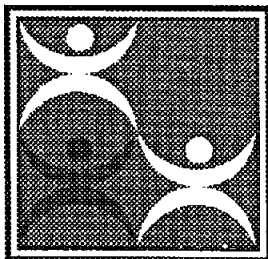
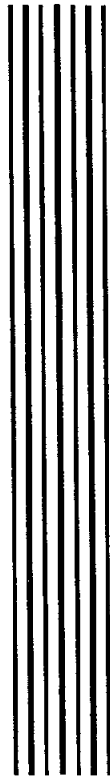
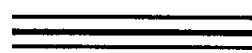


11237



HOSPITAL DEL NIÑO  
"DR. RODOLFO NIETO PADRÓN"  
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA,  
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**TESIS DE POSGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
**MEDICO ESPECIALISTA EN  
PEDIATRIA MEDICA**

TITULO

**MODELO ALTERNATIVO EN LA SELECCION  
DE PRIORIDADES DE ACCIONES MEDICAS EN LA  
ATENCION DE PACIENTES PEDIATRICOS  
EN UNA SALA DE URGENCIAS**

ALUMNO:

**DRA. SAGRARIO SOTO GONZALEZ**

ASESOR: DR. GERMAN ARTURO CORZO RIOS  
M. EN C. JOSE MANUEL DIAZ GOMEZ

MEDICOS PEDIATRAS ADSCRITOS AL HOSPITAL DEL NIÑO  
"DR. RODOLFO NIETO PADRON"



0351864

*Villahermosa, Tabasco; Septiembre del 2005.*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

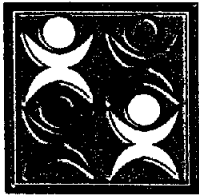


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

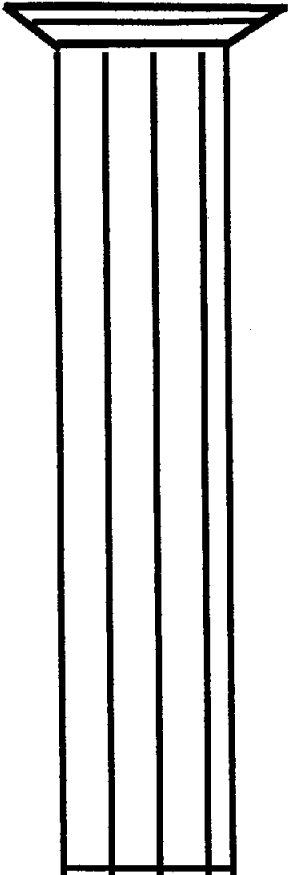
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



HOSPITAL DEL NIÑO  
"DR. RODOLFO NIETO PADRON"  
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA, ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



---

---

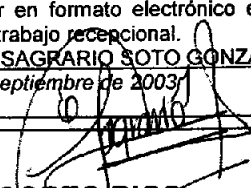
TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
MEDICO ESPECIALISTA EN  
PEDIATRIA MEDICA

TITULO: MODELO ALTERNATIVO EN LA SELECCIÓN DE  
PRIORIDADES DE ACCIONES MEDICAS EN LA ATENCIÓN DE  
PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA SALA DE URGENCIAS.

ALUMNO: DRA. SAGRARIO SOTO GONZALEZ.



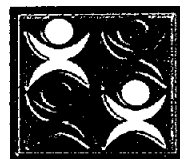
Secretaría  
de  
Salud

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo ~~receptional~~.  
NOMBRE: DRA. SAGRARIO SOTO GONZALEZ.  
FECHA: 30 de septiembre de 2003  
FIRMA 

DR. GERMAN ARTURO CORZO RIOS  
M. EN C. JOSE MANUEL DIAZ GOMEZ  
MEDICOS PEDIATRAS ADSCRITOS AL HOSPITAL DEL NIÑO  
"DR. RODOLFO NIETO PADRÓN"



Villahermosa, Tabasco. Septiembre 2003.



Villahermosa, Tab., Octubre 01 de 2003

**DR. LEOBARDO C. RUIZ PÉREZ**  
**JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIONES MÉDICAS**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
**PRESENTE.**


A través de este conducto comunicamos a ustedes, la conclusión de Tesis "MODELO ALTERNATIVO EN LA SELECCIÓN DE PRIORIDADES DE ACCIONES MEDICAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA SALA DE URGENCIAS", sustentado por la **DRA. SAGRARIO SOTO GONZALEZ**, por lo que se autoriza para los fines y tramites correspondientes para la titulación en la Especialidad de **PEDIATRÍA MÉDICA**, ante esa Universidad Nacional Autónoma de México.

Aprovechamos la ocasión para enviarles un cordial saludo y quedamos a sus apreciables órdenes.

**ATENTAMENTE**



**DR. ARTURO MONTALVO MARIN**  
**DIRECTOR GENERAL**



**DR. SERGIO DE JESUS ROMERO TAPIA**  
**JEFE DE ENSEÑANZA**

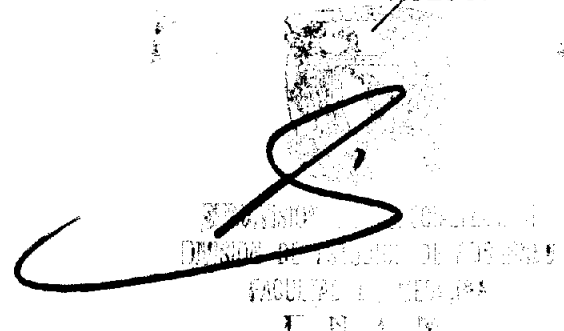


**DR. GERMAN A. CORZO RIOS**  
**ASESOR DE TESIS**



**M.enC. JOSE MANUEL DIAZ GOMEZ**  
**ASESOR DE TESIS**

DR. SDJRT\*\*lemv\*



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

## DEDICATORIAS

**A DIOS** Por darme la vocación y el gusto de ser médico, por permitirme superar el reto de esta etapa en mi preparación como profesionista de la medicina, y por darme la bendición de amar a los niños y poner a mi lado a toda la gente que amo.

**A ERICK** Mi esposo, amigo y compañero, por tu amor incondicional, por 11 años a mi lado, por confiar en mi en todo momento, por tu comprensión en esta etapa tan difícil de nuestras vidas y por crecer a mi lado en los momentos mas importantes de mi vida.

**A MI PADRE EMILIO** Por ser mas que mi padre, mi amigo, por demostrarme todo el cariño que guardas en tu corazón, por tu comprensión y por las enseñanzas de fortaleza ante las adversidades que has superado. Por tus sabias enseñanzas, consejos y refranes.

**A MI MADRE LUPITA** Por ser mas que mi madre mi amiga y compañera, por enseñarme todos los valores, tu cariño y comprensión, por decirme siempre "te lo dije" por tener siempre en tu rostro una sonrisa y por demostrarme que en la vida siempre se lucha para conseguir lo que buscas.

**A MIS HERMANOS EVA Y EMILIO** Por ser mis mejores amigos, por enseñarme otra manera tan especial de vivir, con su forma tan chida de ver la vida. Eva por ser una buena madre, esposa y hermana, y por enseñarme la otra cara de la pediatría. Emilio por ser tan capaz en la escuela y por enseñarme que la vida se puede ver de otra manera sin complicaciones.

**DR. CORZO.** Por apoyarme incondicionalmente en el reto de realizar esta carrera y este trabajo, por su estimulación muy característica para dar mas de lo que podemos.

**DRA. ESMERALDA** Por su comprensión, enseñanzas, y fortaleza, por hacerme ver que la vida puede ser mas serena de lo que parece y por hacerme ver que el manejo médico no termina en un tema de un libro si no que podemos ser médicos de cuerpos y almas.

**A MIS COMPAÑEROS DE ESPECIALIDAD** Isaías, Kenya, Esthela, Luis Felipe, por hacerme participe de sus vidas, por darme sus consejos y seguir los míos, por su amistad, que a pesar de las adversidades ha sido duradera.

**A TODOS MIS MAESTROS** Quienes aun sin conocerme me brindaron todas las enseñanzas y conocimientos que ahora guardo y con las que podré el día de mañana tratar a los niños.

## INDICE

I	RESUMEN	1
II	ANTECEDENTES	2
III	MARCO TEORICO	9
IV	JUSTIFICACIÓN	14
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
VI	OBJETIVOS	16
VII	METAS	17
VIII	METODOLOGÍA	18
	Diseño del experimento	18
	Unidad de observación	18
	Universo de trabajo	18
	Cálculo de muestra y sistema de muestreo	18
	Definición de variables	19
	Criterios y estrategias de trabajo clínico	19
	Instrumentos de medición y técnicas	20
	Criterios de inclusión	21
	Criterios de exclusión	21
	Métodos de recolección, base de datos	21
	Análisis estadístico	21
	Consideraciones éticas	22
IX	RESULTADOS	23
X	DISCUSIÓN	28
X	CONCLUSIONES	30
XII	BIBLIOGRAFÍA	32
XIII	ORGANIZACIÓN	35
XIV	EXTENSIÓN	35
XV	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	36
XVI	ANEXOS	37
XVI	TABLAS	39

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** Los servicios de urgencias, de algunos de los hospitales de segundo y tercer nivel del país, se han visto en la necesidad de implementar un sistema de selección de pacientes de acuerdo a su gravedad, para determinar la prioridad de acciones de acuerdo a la sintomatología, este sistema lo han denominado TRIAGE hospitalario, y describe un proceso medico de toma de decisiones merced al ejercicio clínico, valorando al paciente desde el primer contacto en un medio hospitalario, lo que definirán directamente la extensión y calidad del tratamiento medico otorgando así un tratamiento oportuno y de calidad (1)

**OBJETIVO:** En el hospital del niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, aun no se ha implementado ningún sistema de clasificación de pacientes por gravedad y siendo un hospital de tercer nivel, resultaría de gran importancia seleccionar la prioridad de acciones medicas en la atención de pacientes pediátricos, y proponer un modelo de atención alternativo en una sala de urgencias que cumpla con esta demanda.

**MATERIAL Y METODOS:** En este estudio descriptivo y prospectivo, mediante un modelo alternativo se seleccionaron todos los pacientes de 0 – 15 años que acudieron al servicio de urgencias a solicitar servicio. Se clasificaron de acuerdo a la toma de prioridad de acciones médicas mediante, una hoja de recolección de datos que incluyó la clasificación TRIAGE. Para lo que se requirió un equipo formado por trabajadora social, recepcionista, medico pediatra y / o residente de pediatría.

**RESULTADOS:** De la población estudiada, 9.2% se clasificaron en categoría I (con signos y síntomas severos), 28.2% en categoría II (signos y síntomas de severidad moderada), 28.7% en categoría III (signos y síntomas leves sin potencial de complicación) y 33.3% en la categoría IV (signos y síntomas de poca o ninguna severidad). Predominó el sexo masculino. El tiempo promedio de espera de atención orden de clasificación fue: de 31, 29, 38 y 37 minutos, en las clasificaciones I, II, III, Y IV respectivamente. El 75% de los pacientes fueron originarios del municipio de Centro, 15.7% de municipios vecinos y 4% de estados vecinos.

**CONCLUSIONES:** Es mayor el porcentaje de pacientes con sintomatología de poca o ninguna importancia, por el contrario los de sintomatología de mas gravedad constituyen la minoría. Se encontró una relación 1.6/1 a favor del sexo masculino, el grupo de edad que predominó fue el que comprende de 1 mes a 2 años , seguido por el de 6 años – 15 años, no hubo diferencia significativa en e tiempo de espera con respecto a la gravedad de sintomatología.

## ANTECEDENTES

El termino TRIAGE, fue introducido al argot medico, desde la época Napoleónica, la palabra proviene del francés " trier " que significa escoger o jerarquizar y fue adoptada al inglés, después de las guerras Napoleónicas, en donde los soldados con heridas letales se dejaban evolucionar hasta la muerte y a los que mostraban heridas menos graves recibían tratamiento, para incrementar las posibilidades de sobrevivida. Actualmente es usada en referencia a la toma de decisiones que se toma con respecto a los pacientes que se valoran en la una zona de desastres o en el área de urgencias de un hospital, con la finalidad de determinar prioridad de atención , tomando decisiones que definirán directamente la extensión y calidad del tratamiento medico, de esta manera, a los pacientes mas graves, o que presenten signos y síntomas de severidad extrema potencialmente letales, se les dará prioridad, dejando para un tiempo posterior o valoración secundaria a los pacientes menos graves, que presenten signos y síntomas moderados o leves sin potencial de complicaciones a corto plazo. (1,2,3)

Durante 1960, en los estados unidos de Norteamérica, las sociedades medicas y quirúrgicas, manifestaron la inquietud de tener un servicio de urgencias bien organizado, donde se atendiera a los pacientes en la etapa aguda de la enfermedad, por lo que propusieron un programa de atención en urgencias.(4)



En el año de 1970 en la universidad de Cincinnati, se realizó el primer programa de residencia en urgencias médicas. Sin embargo la formalización como vigésima tercera especialidad se realizó, por el consejo Americano de Especialidades médicas hasta 1979, cuando los servicios de urgencias eran atendidos por médicos especialistas en urgencias, sin existir separación entre urgencias pediátricas y de adultos. (5)

Es en 1973, cuando se inició el primer programa de servicio medico de urgencias, conformado por médicos especialistas, quienes beneficiarían a un grupo de víctimas de traumatismos múltiples y cardiopatías agudas (en ese entonces y actualmente la primera causa de muerte) así como quemaduras lesiones de medula espinal, intoxicaciones y urgencias siquiátricas, que acudían a los hospitales estatales. (5)

A principios del año 1978 se realizo un nuevo abordaje en la provisión de cuidados para individuos que sufren lesiones que amenazan la vida, y surge entonces el primer curso de apoyo avanzado para la vida en traumatología, asignado con las siglas ATLS. (3)

El colegio de pediatras en 1978 en los Ángeles California, reconoce que los servicios existentes en la medicina de urgencias, no satisfacían a las necesidades de la población pediátrica, es 2 años mas tarde en el año de 1980 que se establecen criterios de organización de los servicios de urgencias así como fases de asistencia y 7 años mas tarde la academia americana de pediatría en conjunto con la academia e cardiología elaboran el "apoyo avanzado para la vida en cardiología" o el ACLS, en

pacientes pediátricos, constituyendo posteriormente el " Pediatric Advanced Life Support " denominado con las siglas PALS. (6)

En 1979 el comité de traumatología del colegio americano de cirujanos, reconoce que el trauma es una enfermedad quirúrgica, adopta el curso TRIAGE, (selección de pacientes ) incorporándolo como un programa educativo.(3)

En la ciudad de México, el 19 de Noviembre de 1984, una explosión de tanques de almacenamiento gas butano en San Juan Ixcoatepec, al norte la ciudad, dejo como resultado cientos de pacientes con quemaduras graves, la mayoría de ellos fallecieron; Un año mas tarde en septiembre de 1985, la ciudad México es azotada nuevamente por un desastre natural, Un terremoto, que ocasionara miles de muertes y la desaparición de mas de 2500 camas de hospital

Estos 2 eventos, ocasionaron un retraso en la investigación, sin embargo fue piedra angular, para que en 1986 se iniciaran los primeros pasos para la preparación del personal que labora en las áreas de urgencias, trayendo el curso de Apoyo Avanzado para la Vida en Traumatología o ATLS y 10 años mas tarde en 1996 se inicia con la preparación de ACLS y PALS. (7)

En la mayoría de hospitales del país, se cuenta con los servicios de atención de urgencias, sin embargo, no en todos se cuenta con la separación de servicios de urgencias pediátricas y de adultos ; los hospitales que si cuentan con este servicio de urgencias pediátricas debe estar integrado por un equipo multidisciplinario y equipo especial capacitado y responsable para el TRIAGE, dichos servicios se han poblado,

de consultas de urgencias reales, pero a su vez son parte ocasionalmente de urgencias que para los padre de los infantes son motivo de consulta aunque estas realmente sean innecesarias.(8)

El grupo de edad, comprendido entre recién nacidos y 5 años, constituyen el grupo de población mas vulnerable y que demanda mas consulta al servicio de urgencias, y así mismo constituye la mayor proporción de urgencias no calificadas, en contraste con el grupo de edad mayores de 65 años que su motivo de consulta en la mayoría de los casos constituye una urgencia calificada. Esta ultima información basada en estudios realizados en la ciudad de Boston, en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se realizó una revisión de 10,200 consultas, mismas que solo un 15% se catalogaron como urgencias reales.(9)

En este estudio, Kleiman llegó a la conclusión, de que solo en un 15% de la población que acudía al servicio de urgencias solicitando consulta, eran urgencias verdaderas, otros investigadores como Udelson consideró un 13%, Gibson un 10%, y Wieman solo un 6 %. (9)

De las urgencias reales, se catalogaron; un 56%, como traumatológicas, y 12% requirieron servicio quirúrgico. Es por esto que el autor del estudio, Kleiman sugiere una planeación del servicio de urgencias, en Boston, donde la falta de accesibilidad a los servicios de primer nivel, aumenta la solicitud de atención a los servicios de urgencias.

La pediatría de urgencias como subespecialidad de la medicina, surgió desde 1981 – 1983 para atender los cuidados de urgencias y reanimación de lactantes, niños y adolescentes con enfermedades o lesiones graves como prevención de lesiones en la comunidad, cuidados prehospitalarios por técnicos y paramédicos en urgencias médicas, estabilización basada en el hospital y cuidados críticos y rehabilitación. (10,11,12,13)

En el registro estadístico del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1995 en los servicios de urgencias pediátricas del Centro Médico nacional La Raza, de tercer nivel de atención se atendieron 60,000 consultas, de ellas 70% se consideraron urgencias sentidas y 30 % verdaderas urgencias. (14)

J. Benito Fernández del departamento de pediatría del hospital de Cruces de Vizcaya España realiza en 1996 un modelo funcional y arquitectónico en el servicio de urgencias pediátricas para clasificar a los pacientes de acuerdo a la gravedad de la consulta con el fin de establecer prioridades , para garantizar la atención inmediata, del enfermo que lo requiere, independientemente de la presión asistencial. por lo que establece niveles de gravedad (15)

J. Benito Fernández propuso, una distribución de niveles y áreas como sigue:

- ❖ Área de clasificación de enfermos
  
- ❖ Área ambulatoria = nivel de gravedad 1 patología de bajo riesgo y buen aspecto general

- ❖ Área de tratamiento = nivel de gravedad 2 patología de alto riesgo (dificultad respiratoria, convulsiones, alteración de la conciencia, mal estado general etc.)
- ❖ Área de estabilización = nivel de gravedad 3 ( estado de coma, parada inminente, parada, y politraumatismo)
- ❖ Área de evolución = ingreso de pacientes para observación por un período inferior a 24 hrs.(15)

En Guadalajara, Jalisco, en el año de 1998, el Hospital General Regional numero 45, del Instituto Mexicano, del Seguro Social , se realizó un estudio, en el que se comparo, las urgencias calificadas y no calificadas. Obteniendo como resultado 52% urgencias calificadas, de estas un 68.5% requirió observación en el servicio, un 23% necesitó algún procedimiento, y del total de consultas un 48% fueron no calificadas , de estas ultimas un 95% fueron consideradas ajenas al servicio, expresadas por los padres como un 54% necesidad sentida, 15.6% por comodidad, Y 7.5% por no haber alcanzado turno en medicina familiar.(14)

En 1996 el Dr. Maximiliano de León Gutiérrez,(jefe de urgencias pediátricas del hospital Juárez de México) inició un análisis situacional completo, del área metropolitana comprendiendo: instalaciones, instrumental, equipo, ambulancias, central de comunicaciones y personal, por indicaciones de la dirección general, de los servicios de salud publica en el Distrito Federal y a solicitud de la asociación mexicana de urgenciólogos pediatras A.C. Se analizó del primero de noviembre de 1994 al 31 de Octubre de 1995. Los resultados reportaron que ingresaron al servicio

de urgencias 4,487,107 pacientes, de los cuales 2,347,992 fueron urgencias reales es decir 52.3%, del total de estas consultas 1 de cada 4 requirieron hospitalización, 5% requirió intervención quirúrgica y menos del 1 % requirió servicio de terapia intensiva y el resto. 47.7% se calificaron como urgencias no reales. Mientras que en hospitales privados, las urgencias reales correspondieron al 87% de las consultas.

La información vertida en estos antecedentes, nos da una idea acerca de la funcionalidad de los servicios de urgencias en el país, mismos que se encuentran bombardeados por todo tipo de consultas, aun cuando estas no sean verdaderamente urgencias. (14)

## MARCO TEORICO

El triage, es una palabra acuñada en lengua francesa cuyo significado es seleccionar, y/ o clasificar. Se puede clasificar en dos grandes grupos, el pre hospitalario y el hospitalario. (1)

Una urgencia se define como todo evento, inaplazable, médico quirúrgico, que puede poner en peligro la vida, la integridad o la funcionalidad de un órgano, en un momento dado, si no se atiende en forma inmediata.(2)

La medicina de urgencias, ha mostrado múltiples modificaciones en el correr de los años, definiéndose como función actual: Realizar un conjunto de medidas diagnosticas y terapéuticas que se realizan de primera instancia, para prevenir la muerte e incapacidad de los individuos, que sufren eventos agudos, que descompensan su salud. (3)

Por ende un servicio de urgencias, tiene que disponer de espacio físico, personal capacitado, multidisciplinario, optimo para ofrecer un servicio adecuado. (3)

aproximadamente un 64% de las consultas que acuden al servicio de urgencias no se catalogan como urgencias reales, un 25% corresponde a enfermedades crónicas,

En el hospital de niño las principales patologías que se observan son infecciones mal definidas, 4,564 por año, infecciones respiratorias agudas 11,175 anuales, asma 3380casos/año, seguidas por enfermedades amigdalinas crónicas, sin incluir los eventos traumáticos.

El servicio de urgencias constituye el área de primer contacto entre el paciente y el hospital, por lo que es necesario contar con personal y equipo para ofrecer atención oportuna y adecuada.

### **EQUIPO BÁSICO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.**

Recursos humanos como pediatra urgenciólogo, trabajadora social, enfermeras pediatras, personal de inhaloterapia, laboratorio y gabinete, camilleros, ministerio público, choferes de ambulancia, sala amplia con quirófano adyacente, lámparas, camillas, cunas térmicas, tomas fijas y portátiles de oxígeno, desfibrilador, monitores, baumanómetros con brazaletes de diferentes tamaños, bolsas autoinflables y mascarar, cánulas, equipos de canalización, y de cirugía menor.

### **TRIAGE HOSPITALARIO**

El triage hospitalario, se realiza en la sala de urgencias de un hospital, y depende de un grupo calificado, "comité de emergencia "conformado por médicos, enfermeras, paramédicos técnicos, camilleros y personal administrativo. (16,17,18)

Determinan la prioridad de cada paciente, para recibir el servicio que requiere, con la finalidad de darle atención prioritaria, en el tiempo especificado de acuerdo a la clasificación **TRIAGE**

Esta clasificación, fue introducida al medio hospitalario con la finalidad de escoger a los pacientes que acuden al servicio de urgencias, y requieran atención inmediata o que puedan esperar atención alrededor de 15 minutos o puedan ser trasladados a un servicio de consulta externa



De esta manera se dará prioridad a los pacientes con clasificación I y II y podrán esperar en sala de espera los de clasificación III y IV mientras se atienden los primeros, de tal manera que el primer contacto de un paciente antes de su ingreso debe ser con el personal encargado y capacitado del sistema TRIAGE

### **CATEGORÍA TRIAGE**

Constituye una estrategia indispensable en el servicio de urgencias, para determinar la prioridad de atención y servicios que cada paciente requiere de acuerdo a las manifestaciones clínicas que presente a su ingreso y se clasifica de acuerdo a la siguiente clasificación. (19,20,21)

### **CLASIFICACION TRIAGE HOSPITALARIO**

#### **CATEGORÍA I**

Paciente con signos y síntomas de severidad extremas, y que tiene el potencial de sufrir complicaciones mayores severas, incluyendo la muerte, estos pacientes requieren evaluación inmediata.

Hipo reactividad, traumatismo penetrante de tórax o abdomen, abuso sexual o físico, estatus asmático, crisis convulsivas, deshidratación severa, dolor testicular, cianosis generalizada, dificultad respiratoria severa, fiebre mayor de 39°C estado de choque, traumatismo craneoencefálico severo, fractura expuesta.

## **CATEGORÍA II**

Paciente con signos y síntomas de severidad moderada , cuya evaluación medica no tiene que ser inmediata, pero que deberá ser atendido en un lapso menor de 15 minutos .

Heridas o laceraciones de piel, fracturas simples, sospecha de sangrado intestinal, dificultad respiratoria leve, deshidratación moderada, dolor abdominal agudo (menos de 24 horas) llanto ronco, irritabilidad, diarrea con deshidratación moderada. Fiebre menor de 39°C.

## **CATEGORIA III**

Pacientes con signos y síntomas leves que no tienen potencial de complicaciones severas inmediatas, cuya evaluación puede esperar mas de 15 minutos.

Dolor abdominal no agudo (mas de 24 horas), urticaria sin dificultad respiratoria, gastroenteritis sin deshidratación, esguince o luxaciones, abscesos, intoxicación sin dificultad respiratoria, hipotermia.

## **CATEGORÍA IV**

Pacientes con signos y síntomas con poca o ninguna severidad, que puede esperar la atención de los pacientes de las otras categorías o que pueden ser atendidos en un servicio de consulta externa.

Resfriado común, conjuntivitis, disuria, estreñimiento.

Es fundamental recordar que en la observación es un requisito la reevaluación, dados los posibles cambios en la condición de ingreso del paciente.

Toda institución de salud debe tener preestablecido un "Plan Hospitalario de Emergencias", de acuerdo con sus recursos económicos y humanos, el sector al cual pertenece (oficial o privado), el área de influencia y el análisis de vulnerabilidad de la zona.

Este Plan de Emergencias debe incluir la estructura, limitaciones, responsabilidades y funciones especiales del Comité de Emergencia, así como el listado de todo el personal de la institución. Lo anterior para evitar que se crucen, sobrepongan o entren en conflicto las diferentes autoridades y permitir una respuesta ágil con acciones inmediatas y definitivas. Es conveniente realizar periódicamente simulacros para mantener a todos los que participan debidamente capacitados.(3)

En forma ideal debe existir un área específica para la atención de los pacientes politraumatizados. El equipo adecuado para el manejo de la vía aérea ( laringoscopios, cánulas etc.) mismo que debe estar organizado, probado y localizable. Y que este accesible de forma inmediata(3,22)

Equipo para mantener sistema cardiovascular, con cristaloides tibios, así mismo disponibilidad de equipo de monitorización.

Todo el personal que se pone en contacto con los pacientes deberá de mantener protección, para evitar adquirir una enfermedad infecto-contagiosa. Tal protección se lleva a cabo con lentes, mascarillas, ropa impermeable y guantes.

## JUSTIFICACIÓN

Siendo el Hospital del niño un centro de atención específico y de concentración, atendiendo una población abierta y como centro de referencia pediátrica a nivel estatal, por el interés de los padres en atención a la salud de sus hijos, representa un volumen de consulta diaria mal clasificadas como urgencias, no existe un modelo aplicable alternativo en selección de urgencias medicas, por lo que necesario la propuesta y evaluación de dicho modelo, de resultar eficaz esta alternativo se propone para su aplicación en otros hospitales, que representen la magnitud de urgencias en niños, que sirva como mecanismo de valoración para que de forma rápida y sencilla se detecten padecimientos que representen una urgencia potencial, fácil de atender y evitar demoras en la atención.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Algunos hospitales de segundo y tercer nivel de nuestro país, cuentan con un sistema de clasificación de pacientes en el servicio de urgencias, que permite seleccionar a los mismos de acuerdo a su gravedad, y otorgar un manejo prioritario a los de mayor gravedad, este modelo de atención es llamado TRIAGE hospitalario.

La población pediátrica que requiere consulta de urgencias cada día es mayor, creando una problemática de gran demanda en salud, siendo que en muchas ocasiones crean inconformidad del usuario y de igual forma implicación legal. En los últimos años se presentan 34,200 consultas anuales y con un promedio 2,850 consultas mensuales, en el hospital del niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón. La falta de educación del usuario sobre la adecuada utilización del servicio, siendo los padres que determinan la urgencia del niño, de igual forma la falta de un modelo alternativo en la selección adecuada del tipo de urgencias, es causa posible del incremento de consultas que deberán atenderse en otros centros de salud, sin que ameriten llegar a un hospital con estas características y que faciliten la atención oportuna a urgencias reales. Una consulta de urgencias con una atención oportuna y clasificable representa una disminución en la presencia de morbilidad y mortalidad infantil, además la mejor integración en salas de urgencias (trascendencia), que permitan modelos de atención específicos, y servir de propuestas benéficas para el beneficio de la salud de los niños (Alternativa de solución).

## **OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Identificar y clasificar las urgencias medicas, para la propuesta de un modelo alternativo en la atención de pacientes pediátricos en una sala de urgencias.

## **METAS**

Conocer el tipo de consulta que acude al servicio de urgencias de el hospital del niño Dr Rodolfo Nieto Padrón, con la finalidad clasificarla por signos y síntomas de mayor a menor gravedad, conocer, el tiempo promedio de espera en la sala de urgencias, determinar la importancia del tiempo de espera y descubrir la importancia de morbimortalidad que esto ocasiona, y así mismo, proponer un modelo alternativo, en selección de prioridades de acciones medicas en la atención de pacientes pediátricos en la sala de urgencias de este y otros hospitales.

## **METODOLOGIA**

**TIPO DE ESTUDIO.-** Descriptivo y prospectivo

### **UNIDAD OBSERVACIONAL**

Todos los pacientes pediátricos que acudan al servicio de urgencias a solicitar servicio de consulta durante el periodo de 01 septiembre al 30 de septiembre del 2003, durante los turnos matutino y vespertino.

**UNIVERSO DE TRABAJO.-** Pacientes pediátricos de 0 – 15 años de edad que acudan a consulta al servicio de urgencias del hospital del niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón durante el mes de septiembre del 2003 .

### **CALCULO DE LA POBLACIÓN ESTIMADA:**

Mediante la formula del programa STATS de acuerdo a la población estimada por el servicio de epidemiología de este hospital durante el año 2003 se atendieron un total de 34,200 consultas anuales, por lo que una población significativa será de 370 consultas.



## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### INDEPENDIENTES

1. Edad ( 0 – 15 años)
2. Sexo (ambos)

### DEPENDIENTES

1. Municipio (Tabasco)
2. Hora de llegada ( minutos)
3. Hora de atención (minutos)
4. Tiempo de espera (minutos)
5. Categoría I (signos y síntomas)
6. Categoría II ( signos y síntomas)
7. Categoría III ( signos y síntomas)
8. Categoría IV (signos y síntomas)
9. Destino al final de la consulta.

## **CRITERIOS Y ESTRATEGIA DE TRABAJO CLINICO**

Los sujetos ingresados al estudio que acudieron a consulta a la sala de urgencias , previo consentimiento por escrito de un familiar responsable y obtenido por la trabajadora social del servicio, así mismo se llenó el formato de la base de datos por un investigador (anexo1). El cuidado medico en general fue proporcionado de forma estricta por médicos pediatras y especialistas durante el turno matutino y vespertino.

## **INSTRUMENTOS DE MEDICION Y TECNICAS**

Desde el inicio del estudio y a cada paciente que acudió a consulta a urgencias se le obtuvieron datos de sus signos y síntomas de la enfermedad que presentó y se determinó mediante la hoja de recolección de datos y se distribuyó a las categorías I II III IV de acuerdo a la sintomatología que presentó.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

Se incluyeron todos los pacientes pediátricos de ambos sexos, de 0 – 15 años de edad que acudieron a solicitar consulta al servicio de urgencias.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Se excluyeron todos los sujetos cuya hoja de recolección de datos fue incompleta.

## **METODO DE RECOLECCION Y BASE DE DATOS**

Se realizó la recolección de las variables aplicando una encuesta de todos los pacientes que acudieron a consulta al servicio de urgencias en el periodo del 1 al 30 de septiembre de 2003. El documento general se procesó en el programa MICROSOFT WORD, DE WINDOWS 98 y el procesamiento y análisis con el programa SPSS.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Se obtuvieron rangos promedios porcentajes.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El estudio se realizó durante la solicitud de consulta de urgencias, durante un periodo del 1 – 30 de septiembre del año 2003 , no representa ninguna implicación ética el estudio debido a que no se utilizarán ningún método invasivo durante el estudio.

## RESULTADOS

Se identificaron un total de 400 pacientes que solicitaron consulta en el servicio de urgencias de este hospital, los cuales se clasificaron de acuerdo a su gravedad de mayor a menor, siendo la categoría I los pacientes mas graves y la categoría IV los de menor gravedad..

De la población total estudiada, 37 pacientes se incluyeron en la categoría I, constituyendo un 9.2% de la consulta total, lo que traduce como minoría a los pacientes que acuden en estado grave. 113 pacientes en la categoría II, con un 28.25%, 115 en la categoría III, con un 28.75% y 132 en la categoría IV, con un 33.3%, incluyendo en esta ultima categoría la mayoría de los pacientes. ( ver tabla 1)

Del total de pacientes 152 correspondían al sexo femenino, es decir un 38% Y 245 correspondían al sexo masculino constituyendo un 61.5% formando una relación hombre/ mujer de 1.6 / 1, con una mayoría en el sexo masculino. (ver tabla 1)

De acuerdo a la edad, el grupo que mas solicitó consulta fue el que comprende de 1 mes a 2 años con un total de 197 pacientes correspondiendo a un 49.2%, seguido del grupo de 6 – 15 años con un total de 97 consultas representando el 24.3% de la consulta, le sigue el grupo de 3 – 5 años con 75 consultas con un 18.7% y por ultimo el grupo de 0 – 28 días con un 7% (ver tabla 2)

Los pacientes clasificados en la categoría I, siendo los mas graves presentaron un tiempo promedio de espera de 31.2 minutos con un rango mínimo de

0 minutos y uno máximo de 120 minutos. los de la categoría II esperaron como promedio 29.5 minutos con un rango mínimo de 0 minutos y uno máximo de 155 minutos, la categoría III espero como mínimo 0 minutos y máximo 145 minutos con un promedio de 38.2 minutos, y la categoría IV esperó como promedio 37.5 minutos como mínimo 0 y máximo 137 minutos. (ver tabla 3)

De los pacientes que solicitaron servicio de consulta el 75% provenía del municipio del centro, 15.7% de los municipios circunvecinos del estado de tabasco y un 4.7% de estados vecinos incluyendo, Campeche, Veracruz, y Chiapas. (ver tabla 4 )

Posterior a la atención medica inicial, un 10% de los pacientes requirieron hospitalización, 77% fueron enviados con manejo a su domicilio y 5.5% fueron enviados a consulta externa de 1er nivel, pediatría o subespecialidad. (ver tabla 4)

## **CATEGORIA I**

De los pacientes calificados como categoría I quienes manifestaron sintomatología mas severa, 11 fueron mujeres constituyendo un 30% y 26 hombres representando un 70%. Con una relación hombre mujer 2.3/ 1 (ver tabla 1)

El grupo de edad mas afectado fue el de 1 mes a 2 años sumando 20 pacientes en total y constituyendo un 54%, seguido por los grupos de pacientes entre 3 y 5 años, a la par del grupo de 6- 15 años con 6 pacientes cada grupo y un 16.2% ambos y por ultimo los pacientes de 0 – 28 días con 5 pacientes en total representando un 13.5% (ver tabla 5).

En esta categoría el tiempo promedio de espera en la sala correspondiente

fue de 31.2 minutos con un tiempo mínimo de 0 minutos y un tiempo máximo de 120 minutos. (ver tabla 6)

El destino final de 22 pacientes que representan un 60% fue la hospitalización y 15 pacientes constituyendo un 40% fueron enviados a su domicilio (ver tabla 7)

El 79% de los pacientes fueron originarios del municipio de Centro sumando 29 en total y 5 pacientes provinieron de municipios vecinos, constituyendo un 13% y solo 3 pacientes (8%) provinieron de estados vecinos como Campeche, Veracruz y Chiapas (ver tabla 7)

## **CATEGORIA II**

Los pacientes clasificados en la categoría II presentaron síntomas y signos de severidad moderada, en total se clasificaron 113 pacientes formando un 28.2% de la población total estudiada.

En este grupo predominó el sexo masculino con 65 pacientes que representan un 57.7% en comparación del sexo femenino con 48 pacientes y un 42.5% formando una relación hombre mujer de 1.3/ 1 (tabla 8)

En cuanto a la edad el grupo mas numeroso lo constituyo el que comprende de 1 mes a 2 años constituyendo un 44.2% seguido por el grupo de 6 – 15 años y de 3 – 5 años con un 35 y 25 pacientes respectivamente , representando un 31% y 22% respectivamente de este grupo. y finalmente el grupo menos numeroso, fue el de 0 – 28 días con 3 pacientes y un 2.6% de representación porcentual.

(ver tabla 9)

El tiempo promedio de espera en la sala correspondiente fu de 29.3 minutos con un tiempo mínimo de 0 minutos y un tiempo máximo de 155 minutos.(ver tabla 10)

El destino final de 82 pacientes fue su domicilio con un 85% de porcentaje, y únicamente 11 pacientes (11%) requirieron del servicio de hospitalización, y finalmente 2 pacientes (2%) fueron enviados a consulta (tabla 10)

86 pacientes (79%) fueron originarios del municipio de Centro 18(13%) de municipios vecinos del estado de Tabasco y finalmente 5 pacientes (4%) originarios de estados vecinos como Campeche, Veracruz y Chiapas. (tabla 10)

### **CATEGORIA III**

Los pacientes clasificados en este grupo son los que presentaron signos y síntomas leves sin potencial de complicación sumaron en total 115 pacientes representando un 28.7% de la muestra total, de estos 76 fueron masculinos con un 66% de importancia porcentual, y 39 fueron del sexo femenino con un índice porcentual de 34% formando una relación hombre - mujer de 2/1 (ver tabla 11)

El grupo mas numeroso fue el de 1 mes a 2 años con 66 pacientes (57.4%) seguido por el grupo de 6 – 15 años con 28 pacientes (24%) y finalmente los grupos de 3-5 años y de 0 – 28 días con 16 y 5 pacientes respectivamente, con un porcentaje de 14% y 4.3% respectivamente ( ver tabla 12)

En este grupo el tiempo promedio de espera de atención de consulta, en la sala correspondiente fue de 38.2 minutos con un tiempo mínimo de 0 minutos y máximo de 145 minutos (tabla 12)

93 de los pacientes forman un 80% que su destino final fue a su domicilio 13 pacientes que forma un 11.3% fueron enviados a consulta externa, y únicamente 6 pacientes (5.2%) fueron hospitalizados.



79% ( 86 pacientes) fueron originarios del municipio del Centro, 19% (21 pacientes) de municipios circunvecinos y 2% (2 pacientes) originarios de estados vecinos como Chiapas, Veracruz, y Campeche.(ver tabla 13)

#### **CATEGORIA IV**

Los pacientes clasificados en este grupo son los que presentaron signos y síntomas de ninguna severidad, en total sumaron 132 pacientes, constituyendo un 33.3% de la población total estudiada . De estos pacientes 78 fueron del sexo masculino, representando un 19.5%, 54 fueron del sexo femenino constituyendo un 13.5%, formando una relación hombre mujer de 1.4/ 1 (ver tabla 14)

Siendo el grupo de edad mas afectado ,el de 1mes a 2 años con un total de 40 pacientes re4presentando un 46% de índice porcentual, seguido por el de 3 a 5 años y 6 a 15 años con 21.2% de porcentualidad a la par. y por ultimo el grupo de 0 – 28 días con 15 pacientes y 11.3% de representabilidad.(ver tabla 14)

El tiempo promedio de espera en la sala correspondiente fue de 37.5minutos con un tiempo mínimo de 0 minutos y un tiempo máximo de 137 minutos.

118 pacientes (93%) fueron dados de alta a su domicilio, 1 (0.8%) fue hospitalizado, 7 pacientes (5.2%) fueron enviados a consulta externa.(ver tabla 15)

Del total de pacientes 100 (78%) fueron originarios del municipio del centro, 19 pacientes (15%) de municipios vecinos, y 9 pacientes (7%) de estados vecinos. (ver tabla 16)

## DISCUSIÓN

El servicio de urgencias constituye el primer contacto con el paciente, en un hospital, por lo que se realizó un modelo alternativo para la selección de pacientes de acuerdo a prioridades según la sintomatología que presente cada paciente, con la finalidad de clasificar a los pacientes de acuerdo a la gravedad, para así otorgar una atención oportuna y eficaz.

De el total de consultas anuales vistas en este Hospital del Niño suman aproximadamente 34,200, similar al del instituto nacional de pediatría que en 1999 se atendieron 34,697 pacientes por año, de estos pacientes 12,543 ( 36.1%) fueron catalogadas como urgencia real y el resto urgencia sentida.

Resulta de importancia mencionar que el grupo masculino representa el grupo mas susceptible pues en todas las categorías representó el mayor porcentaje de consulta, en comparación al sexo femenino, aunque no llegamos a ninguna conclusión del motivo de esta estadística, suponemos que por los creencias socioculturales, en el estado pues continúa la preferencia hacia la salud en el sexo masculino, los padres acuden con los hijos varones en etapas mas tempranas de los padecimientos la relación estadística resultante fue de hombre / mujer de 1.6/ 1.

En todas las clasificaciones el grupo de edad mas afectado es el que comprende de 1 mes a 2 años, mismo que concuerda con la etapa mas labil en cuanto a el desarrollo del sistema inmunológico.

la mayoría de las personas que acudieron al servicio de urgencias a solicitar consulta fueron del municipio del centro, donde se encuentra situado este hospital, al igual que en el estudio de S, Lapeña, López, quien considera que por cercanía se sobreutiliza el servicio de urgencias. (22)

Finalmente no existe una diferencia importante entre el tiempo de espera de un paciente con signos y síntomas severos que ponga en peligro la vida y un paciente que presenta signos y síntomas de ninguna severidad, pues el promedio de espera del primero es de 31.2 minutos y el del último es de 37.5 minutos.

Por lo que es necesario que exista un personal capacitado para recepcionar pacientes en la sala de urgencias al solicitar la consulta y clasificarlos para su atención de acuerdo a la gravedad de sus signos y síntomas, de forma oportuna y así identificar por el médico en turno la atención de acuerdo a la categoría manifestada.

Así mismo es de importancia haber realizado este estudio para identificar la atención actual en el servicio de urgencias y así proponer un modelo alternativo en la selección de prioridades de acciones médicas y disminuir la morbimortalidad.

## **ORGANIZACION**

### **RECURSOS HUMANOS**

- ❖ Recepcionista de turno matutino y vespertino
- ❖ Médico pediatra y o residentes de pediatría
- ❖ Investigador (3)

### **RECURSOS MATERIALES**

- ❖ hojas blancas
- ❖ Computadora de escritorio HP PAVILION procesador de 700 MHZ  
( pentium IV ) disco duro de 60 GB, 256 MB de memoria en RAM.
- ❖ IMPRESORA HP EPSON C62 de tinta.
- ❖ 5 bolígrafos

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AÑO 2003			
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
BUSQUEDA DE BIBLIOGRAFIA	XXX	XXX		
ELABORACION DE PROTOCOLO		XXX		
ASESORIA METODOLOGICA	XXX	XXX	XXX	
RECOLECCION DE DATOS			XXX	
CAPTURA DE INFORMACION			XXX	
ANALISIS ESTADISTICO			XXX	
DOCUMENTO FINAL				XXX

## CONCLUSIONES

- ❖ En este estudio se determinó que es menor la frecuencia de pacientes con sintomatología grave en una sala de urgencias y por el contrario es mayor la frecuencia de pacientes con sintomatología leve, no clasificada como urgencia.
- ❖ Se confirma que los pacientes con signos y síntomas mas graves, tienen mas alto índice de hospitalización
- ❖ La mayor parte de los pacientes con signos y síntomas menos severos, son regresados a su domicilio, posterior a recibir consulta por el medico.
- ❖ El sexo masculino predomina en numero y gravedad, en la consulta de urgencias.
- ❖ No existe una valoración adecuada de los pacientes al ser recibidos en el servicio de urgencias, pues los pacientes de signos y síntomas mas severos tienen que esperar un tiempo similar en la sala de espera que los pacientes con signos poco o nada severos.
- ❖ Independientemente del sexo, gravedad, y edad, los pacientes que mas acuden a este servicio de urgencias, son los del municipio del Centro, por la cercanía del hospital.

- ❖ Es necesario que exista un criterio regido por un modelo de atención , que sea útil para calificar a los pacientes que solicitan el servicio de consulta de urgencias en cuanto se presentan, con la finalidad de clasificarlos de acuerdo a la severidad de signos y síntomas y se otorgue un servicio de calidad y oportuno, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad de los pacientes, así como, evitar el conflicto que se suscita en la sala de espera.
  
- ❖ Es necesario que exista personal capacitado para recibir a los pacientes en la sala de urgencias cuando solicitan la consulta, pueda clasificarlos, y se atiendan de acuerdo a la gravedad de sus signos y síntomas, de forma oportuna y así disminuir la morbimortalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Salvador Amor S. Evaluación inicial en urgencias. Romeo SRS. *Hospital infantil de México Federico Gómez Urgencias en Pediatría*. 5ta ed. México, D.F.: Editorial Mc Graw Hill 2000: 31-33
2. Pérez CAG. *Incidencia de urgencia real y / o sentida en el servicio de urgencias del HNRNP durante el mes de Octubre de 1998* TESIS Villahermosa, Tabasco. México.: 1998: 1-12
3. American College of Surgeons Committee on Trauma. *Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma Para Médicos*. 6ta ed. Chicago, Illinois.: 1997 ; 10-25
4. Foltin G. Fulas S. *Avances en los sistemas de asistencia médica a las urgencias infantiles*. *Emerg Med Clin North Am* 1991;3:436
5. Rockwood CH, Mann C, et al. *History of emergency medical services in the United States*. *J. Of trauma* 1976;4(16):299
6. Peña ME, Snyder BL. *Pediatric emergency medicine: The history of a growing discipline*. *Emerg Med Clin North Am* 1995; 13(2):235
7. Petrack EM, Li MM *Leadership and management in pediatric emergency medicine*. *Pediatr Emerg Care* 1995; 11(3):188
8. Jorge EMT. *Temas de Pediatría , Urgencias Asociación Mexicana de Pediatría*. 1998; 1-5



9. Kleinman JC, Tanner MN. Planning for emergency medical service in Boston. Public Health Rep 1975; 5:460
10. William WHJ, Anthony RH, Jessie R.G, *Diagnostico y tratamiento pediátricos* 10aed. México D.F.: Editorial El Manual Moderno 1999:289.
11. Isaacman DJ, Davis HW: *Pediatric emergency medicine*: State of the art. Pediatrics 1993;91:587
12. Lohr KN, Durch JS, *Emergency Medical Services for Children*, Report to the nation from the institute of medicine, Committee on pediatric Emergency Medical services. National Academy Press, 1993.
13. Secretaría de Salud Recursos y servicios, Sistema nacional de Salud, Boletín de información estadística No 13. México.: 1993.
14. Díaz Enrique. Guías para la Atención de Desastres o Catástrofe. Manual de Urgencias en Medicina Interna. Asociación Colombiana de Medicina Interna. Ediciones Acta Médica Colombiana Santafé de Bogotá, 1994 W.W.W. FEPAFEM.COM Bogotá, Colombia.
15. Manual de Urgencias en Medicina Interna. Asociación Colombiana de Medicina Interna. Ediciones Acta Médica Colombiana, 1994 W.W.W. FEPAFEM.COM Bogotá, Colombia.
16. Champion H, Sacco, et al. Revision of the trauma score. J Trauma:623, 1989
17. Sarmiento JP. Plan hospitalario de emergencia No. 1. Ministerio de Salud de Colombia, 1991

18. Análisis de vulnerabilidad y planes hospitalarios de emergencias. Secretaria de Salud. Santafé de Bogotá, 1992 W.W.W. FEPAFEM.COM Bogotá, Colombia.
19. Departamento de epidemiología, hospital del niño Dr. Rodolfo nieto padrón información obtenida del año 2002
20. Institute of medicine, committee of pediatric emergency Medical Services. Durch JS, Lohr KN, eds. Emergency Medical Services for Children. Washinton DC: National Academy Press; 1993
21. J. Benito FD. Urgencias en pediatría: buscando una atención mas especializada. Anales españoles de pediatría. Hospital de Cruces Vizcaya España; 1996: (44)4:212-216.

# ANEXOS

**CLASIFICACION DEL TRIAGE HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
HOSPITAL DEL NIÑO DR. RODOLFO NIETO PADRÓN**

sexo \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ municipio \_\_\_\_\_ hora de llegada \_\_\_\_\_ hora de atención \_\_\_\_\_ medio de transporte \_\_\_\_\_ Acompañante \_\_\_\_\_

**CATEGORÍA I  
NEUROLÓGICO**

- SOMNOLENCIA
- CRISIS CONVULSIVA
- MIRADA FIJA
- FALTA RESP. A ESTIMULOS
- TCE SEVERO
- ESTADO DE CHOQUE

**RESPIRATORIO**

- RESPIRACIÓN RAPIDA / LENTA
- SIBILANCIAS + DIF RESPIRATORIA
- DIFICULTAD RESPIRATORIA
- CIANOSIS GENERALIZADA
- LLANTO S/ LAGRIMAS
- TRAUMA PENETRANTE TORAX O ABDOMEN

**OTROS**

- FRACTURA EXPUESTA
- ABUSO SEXUAL
- PIEL MARMÓREA
- ABUSO FISICO
- DOLOR TESTICULAR
- FIEBRE > 39°C

**CATEGORÍA II  
NEUROLÓGICO / RESPIRATORIO**

- TCE SIN ALTERAC ALERTA
- IRRITABILIDAD
- LLANTO RONCO
- DIFICULTAD RESPIRATORIA LEVE
- SIBILANCIA SIN DIFUCULTAD RESPIRATORIA

**GASTROINTESTINAL**

- DOLOR ABDOMINAL (<24HR)
- NAUSE / VOMITO + DESHIDRATACION
- SOSPECHA SANGRADO INTESTINAL

**OTROS**

- FIEBRE < 39 GRADOS
- DESHIDRATACIÓN SIN CHOQUE
- FRACTURA SIMPLE
- HERIDAS LACERACIONES PIEL

**CATEGORÍA III**

- DOLOR ABDOMINAL NO AGUDO ( mas 24 HR)
- URTICARIA / INTOXICACIÓN SIN DIF. RESPIRATORIA
- GASTROENTERITIS S/ DESHIDRATACIÓN

- ESGUINCE / LUXACIÓN
- ABSCESOS
- NAUSEA Y VOMITO SIN DESHIDRATACION

- HIPOTERMIA
- OTALGIA

**CATEGORÍA IV**

- RESFRIADO COMUN
- FALTA DE APETITO

- CONJUNTIVITIS
- DERMATOSIS CRÓNICAS

- ARDOR AL ORINAR
- REFLUJO GASTROESOFÁGICO

- ESTREÑIMIENTO

**OTROS**

**SÍNTOMAS** \_\_\_\_\_ **DIAGNOSTICO** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
de referencia final

**CLASIFICAR TRIAGE**       I                       II                       III                       IV

**DESTINO:**     OBSERVACION URGENCIAS     HOSPITALIZACION     1ER NIVEL     2DO NIVEL  
 CONSULTA EXTERNA PEDIATRICA     DOMICILIO

**MOTIVO POR EL CUAL ACUDIÓ A ESTE SERVICIO DE URGENCIAS** \_\_\_\_\_

# TABLAS

**TABLA 1****DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS POR SEXO**

<b>CLASIFICACION</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N FEM</b>	<b>%</b>	<b>N MASC</b>	<b>%</b>
CATEGORIA I	37	9.2	11	2.7	26	6.5
CATEGORIA II	113	28.2	48	12	65	16.25
CATEGORIA III	115	28.7	39	9.7	76	19
CATEGORIA IV	132	33.3	54	13.5	78	19.5
<b>TOTAL</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>152</b>	<b>38</b>	<b>245</b>	<b>61.2</b>

FUENTE: datos obtenidos de la consulta de urgencias. RELACION M / F 1.6 / 1

HOSPITAL DEL NIÑO DR. RODOLFO NIETO PADRON. (\* HNRNP)

**TABLA 2**

**DISTRIBUCIÓN DE CATEGORÍAS POR EDAD**

<b>CLASIFICACION</b>	<b>0-28dias</b>	<b>1m - 2 años</b>	<b>3 - 5años</b>	<b>6 - 15años</b>	<b>N</b>
CATEGORÍA I	5	20	6	6	37
CATEGORÍA II	3	50	25	35	113
CATEGORÍA III	5	66	16	28	115
CATEGORÍA IV	15	61	28	28	132
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>197</b>	<b>75</b>	<b>97</b>	<b>397</b>
<b>%</b>	<b>7</b>	<b>49.2</b>	<b>18.75</b>	<b>24.25</b>	<b>100</b>

FUENTE: Datos obtenidos de la consulta de urgencias. (\* HNRDP)

**TABLA 4**

**DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE ORIGEN Y DESTINO POSTERIOR A**

**LA CONSULTA**

CLASIFICACION	PROCEDENCIA			DESTINO POST. CONSULTA		
	centro	otros municipios	otros estados	Hospital	Domicilio	Consulta externa
CATEGORÍA I	29	5	3	22	15	0
CATEGORÍA II	86	18	5	11	82	2
CATEGORÍA III	86	21	2	6	93	13
CATEGORÍA IV	100	19	9	1	118	7
%	75	15.7	4.7	12.7	85.3	2

FUENTE: Datos obtenidos de la consulta de urgencias. (\* HNRNP)



**TABLA 5**

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LA CATEGORIA I**

EDAD	MASC	FEM	N	%
0 - 28 d	3	2	5	13.5%
1m - 2 a	13	7	20	54%
3 a - 5 a	4	2	6	16.2%
6 a - 15 a	6	0	6	16.2%
N	26	11	37	100
%	70	30	100	100

FUENTE: Datos obtenidos de la consulta de urgencias Relación M/F 1.6/1  
(\* HNRNP)

**TABLA 6**

**DISTRIBUCIÓN POR LUGAR DE ORIGEN Y DESTINO POSTERIOR A LA CONSULTA DE LA CATEGORIA I**

LUGAR DE ORIGEN	N	%
CENTRO	29	79
MPIOS VECINOS	5	13
OTROS ESTADOS	3	8
DESTINO POSTERIOR A CONSULTA	N	%
HOSPITAL	22	60
DOMICILIO	15	40

FUENTE: datos obtenidos de la consulta de urgencias (\* HNRNP)

**TABLA 7**

**DISTRIBUCION POR TIEMPO DE ESPERA DE LA CATEGORIA I**

<b>TIEMPO DE ESPERA</b>	<b>MINUTOS</b>
PROMEDIO	31.2
MINIMO	0
MAXIMO	120

FUENTE: datos obtenidos de la consulta de urgencias ( \* HNRNP )

**TABLA 8****DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LA CATEGORIA II**

EDAD	MASC	FEM	N	%
0 - 28 d	1	2	3	2.6%
1m - 2 a	26	24	50	44.2%
3 a - 5 a	15	10	25	22%
6 a - 15 a	23	12	35	31%
N	26	11	113	100
%	70	30	100	100

FUENTE: Datos obtenidos de la consulta de urgencias relación M / F 1.3/1 (\* HNRNP)

**TABLA 9****DISTRIBUCION POR TIEMPO DE ESPERA DE LA CATEGORIA II**

TIEMPO DE ESPERA	MINUTOS
promedio	29.5
mínimo	0
máximo	155

FUENTE: datos obtenidos de la consulta de urgencias (\* HNRNP)

**TABLA 10**

**DISTRIBUCION DEACUERDO A LUGAR DE ORIGEN Y DESTINO  
POSTERIOR A CONSULTA DE LA CATEGORIA II**

<b>DESTINO POSTERIOR A CONSULTA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
HOSPITALIZACION	11	11
DOMICILIO	82	85
CONSULTA	2	2
<b>LUGAR DE ORIGEN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CENTRO	86	79
MPIOS VECINOS	18	17
OTROS ESTADOS	5	4

FUENTE: Datos obtenidos de la consulta de urgencias ( \* HNRNP )

**TABLA 11****DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LA CATEGORIA III**

EDAD	MASC	FEM	N	%
0 - 28 d	4	1	5	4.3%
1m - 2 a	46	20	66	57.4%
3 a - 5 a	9	7	16	14%
6 a - 15 a	17	11	28	24%
N	39	76	115	100
%	66	34	100	100

FUENTE. Datos obtenidos de la consulta de urgencias relación M/F 2/1( \* HNRNP )

**TABLA 12****DISTRIBUCION POR TIEMPO DE ESPERA DE LA CATEGORIA III**

TIEMPO DE ESPERA	MINUTOS
Promedio	38.2
Mínimo	0
Máximo	145

FUENTE: Datos obtenidos de la consulta de urgencias( \* HNRNP )

**TABLA 13**

**DISTRIBUCION POR LUGAR DE ORIGEN Y DESTINO POSTERIOR A  
CONSULTA DE LA CATEGORIA III**

<b>DESTINO POSTERIOR A CONSULTA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
HOSPITALIZACION	6	5.3
DOMICILIO	93	83
CONSULTA	13	11.6
LUGAR DE ORIGEN		
CENTRO	86	74
MPIOS VECINOS	21	18
OTROS ESTADOS	2	3

FUENTE: Datos obtenidos de la consulta de urgencias. ( \* HNRNP )

**TABLA 14****DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LA CATEGORIA IV**

EDAD	MASC	FEM	TOTAL	%
0 - 28 d	13	2	15	11.3
1m - 2 a	40	21	61	46
3 a - 5 a	16	12	28	21.2
6 a - 15 a	9	19	28	21.2
N	78	54	132	100
%	59	41	100	100

FUENTE: datos obtenidos de la consulta de urgencias Relación M/F 1.4/ 1 (\* HNRNP)

**TABLA 15****DISTRIBUCION POR TIEMPO DE ESPERA DE LA CATEGORIA IV**

TIEMPO DE ESPERA	MINUTOS
Promedio	37.5
Mínimo	0
Máximo	137

FUENTE: datos obtenidos de la consulta de urgencias. (\* HNRNP)

**TABLA 16**

**DISTRIBUCION POR LUGAR DE ORIGEN Y DESTINO POSTERIOR A  
CONSULTA DE LA CATEGORIA IV**

<b>DESTINO POSTERIOR A CONSULTA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
HOSPITALIZACION	1	0.8
DOMICILIO	118	93
CONSULTA	7	5.2
<b>LUGAR DE OIRIGEN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
CENTRO	100	78
MPIOS VECINOS	19	15
OTROS ESTADOS	9	7

FUENTE: datos obtenidos de la consulta de urgencias ( \* HNRNP )