), quien propuso que la calidad constituye un fenómeno multidimensional que surge de la interacción entre diversos factores técnicos, humanos y organizacionales. Para el autor, la calidad no es un atributo aislado, sino un conjunto de características interrelacionadas que permiten determinar en qué medida la atención es segura, efectiva, oportuna y satisfactoria para el paciente.

El autor definió la calidad de atención como *“el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento del profesional actual”* (Donabedian, 1980). Desde esta perspectiva, la calidad no se reduce únicamente a la resolución del problema de salud, sino que implica que la

atención sea técnicamente correcta, humanizada y eficiente en el uso de los recursos disponibles.

El modelo propuesto de Donobedian, se organiza en tres elementos fundamentales, estructura, proceso y resultado, esto permite evaluar la calidad de manera sistemática.

1. La estructura

La estructura comprende aquellos recursos humanos, materiales y organizacionales disponibles en el servicio.

- *Recursos humanos*: competencias, formación, experiencia y disponibilidad del personal.
- *Recursos físicos*: infraestructura, equipamiento médico, insumos, áreas adecuadas para la atención.
- *Recursos organizacionales*: normativas internas, protocolos clínicos, carga laboral, sistemas de información y gestión.

Una estructura adecuada constituye la base para que las intervenciones sanitarias puedan desarrollarse correctamente. En un servicio de urgencias, esto implica contar con personal capacitado en triage, espacios diferenciados según categorías de riesgo, disponibilidad de insumos, y protocolos actualizados que orienten la toma de decisiones.

2. El proceso

Por otro lado, el proceso abarca las actividades desarrolladas por el personal de salud durante la atención, desde la evaluación inicial hasta las intervenciones clínicas y administrativas. En esta dimensión se evalúan:

- Aplicación correcta de procedimientos,
- Comunicación entre profesionales y con el paciente,
- Cumplimiento de normas y estándares,
- Toma de decisiones clínicas fundamentadas.

En el contexto de urgencias, el triage es un componente central del proceso, ya que permite identificar la gravedad del paciente, priorizar su atención y organizar el flujo dentro del servicio. Un proceso adecuado garantiza oportunidad, continuidad y seguridad, elementos esenciales para la calidad asistencial.

3. Resultado

Finalmente, el resultado refleja el efecto de dicha atención en el estado de salud y la satisfacción como también la experiencia del paciente dentro de la institución. Los resultados evaluados son:

- Cambios en el estado de salud, esto incluye la mejoría, estabilización o complicaciones del paciente,
- Percepción del usuario respecto al trato recibido durante la atención.
- Percepción del penitente de los tiempos de espera y eficiencia del personal.,
- Satisfacción del paciente y su familia,
- Ocurrencia de eventos adversos.

Los resultados permiten valorar si la estructura y el proceso han funcionado correctamente y si la atención realmente generó beneficios. Cuando el triage se aplica de manera adecuada, contribuye a mejorar la oportunidad de la atención, disminuir riesgos y aumentar la satisfacción del usuario.

Este modelo resulta pertinente para fundamentar la **variable calidad de atención**, ya que permite analizar cómo los procesos implementados en urgencias, incluyendo el triage, repercuten en la experiencia y seguridad del paciente.

6.2.2.- Calidad en Servicios de Urgencia

La calidad de atención en el servicio de urgencias se refiere al conjunto de acciones, recursos y procesos destinados a brindar una respuesta oportuna, segura y eficaz ante situaciones de riesgo vital o malestar agudo. En este

contexto, la calidad no solo implica la correcta aplicación de procedimientos técnicos, sino también la capacidad del equipo de salud para ofrecer un trato humano, empático y centrado en las necesidades del paciente.

El triage es un proceso clave para mantener la calidad del servicio de urgencias, ya que determina el orden de atención según la gravedad del caso. Cuando el triage se aplica de forma correcta, permite reducir los tiempos de espera, prevenir riesgos y aumentar la satisfacción del usuario (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Los indicadores más utilizados para medir la calidad de atención en el triage incluyen:

En primer lugar, la exactitud de la clasificación, haciendo referencia a la precisión en clínica, es decir si corresponde, la prioridad asignada y la patología real. Por otro lado, rapidez y eficiencia en la evaluación inicial, que da inicio a una atención fluida en tiempos breves donde la comunicación y trato humanizado hacia el paciente debe ser el eje principal, cumpliéndose objetivamente de los protocolos estandarizados establecidos por los sistemas de triage.

De este modo, la calidad de atención en el triage no depende solo de la técnica, sino también de la competencia profesional, la empatía y la organización del servicio (Gómez, 2006).

6.3.- Definición de permanencia del paciente

La *permanencia del paciente*, desde la perspectiva del modelo conceptual de saturación del servicio de urgencias de Asplin (2003), se define como el tiempo total que el paciente permanece dentro del servicio de urgencias.

Como se mencionó anteriormente el servicio de urgencia constituye un área estratégica dentro del sistema sanitario. Su función principal es recibir y evaluar a pacientes con demandas variadas, que van desde síntomas leve hasta condiciones de riesgo. Para poder lograr una clasificación equitativa se

observan varios tiempos críticos para evaluar la eficiencia del proceso de atención.

El primero corresponde con el **tiempo de llegada o admisión**, donde el paciente es registrado y clasificado por enfermería, esto refleja la rapidez del primer contacto, si este tiempo es prolongado puede poner en riesgo al paciente, el tiempo estimado es de 5 min.

Posteriormente, el **tiempo de atención médica**, que se determina por el tiempo de espera desde que se brindó la categorización hasta la evaluación médica, este tiempo es clasificado por el enfermero según la categorización del triaje, son tiempo estandarizados internacionalmente, porque varía según la urgencia del caso, ya que aquellos pacientes con prioridades altas deben ser atendido de inmediato, mientras que los otros niveles requieren esperas prolongadas. La incorrecta aplicación se puede tomar como un triaje fallido o saturación en el servicio.

Otro componente es el **tiempo de evaluación**, que se asocia al periodo que se le designa a los estudios diagnósticos-complementarios como también al de tratamiento para la estabilización del paciente. Este suele ser prolongado ya que está condicionado por la complejidad del cuadro clínico, la disponibilidad de aparatología, los resultados de laboratorio o de servicio de imagen como también la capacidad del personal.

Al conjunto de estos, se lo conoce como **tiempo de permanencia** periodo total desde el ingreso del paciente al servicio hasta su egreso, sea por alta, internación o derivación. Constituye un indicador clave de la eficiencia operativa, la calidad asistencial y la seguridad del paciente, según Andersson (2020), constituyen parámetros centrales en la evaluación de la calidad y la eficiencia hospitalaria. Este refleja la capacidad organizativa del servicio la disponibilidad y el uso adecuado de los recursos.

La literatura científica indica que existe una relación inversa entre la categoría de triaje asigna y el tiempo de atención, es decir, a mayor gravedad, menos es el tiempo de espera (Ratti et al., 2023). Esto responde a los estándares internacionales que exigen atención inmediata para paciente en

estado crítico, mientras que los de menor urgencia pueden esperar más tiempo sin comprometer su Seguridad (OPS, 2011).

Diversos factores influyen en el tiempo de permanencia entre ellos factores estructurales como la capacidad física del servicio, número de camillas, consultorios y disponibilidad de recursos humanos. Asimismo, inciden factores clínicos y factores externos como picos epidémicos o derivaciones de otras instituciones.

La medición de estos tiempos es fundamental para el análisis y mejora continua del servicio, ya que una permanencia excesiva puede generar hacinamientos, retrasos diagnósticos, insatisfacción del paciente y aumento del riesgo de eventos adversos (Otto et al., 2022).

En estudios realizados en hospitales argentinos y de la región, se ha observado que los pacientes clasificados con mayor prioridad son atendidos en forma casi inmediata, mientras que aquellos con prioridad intermedia o baja pueden experimentar demoras prolongadas. (Villegas-Zuluaga et al., 2023).

6.3.1.- Factores que Influyen en la permanencia

La espera en un servicio de urgencia es un fenómeno multifactorial que depende de variables estructurales, organizacionales, clínicas y sociales, los cuales se relacionan directamente con el modelo de Donabedian, ya que este explica cómo dichos factores contribuyen a explicar las causas y consecuencias de la permanencia prolongada en urgencias.

Esta demora afecta la calidad de atención, la satisfacción del usuario, la seguridad del paciente y la eficiencia del servicio. Si entendemos los factores asociados a la espera podemos identificar los puntos críticos y desarrollar estrategias de mejora. Considerar estos factores es fundamental para interpretar los resultados de investigaciones en este campo (Andersson, 2020).

Inicialmente y el más importante es el *factor estructural* que involucra número de camillas, capacidad del área y disponibilidad de equipamiento. Si alguno de estos campos es limitado puede afectar en la saturación del servicio y la prolongación en la espera de atención.

Por otro lado, factores organizacionales, relacionado con la gestión interna del servicio, es decir, el sistema de triage implementado, los protocolos de clasificación, el flujo y secuencia de actividades, como también la gestión del personal y distribución de tareas. Su clasificación inadecuada se traduce como demora en la atención.

Aunque el componente central donde más se valora la demora en la atención, es el *recurso humano*, ya que la insuficiencia de personal, la sobrecarga laboral o la falta de capacitación. La característica clínica del paciente que asisten al servicio, se dividen en gravedad del cuadro, comorbilidad y necesidades de estudios diagnósticos, las interconsultas, requieren mayor dedicación de recursos.

Factores socioculturales, se refiere a la utilización inapropiada del servicio de urgencia haciendo referencia a aquellos motivos no urgentes, la falta de acceso a atención primaria y las expectativas del usuario incrementa la demanda de forma innecesaria y satura el sistema de triage, afectando no solo el tiempo de permanencia si no también la calidad de clasificación.

Ya que los factores antes mencionados se interrelacionan y varían según geolocalización, época del año, edad y comorbilidad del paciente, asignación de camas disponible y hora a la que se asiste, analizar los factores es clave para identificar áreas críticas de mejora y diseñar estrategias que fortalezcan la calidad y eficiencia del servicio. (American Psychological Association, 2020)

6.3.2.- Modelo conceptual de saturación del servicio de urgencias (2003)

Con respecto a la variable de permanencia del paciente, se basó la investigación en el “*Modelo Conceptual de Saturación del Servicio de Urgencias*” propuesto por Brent Aplin. Su aporte principal es integrar los múltiples factores que intervienen en el flujo de paciente desde su llegada hasta su egreso, y lo organiza en tres componentes

Inicialmente el *Inpunt*, que engloba los factores asociados a la demanda de atención, tanto el volumen como caracteriza de los pacientes que ingresan

al servicio. Esto involucra el número de consultas diarias, la gravedad de las patologías, los horarios pico de llegada y los factores demográficos como epidemiológicos que influyen en la demanda. El autor señala que el aumento de este, incrementaría la presión asistencial, lo que conlleva una saturación del servicio.

El segundo componente es el *Throughput*, aludiendo a los procesos internos de atención, incluyendo todas las actividades que ocurren dentro del servicio para resolver el motivo de consulta. Incluye los procesos de triage, la evolución médica como también de enfermería, los exámenes completarlos, el diagnóstico y tratamiento a efectuar y las tomas de decisiones clínicas. En él se valora la eficiencia operativa del servicio, donde los procesos internos presentan demoras, incluyendo escases de recursos o duplicación de tareas, afectando directamente al tiempo de permanencia del paciente.

Y por último el *Output*, relacionado con el egreso del paciente, es decir, las condiciones para ser dado de alta u hospitalizado. El autor señala que esta implica, la disponibilidad de camas, la coordinación entre servicio, la velocidad de traslado como de derivación. Este componente es reconocido por Asplin, como la principal causa de saturación, especialmente en hospitales.

Este modelo constituye la base para analizar la **variable permanencia del paciente**, ya que permite identificar los factores del sistema que influyen en el tiempo de estancia en urgencias.

6.3.3.- Relación entre Triage y Permanencia

Efectivamente el sistema de triage garantiza una clasificación objetiva que racionaliza el uso de recurso y reduce tiempo, por ello este determina la rapidez del inicio de la atención, su relación con el tiempo de permanencia es más complejo.

Se puede determinar que el paciente de alta urgencia, suele tener tiempos de espera muy breves, pero su permanencia en urgencias puede ser más extensa debido a la necesidad de estabilización, estudios diagnósticos complejos e interconsultas (Devia Jaramillo et al., 2025).

De este modo, pacientes de urgencia intermedia, suelen presentar los mayores tiempos de permanencia. Esto se debe a que no requieren atención inmediata, necesitan múltiples estudios y observación prolongada antes de decidir su egreso (Villegas - Zuluaga et al.,2023).

Por otro lado, aquellos pacientes de baja urgencia solo si el servicio cuenta con protocolos de “fast-track”, suele resolver su atención rápidamente, con tiempos de permanencia reducidos (OPS,2011), de lo contrario su permanencia es prolongada hasta casi nula, por lo que se sugiere la valoración por atención primaria.

7.- MARCO METODOLOGICO

7.1.- Enfoque de la investigación

La presente investigación se desarrolla bajo un enfoque *cuantitativo*, dado que se utilizará datos numéricos obtenidos de los registros del servicio junto con instrumentos estandarizados.

7.2.-Tipo de estudio y diseño de investigación

De acuerdo al propósito de la investigación es de corte *descriptiva – correlacional*. Ya que busca vincular la calidad de la atención y el tiempo de permanencia del paciente, implementado un sistema de triage.

En relación al diseño de investigación es de tipo **observacional, transversal y retrospectivo**, porque los datos recolectados fueron observados en un periodo de tiempo exacto, donde se recopiló información.

7.3.- Población y muestra

La población del estudio estará conformada por aproximadamente 6.000 pacientes atendidos en el turno mañana (07:00–14:00) del Servicio de Urgencias del Centro de Adiestramiento René Favaloro durante el primer semestre de 2025.

El estudio utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando únicamente a los pacientes que cuenten con registros completos en la historia clínica y en la hoja de triage, y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

El tamaño muestral se determinará en función de la disponibilidad de casos registrados y la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

7.4.- Unidad de análisis

Unidad de análisis propuesta en esta investigación, es el/la paciente que ingresa durante el turno mañana en horarios de 7am a 14 pm del servicio de urgencia del Centro de Adiestramiento Rene Favaloro.

7.5.- Criterios de Inclusión y de Exclusión de la Muestra

1) Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos atendidos en el servicio de urgencia
- Historia clínicas y hojas de triage con registros completos de hora de ingreso, categoría de triage, hora de primera atención y hora de egreso.
- Atención registrada en el periodo de estudio definido

2) Paciente Criterios de exclusión:

- Pacientes pediátricos atendido en el servicio de urgencia
- Registros incompletos o ilegibles
- Paciente que abandonaron voluntariamente el servicio antes de ser atendido
- Casos en los que no se haya consignado la categoría de triage

7.6. - Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Instrumento de recolección
<i>Describir la calidad de atención brindada a los pacientes por el personal de enfermería durante el triage en el servicio de urgencia</i>	Calidad de atención	Es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual.	Estructura	Personal capacitado en triage Disponibilidad de equipamiento básico Existencia de protocolos	Revisión documental Encuesta estructurada
			Proceso	Aplicación correcta del triage Tiempo de clasificación Comunicación enfermero-paciente	
			Resultado	Satisfacción del usuario Concordancia entre categoría asignada y condición clínica	
Establecer el tiempo promedio de permanencia de los pacientes frente al	Tiempo de permanencia	Periodo comprendido entre el ingreso del paciente al servicio de urgencias y	Input	Categoría de triage Horario de consulta	Revisión documental Ficha de recolección
			Throughput	Tiempo desde triage hasta atención médica	

Triage de Enfermería del servicio de urgencia		su egreso o derivación	Tiempo total de permanenci a	Minutos desde ingreso hasta salida	
--	--	---------------------------	---------------------------------------	--	--

8.- BIBLIOGRAFIA

- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N., & Camargo, C. A. (2003). *A conceptual model of emergency department crowding*. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173–180.
- American Psychological Association. (2020) *Publication manual of the American Psychological Association*; ed.7°.
- Andersson, J. (2020). Long emergency department length of stay: A concept analysis. *International Emergency Nursing*. (p.52). Obtenido de: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100902>
- Asensio J (2008) *Una educación para el dialogo*. Barcelona.
- Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. (2009) *Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera*. Los modelos de cuidados. en *Fundamentos de Enfermería*. Colección Enfermería siglo 21. Madrid: DAE.
- Carpio Vásquez, F. C. (2022). *Efectividad del triaje enfermero en la atención de pacientes en el servicio de emergencia*; Trabajo académico para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Emergencias y Desastres, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Obtenido de: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13008/Efectividad_CarpioVasquez_Flor.pdf?sequence=1
- Chomsky, Noam. (1965) *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge.
- Coe G (1998) *Comunicación en salud*. Chaqui (p.27).
- Donabedian, A. (1984). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment (Vol. 1). Health Administration Press.
- Elizando. M (2005) en Gómez J.(2006) *Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado*. (p.37-38).
- Fedor. S, Gomez. J (2016) *Salus*. VOI 20 n°3. Valencia.
- Fernández E, Valdiveso S, Montesino Sanz M, Xufré Margarida (2008) *Papel de enfermería en el triaje de urgencia en atención primaria*. Aten primaria.

- Gómez J (2003) *Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias*. (cap.15; p. 165 – 174).
- Gómez J. (2006) *Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado*. (p. 156-164).
- Hernández Meno A y Garay O (2005) *La comunicación en el contexto deportivo*. En Hernández Meno A (coord.) *Psicología del deporte* (p. 199-265) Ed. Deportiva, S.L.
- Martínez de Velasco A y Nosnik A (1998) *Comunicación organizacional práctica*. Manual Genencial (México).
- Ministerio de salud Argentina (2021) *Realización del triaje y entrevista epidemiológica*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*. Washington, D.C.: OPS/OMS. ISBN 978-92-75-33165-1. Obtenido de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3524/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf
- Rodriguez, J., Guzman, A. (2020) Impacto de la estandarización del triaje en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Revisión sistémica. *Salud Global*. (p. 155).
- Serrano S (1992) *La semiótica*. Montesinos.
- Stanton.W., Etzel. M., Waker. B (2007) *Fundamento de marketing*. Mcgraw interamerican. (p.511).
- Tapiero, A (2001) *Humanidades médicas*. Vol.18 no.12. Madrir.
- Tipián Huamán, V. J. (2024). *Nivel de conocimiento del triaje en emergencias en profesionales de enfermería del Hospital Ramón Castilla de Lima*; Trabajo académico para optar el título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres, Universidad María Auxiliadora Repositorio Institucional UMA. Obtenido de:

<https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/2452/TRABAJO%20ACADÉMICO-%20TIPIÁN%20HUAMÁN.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

- Watelawick. Paul. (1991) *Teoría de la comunicacion humana*. Ed. Herden.
- Canales, F., de Alvarado, E., & Pineda, E. (1994). *Metodología de la investigación*. En *Metodología para el desarrollo de personal de salud*. 2da Edición.
- Cassany D, Luna M, Sanz G (1994) *“Enseñar Lengua”*. Ed Giau Barcelona. (p. 83-99).
- Devia Jaramillo, G. D., et al. (2025). Effective strategies for reducing patient length of stay in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *BMC Emergency Medicine*. (p. 55). Obtenido de: <https://doi.org/10.1186/s12245-025-00805-2>
- Gomez,M., Rodriguez,A., Pardo,J. (2023). El triaje en urgencias: revisión y aplicación práctica. *Revista española de medicina de urgencias*. (p.77-85).
- Jimenez,R., Martinez,L.,Perez,F. (2018). Evaluación de triaje en un servicio de urgencias hospitalarias: Comparación entre sistemas de 3,4 y 5 niveles. *Medicina clínica*. (p. 395-400). Obtenido de: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.03.017>
- Latapi, R. et al (2009) "*Lecturas sobre la educación en América Latina. Nuevas estrategias de comunicación en educación*". Centro de alfabetización. San José de Costa Rica. (p. 182).
- Mackway-Jones,K., Marsden,J., Windle,J. (2023). *Emergency Triage: Manchester Triage Group. Ed 3ªvesion 3.8*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Líneas de mejora en la calidad de atención en servicios de guardia*. Gobierno de Argentina. Obtenido de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidad>
- Ministerio de Sanidad, España. (2019). *Manual de triaje en urgencia hospitalarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social.

- Miró, O., Escalda, X., Jimenez, S. (2019). Calidad y seguridad en el triaje hospitalario. *Emergencias*. (p. 389).
- Oliveira, A., Souza, J. Lima, F. (2019) Implementación de triaje estructurado en servicios de urgencias de America Latina: Revisión sistemática. *Salud Global*. (p,201).
- Olmedo Carrillo, P., & Montes Berges, B. (2010). *Evolución conceptual de la Empatía*. Iniciación a La Investigación. Obtenido de: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/307>
- Olmedo, L. (2019). Factores que influyen en el inadecuado uso del sistema de triaje. Universidad Nacional de Cuyo. Obtenido de: https://bdigital.uncuyo.edu.ar/objetos_digitales/14673/olmedo-triaje.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Manual para la implementación de un sistema de triaje en servicios de urgencias. OPS/OMS. Obtenido de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3164>
- Pineda, E., Alvarado, E., & Canales, F. (2006) Metodología de la investigación. *McGraw-Hill*.
- Ratti, M. F., et al. (2023). Características clínicas y tiempos de atención en un hospital regional. *Revista Argentina de Salud Pública*. (p. 45–53).
- Soler. W. Gomez.M, Braguta,E, Alvarez. A (2010). *El triaje: Herramienta fundamental en urgencia y emergencia..*
- StatPearls. (2023). Emergency Department Triage. StatPearls Publishing. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557725/>
- Van der Hofstadt C, Quilmes Y, Quiles M (2006) *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. Ed 1° Generalital Valencia. Obtenido de: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
- Villegas-Zuluaga, T. M., et al. (2023). El triaje en los servicios de urgencias en hospitales de la región. *Revista Colombiana de Enfermería*. (p. 22).

-Wuerz, R., Milne, L., Eitel, D., Travers, D., Gilboy, N., (2001). Reliability and validity of e new five- level triage instrument. *Academic Emergency Medicine*. (p. 236). Obtenido de: <https://doi.org/10.1186/1757-7241-17-38>

ANEXO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para cumplir con los objetivos planteados en la presente investigación, es necesario obtener información válida y confiable que permita describir la calidad de atención durante el triage de enfermería y el tiempo de permanencia de los pacientes en el servicio de urgencias del Centro de Adiestramiento René Favaloro, durante el primer semestre de 2025. Con este propósito, se emplearán instrumentos de recolección de datos diseñados específicamente para recopilar información directa del proceso de triage y de la experiencia del paciente involucrado.

En primer lugar, se utilizará una entrevista estructurada aplicada a los pacientes, con el propósito de conocer su percepción respecto a la calidad de atención recibida por el personal de enfermería durante el triage.

En segundo lugar, se empleará una ficha de recolección de datos, que será completada a partir de la revisión de las historias clínicas y hojas de triage de los pacientes. Este instrumento permitirá obtener información objetiva relacionada con los tiempos de permanencia, categorías asignadas en el triage y registros clínicos consignados por el personal de enfermería.

MODELO DEL INSTRUMENTO

1.- Encuesta Estructurada

Encuesta de evaluación de la calidad en el servicio de urgencias

Título de estudio: Sistema de Triage de Enfermería

N° de paciente (asignado por investigador por privacidad)

Fecha de atención:

Objetivo: Describir la calidad de atención brindada a los pacientes

Instrucciones: Lea con atención cada interrogante y marque la opción que mejor refleje su experiencia. No hay respuestas correctas ni incorrectas; sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Villavicencio, Camila Agostina

A. Datos sociodemográficos

- Edad: años
- Sexo: Masculino Femenino Otros
- Nivel de urgencia percibido al llegar: Baja Media Alta

B. Items por dimensión

1) ESTRUCTURA

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Puede confirmar si el personal aplica el sistema de triage para clasificar paciente según la gravedad de su patológica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted cree que el personal se encuentra capacitado para realizar el triage? (entendiéndose como sistema de clasificación por prioridad) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted observó si que el personal cuenta con todo el equipamiento necesario para poder realizar el control de sus signos vitales? (tensiómetro, saturómetro, termómetro, glucómetro, EGC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) PROCESO

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Según su experiencia ¿Fue clasificado correctamente según su consulta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Estuvo el tiempo necesario para expresar todas sus inquietudes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿ La comunicación del enfermero fue clara durante triage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3) RESULTADOS

Escala: 1 = Muy malo, 5 = Muy bueno

Encuesta de Satisfacción

	1	2	3	4	5
La atención del personal fue respetuosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibí información clara durante el triage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo de espera fue adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.- Ficha de recolección de datos

Ficha de tiempo de permanencia**Título de estudio:** Sistema de Triage de Enfermería**N° de paciente:** (asignado por investigador por privacidad)**Fecha de atención:****Objetivo:** Establecer el tiempo promedio de permanencia de los pacientes frente al Triage**Datos sociodemográficos**

- Edad: años
- Sexo: Masculino Femenino Otros

1) Input (registro de ingreso)

- Categoría asignada:
 - I – Emergencia
 - II - Muy urgente
 - III – Urgente
 - IV – Menos urgente
 - V – No urgente
- Diagnostico presuntivo:
- Hora de llegada:

2) Throughpu (datos de atención de urgencia)

- Hora de ingreso:
- Hora de primera valoración:
- Hora de egreso (alta/internación / derivación):

3) Tiempo total de permanencia Cálculos

- Hora de egresos:
- Tiempo total desde el ingreso hasta el egreso: min

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: “Sistema de Triage de Enfermería en el Servicio de Urgencias del Centro de Adiestramiento René Favaloro, en la provincia de San Juan en el primer semestre de 2025. “

Este estudio es parte de un trabajo final de la Carrera Licenciatura en Enfermería de la EUCS-UNSJ.

INVESTIGADOR : Villavicencio, Camila Agostina

Sr./Sra.: _____ de ____ años de edad.

He recibido información apropiada y suficiente, logrando la comprensión para participar del trabajo de investigación bajo el título de “*Sistema de Triage de Enfermería en el Servicio de Urgencias del Centro de Adiestramiento René Favaloro, en la provincia de San Juan en el primer semestre de 2025*”.

Comprendo que participo de manera totalmente voluntaria y que puedo revocar mi consentimiento, sin necesidad de explicar el motivo y eso no afectará mi atención sanitaria.

Se me explicó claramente el objetivo del estudio, “Describir la vinculación de la calidad de atención y el tiempo de permanencia de los pacientes frente al Triage de Enfermería en el servicio de urgencia en el Centro de Adiestramiento Rene Favaloro”, reconociendo beneficios del mismo. Sé que mi participación consistirá en responder encuestas de preguntas cortas y observación de mi atención en el consultorio de triage.

Estoy en total conocimiento que mi información personal es confidencial y que mi participación no será conocida por otras personas, solo se usará para beneficio de la sociedad por la investigación planteada.

Yo _____ acepto voluntariamente y en total conocimiento de mis facultades a participar en este trabajo de investigación.

Firma: _____

Fecha: _____