



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN PEDIATRIA**

**“EVALUACION DE MEDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITALES
GENERALES Y PEDIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
PARA LA APLICACION DEL TRIAGE EN PACIENTES
PEDIATRICOS”**

TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA

PRESENTADO POR
DRA. ZORAYA HERNANDEZ VELOZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JAVIER LOPEZ CASTELLANOS

- 2008 -





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.



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN PEDIATRIA**

**“EVALUACION DE MEDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITALES
GENERALES Y PEDIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
PARA LA APLICACION DEL TRIAGE EN PACIENTES
PEDIATRICOS”**

TRABAJO DE INVESTIGACION
CLINICA

PRESENTADO POR
DRA. ZORAYA HERNANDEZ VELOZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JAVIER LOPEZ CASTELLANOS

- 2008 -

**“EVALUACION DE MEDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITALES GENERALES
Y PEDIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA LA APLICACION
DEL TRIAGE EN PACIENTES PEDIATRICO”**

Dra. Zoraya Hernández Veloz

Vo. Bo.
Dr. Luís Ramiro García López

Profesora Titular del Curso de
Especialización en Pediatría

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

**“EVALUACION DE MEDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITALES GENERALES
Y PEDIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA LA APLICACION
DEL TRIAGE EN PACIENTES PEDIATRICO”**

Dra. Zoraya Hernández Veloz

Vo. Bo.
Dr. Javier López Castellanos

Director de Tesis

Médico Adscrito al
Hospital Pediátrico Moctezuma

INDICE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
ANTECEDENTES	2
OBJETIVOS	8
JUSTIFICACION	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS Y ANALISIS	12
DISCUSION.....	16
CONCLUSIONES.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	19
ANEXOS.....	21

RESUMEN

Objetivo. Conocer si existen los mismos criterios en la evaluación de los pacientes pediátricos en el área de urgencias entre médicos con especialidad en urgencias médico quirúrgicas y pediatras, así como entre enfermeras que atienden el servicio de urgencias en hospitales generales y las enfermeras que atienden el servicio de urgencias en hospitales pediátricos.

Material y métodos. A través de 93 encuestas se realizó un estudio comparativo, observacional, transversal y prospectivo; recabándose el hospital en el que labora, género, tiempo de laborar en urgencias (años), categoría y especialidad (médico residente, médico adscrito o enfermera con curso postécnico o licenciatura), así como la evaluación de 12 escenarios de pacientes pediátricos (emergencia, urgencia y no urgente). A los resultados se les aplicó estadística analítica consistente en X^2 , prueba exacta de Fisher y prueba de κ . Así como análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, promedios).

Resultados. En cada uno de los escenarios asignados para la evaluación del Triage del paciente pediátrico, se observó diferencia estadísticamente significativa, a favor de especialistas en Urgencias Médico Quirúrgicas y enfermeras con Curso Postécnico y/o Licenciatura en Urgencias Médico Quirúrgicas en comparación con el resto de personal participante.

Conclusión. Se observó similitud con el trabajo realizado en Estados Unidos, obteniéndose como resultado principal, evidencia de una capacidad de atención de Urgencias Pediátricas mayor por parte de los Médicos Urgenciólogos en comparación con los Médicos Pediatras y resto del equipo de salud participante.

Palabras claves: Triage, emergencia, urgencia, no urgente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen los mismos criterios para aplicar el triage de pacientes pediátricos entre el personal médico y de enfermería que labora en el servicio de urgencias de hospitales generales con el personal médico y de enfermería que labora en el servicio de urgencias de hospitales pediátricos?

ANTECEDENTES

Triage es una palabra de origen francés, que significa “clasificar”, “tipificar”, influenciada por el griego “tria”, (“tres”)¹, es usualmente un medio para acomodar dentro de varias categorías, y permite realizar esfuerzos más eficientes. En el contexto médico se emplea para clasificar a los pacientes que llegan a un sitio para tratamiento médico, y determina la prioridad individual de atención así como el lugar apropiado donde se llevará a cabo el traslado de pacientes dentro y fuera de un hospital².

La mayoría del crédito del actual triage se ha atribuido a Dominique Jean Larrey, (cirujano francés del ejército de Napoleón, que nació en la pequeña villa de Beaudéan) que instrumentó un método para evaluar rápidamente y categorizar a los heridos en batalla, y entonces evacuar aquellos que requieran la más urgente atención médica. Él instituyó esta práctica mientras la batalla estaba en progreso. Otros han citado al cirujano ruso Nikolai Pirogov, como el que desarrolló el Triage durante la guerra de Crimea³

El triage por lo tanto debe de priorizar la actuación del médico ante un paciente; inicialmente se ha diseñado para el contexto de trauma, y sobre todo en situaciones de desastres, o accidentes con múltiples víctimas para poder evaluar rápidamente a los pacientes que son prioritarios de atención y de traslado a unidades hospitalarias, se han realizado varios esfuerzos para éste fin, como son:

La escala de Trauma (Trauma Score)⁴ Incluye cinco variables fisiológicas o de examen físico que juntas suman el valor del resultado, ha sido probada en pacientes pediátricos^{5,6} y la probabilidad de supervivencia [P(s)] ha sido estudiada en cada nivel de los valores posibles 1-16, así por ejemplo la P(s)16= 99% y P(s) para 1= 0% y dado que la caída en probabilidad de supervivencia ocurre entre 12 y 13 puntos se recomienda el traslado a un centro especializado de aquellos pacientes con valor de 12 o menor.

Su uso en pacientes pediátricos es limitado, ya que independientemente de que tiene dos variables de apreciación (llenado capilar y esfuerzo respiratorio) subestima la gravedad del paciente con estabilidad cardiovascular pero con lesión cerebral, situación frecuente en los menores de edad. (Anexo 1, Cuadro 1)

RTS (Revised Trauma Score) ^{7,8} El RTS (Anexo 1, Cuadro 2) tiene un apartado relacionado con el traslado y se emplea específicamente en el área prehospitalaria. Más fácil de registrar que el TS, representa una probabilidad de supervivencia desde 0 a 12 [$P(s)0=0$ y $P(s)12=.99$], teniendo como punto de corte el valor menor a 11 con una $P(s)$ 0.96, y que requerirán un centro de atención especializado ⁹. Tiene las mismas limitaciones que el TS ya que es una escala fisiológica básicamente. Es la escala más usada en USA para el traslado de pacientes.

CRAMS SCALE (Circulation, Respiration, Abdomen, Motor, Speech). (Escala CRAMS o de la circulación, respiración, del abdomen, de estado motor y del habla).

(Anexo 1, Cuadro 3) ¹⁰ Como se verá incluye medidas fisiológicas y hallazgos físicos, varía del 0 al 10 y un valor ≤ 8 califica un traumatismo mayor. No ha sido validado en pediatría e incluso faltan estudios para ver su confiabilidad como criterio para el traslado.

PEDIATRIC TRAUMA SCORE ^{11,12,13,14} Fue diseñado especialmente para niños después de un proceso de evaluación del curso ATLS, se ha encontrado que correlaciona bien con la gravedad de la lesión ^{15,16}. los valores varían de -6 a + 12 (Anexo 1, Cuadro 4) y un valor ≤ 8 , se recomienda para el traslado a un centro especializado en traumatología. Los estudios demuestran su validez en niños y su capacidad para determinar la gravedad del paciente, su pronóstico incluyen pacientes con traumatismo abdominal aislado ¹⁷ y hasta su utilidad en personal con poca experiencia ¹⁸.

Se recomienda utilizarlo, ya que junto con la información anatómica, aún cuando sea hasta cierto punto subjetiva acerca de la lesión, será útil para tomar decisiones adecuadas para el traslado pediátrico.

SISTEMA “ABC”

Siguiendo la ruta crítica del ATLS para establecer prioridades, los pacientes que tengan afectada la vía respiratoria deberán ser trasladados primero. Los pacientes con alteración de la respiración deberán ser trasladados en segundo lugar y finalmente, aquéllos que tengan algún trastorno circulatorio. La primera incluirá toda aquella obstrucción o lesión que potencialmente la cause en forma temprana (como quemadura que es sospechada por la expectoración de esputo carbonado); la pérdida del estado de alerta deberá considerarse como afectación de la vía respiratoria debido a su potencialidad para obstruirla.

La afección de la respiración incluye los trastornos de la ventilación, la dificultad respiratoria identificada a través de sus manifestaciones clínicas, y/o finalmente, la insuficiencia respiratoria definida por la alteración gasométrica. Se entenderá como afección de la circulación, la presencia de hemorragia evidente, choque clínico, y cuando exista sospecha por la cinemática de la lesión de una hemorragia oculta, aún cuando en ese momento no se encuentren datos clínicos de choque. Cabe recordar que los niños tienen menor volumen circulante y una hemorragia oculta rápidamente producirá daño grave en la perfusión.

CRITERIO ANATOMICO

Quizá es el criterio más evidente ya que se establece en el sitio del accidente por el examen físico del paciente, se desarrolló hace largo tiempo¹⁹ y es un auxiliar del PTS para la toma de decisiones respecto del traslado²⁰. Son criterios de referencia a un centro especializado:

- Lesiones penetrantes de cráneo, cuello, tronco o extremidad proximal.
- 2 o más fracturas proximales de extremidades en huesos largos
- Fractura de pelvis.
- Tórax inestable.

- Amputación proximal a la muñeca o al tobillo.
- Parálisis de miembros inferiores.
- Quemadura mayor del 10% de superficie corporal.

Es de notar claramente que lesiones graves como el traumatismo cerrado de abdomen o tórax en niños, lesiones por desaceleración, lesiones de columna vertebral, heridas penetrantes de difícil trayectoria, lesiones pélvicas en pacientes inconscientes o intoxicados, son enormemente difíciles de definir en el sitio del accidente y consumen un tiempo valioso, así que el paciente deberá ser trasladado en forma urgente a un centro especializado ante esto.

CINEMATICA DE LA LESION

Se refiere a un auxiliar dirigido exclusivamente al personal que acude al sitio del accidente y presencia la escena del mismo. Este personal se da cuenta de los efectos de las fuerzas que tuvieron lugar en el accidente y le ayuda a predecir si hay pacientes gravemente lesionados^{21,22} Algunos hechos que sugieren un traumatismo mayor son: Caídas de más de 4.5 metros. Accidente automovilístico donde haya un muerto y un pasajero fuera del vehículo. Accidentes en moto a más de 30 kilómetros por hora. Compresión o amputación en el accidente. Todos estos son sólo auxiliares y deben emplearse siempre junto con la escala de PTS y el criterio anatómico para lograr mayor sensibilidad y especificidad en el traslado.

SITUACIONES ESPECIALES

La mayor parte de las veces en que es necesario transportar un paciente de la escena de un accidente a una unidad hospitalaria, aplican los criterios antes expuestos. Sin embargo, hay dos situaciones especiales y totalmente

opuestas, en cuanto a criterios se refiere, en que hay que transportar varios pacientes a la vez. La primera cuando hay varios pacientes, como en un accidente automovilístico, en el que se elige la prioridad para aquellos con traumatismo mayor, de acuerdo con los criterios anteriores; y la situación más extrema cuando hay un accidente masivo, como en un terremoto, en el que cualquier sistema de

salud se ve rebasado en sus recursos. Además, dadas las condiciones que originaron el desastre es frecuente que el peligro persista. En este caso, el criterio de prioridad en el transporte está dada para aquellos niños con mayor probabilidad de sobrevivir y no por la gravedad de su condición^{23, 24}.

ALGORITMO DE LA AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Finalmente, el colegio Americano de cirujanos desarrolló un algoritmo para el traslado que comprende la mayor parte de los criterios antes expuestos y es en la actualidad el que más se usa en USA²⁵. 35 Aquí se presenta una adaptación del mismo para pacientes pediátricos.

Recientemente se ha diseñado el llamado “JumpsSTART” Pediátrico derivado del de adultos que se designa igual por las siglas de “Simple Triage And Rapid Treatment”, que fue diseñado en 1983 y modificado en 1994, el sistema pediátrico mencionado lo realiza la Dra. Lou Roming especialista en medicina de emergencia pediátrica que trabaja en el hospital de niños de Miami (FL), a continuación se muestra el algoritmo²⁶ de dicho sistema (Anexo 2 , Figura 1 Y 2)

Todos los algoritmos hasta aquí presentados, se orientan principalmente para ser aplicados en el lugar del accidente o desastre, para poder clasificar adecuadamente a los pacientes y así enviarlos a Unidades de atención hospitalarias adecuadas lo antes posible. Recientemente la Dra. Maldonado y el Dr. Avner²⁷ usan el sistema de triage de 3 grados a fin de evaluar la concordancia entre médicos, enfermeras de hospitales generales y hospitales pediátricos. Este sistema clasifica la gravedad de los pacientes en base a su necesidad de atención como sigue:

CATEGORIAS DE TRIAGE
<p><u>EMERGENCIA</u></p> <p>Pacientes con amenaza sobre su vida, un miembro o la vista, que si no son tratados inmediatamente, puede resultar en pérdida funcional permanente o la muerte.</p>
<p><u>URGENCIA</u></p> <p>Paciente con problema medico significativo, que si no es tratado dentro de 1-2 horas, tiene el potencial para producir morbilidad médica significativa, dolor, o trauma psicológico.</p>
<p><u>NO URGENTE</u></p> <p>Pacientes quienes su condición es estable, pero puede requerir cuidado dentro de las siguientes 4-6 horas, sin riesgo de mortalidad o pérdida permanente de la función.</p>

Es un sistema diseñado para priorizar la atención en urgencias. Se ha comentado que el entrenamiento y la experiencia del personal de urgencias puede variar, entre médicos que se dedican a urgencias en general que de aquellos que se dedican a urgencias pediátricas. Además se ha demostrado que su conducta varía en diferentes áreas como son momento de terminación de la reanimación en paro cardíaco²⁸, uso de sedación²⁹ tratamiento de niños febriles³⁰ y manejo de convulsiones³¹.

OBJETIVO GENERAL

Conocer si existen los mismos criterios para aplicar el Triage y la evaluación de los pacientes pediátricos en el área de urgencias entre médicos con especialidad en urgencias médico quirúrgicas y pediatras, y médicos que atienden generalmente población de adultos y pediatras, así como entre enfermeras que atienden el servicio de urgencias en hospitales generales y las enfermeras que atienden el servicio de urgencias en hospitales pediátricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si el género modifica el triage del paciente pediátrico en urgencias
- Determinar si la experiencia laboral es un factor que modifica el triage del paciente pediátrico en urgencias
- Determinar si la especialidad Médica modifica el triage del paciente pediátrico en urgencias
- Determinar si la residencia modifica el triage del paciente pediátrico en urgencias
- Determinar si los años de residencia modifica el triage del paciente pediátrico en urgencias
- Determinar si el sitio de trabajo en enfermería modifica el triage del paciente pediátrico en urgencias
- Determinar si los cursos de enfermería tanto pos técnico como licenciatura modifica el triage del paciente pediátrico en urgencias

JUSTIFICACION

Debido a que la prioridad de cuidado de los pacientes pediátricos es basada a menudo en la categorización de un sistema de Triage ya sea elaborado o no, esto implicará siempre la atención oportuna o no del paciente, por lo que es muy importante saber la situación de cómo éstos se evalúan, así como conocer si existen diferencias entre los criterios de atención de médicos de la misma especialidad, y si esto es afectado por los años de experiencia, o por su área de trabajo; así mismo sería interesante saber el comparativo con médicos especialistas en urgencias médico quirúrgicas, ya que nos ayudaría a determinar puntos de mejora en la educación y entrenamiento de cada grupo, así como implicaría a la larga una optimización en el tiempo de atención de los pacientes pediátricos que acuden a un servicio de urgencias.

MATERIAL Y METODOS

A través de 93 encuestas aplicadas a partir del 01 de junio del 2007 al 31 de julio del 2007 se realizó un estudio comparativo, observacional, transversal y prospectivo; recabándose el hospital en el que labora, género del encuestado, tiempo de laborar en urgencias (años), categoría y especialidad (médico residente, médico adscrito o enfermera con curso posttécnico o licenciatura), así como la evaluación de 12 escenarios de pacientes pediátricos (emergencia, urgencia y no urgente).

Toda la información necesaria se recabó en una cédula de recolección de datos.

Se realizó una investigación sin riesgo y a los datos obtenidos se le aplicó análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, porcentajes), estadística analítica consistente en Prueba exacta de Fisher, X^2 y prueba de κ .

RESULTADOS Y ANALISIS

Se registraron un total de 93 encuestas las cuales se aplicaron en el área de urgencias entre médicos con especialidad en urgencias médico quirúrgicas y pediatras, y médicos que atienden generalmente población de adultos y pediatras, así como entre enfermeras que atienden el servicio de urgencias en hospitales generales y las enfermeras que atienden el servicio de urgencias en hospitales pediátricos para evaluar el Triage en el paciente pediátrico en el período comprendido del 01 de junio del 2007 al 31 de julio del 2007.

De las 93 encuestas 22 se aplicaron en el Hospital Pediátrico Moctezuma, 10 en el Hospital General Balbuena, 5 en Hospital Pediátrico Tacubaya, 15 en el IMSS 25, 1 en el IMSS 58, 1 en el Hospital Pediátrico Azcapotzalco, 2 en el IMSS 72, 11 en el Hospital General Milpa Alta, 1 en el Hospital Privado, 6 en el Hospital General Iztapalapa, 1 el en Hospital General de Zona 53, 7 en el Hospital Pediátrico Legaría, 8 en el Hospital General Villa, 3 en el Hospital General Xoco, (Anexo 4. Tabla 1 y Fig. 3); de los cuales 46 correspondieron al género femenino y 47 al género masculino (Anexo 5. Fig. 4); en donde el mínimo tiempo de laborar en el servicio de urgencias es de 2 meses y el máximo es de 16 años, correspondiendo el 22.6% a un año laborado, el 17.2% corresponde a 2 años, el 9.7% a 15 años y el 1.1% a 2,6 meses y 6,9,10 y 11 años (Anexo 6. Tabla 2), de las 93 encuestas aplicadas 67 son médicos de los cuales 23 son médicos residentes y el resto médicos adscritos, 35 Pediatras, 22 Urgencias Médico Quirúrgicas, 3 Médicos Familiares, 3 Cirujanos Pediatras, 2 cirujanos Generales, 1 Terapia Intensiva y 1 Neurólogo; correspondiendo 37.6% Pediatras y 23.7% son Urgencias Médico Quirúrgicas. (Anexo 7. Tabla 3 y Fig. 5); y 25 corresponde al personal de enfermería que cuentan con los siguientes cursos postècnicos (Anexo 8. Fig. 6); se incluyeron dentro de las 93 encuestas a residentes lo cuales corresponden a 23, donde 7 son de primer año de los cuales 4 son residentes de Urgencias Médico Quirúrgicas y 3 son residentes de Pediatría, 11 se encuentran en segundo año de residentes, y 3 son residentes de Urgencias Médico Quirúrgicas, 7 son residentes de Pediatría y 1 es residente de Medicina Familiar, y 5 se encuentran cursando su 3er año de

residencia, donde 3 se encuentran cursando su residencia de Urgencias Médico Quirúrgicas, y 2 son residentes de Pediatría. (Anexo 9.Tabla 4 Fig. 7)

Cabe mencionar que dentro del tiempo de laborar en urgencias, las enfermeras representan el 11.8% de trabajar 1 año en el servicio de urgencias y el 1.1% 14 años, de las 25 tiene curso postécnico, el 16.1% es Urgencias Adulto, 4.3% Pediatra, 2.2% Enfermera General, 2.2% Intensivista, 1.1% Urgencia Pediátricas, 1.1% Quirúrgica, dentro de las mismas solo el 21.5% tiene licenciatura en enfermería y el 5.4% restante no. (Anexo 10. Tabla 5).

En los resultados de la evaluación del Triage de los pacientes pediátricos en el área de urgencias, en el escenario 1 el 1.1% no contestó, el 25.8% representó una emergencia, el 63.4% representó Urgencia y el 9.7% No urgente; para el escenario 2 el 1.1% no contestó, el 11.8% representa emergencia, el 26.9% urgencia y el 60.2% No urgente, al escenario 3 el 1.1% no contestó, el 38.7% representó Emergencia , el 59.1% Urgencia, 1.1% No urgente, con respecto al escenario 4 el 1.1% no contestó, el 14.0% Emergencia, 54.8% Urgencia, el 29.0% No urgente, el escenario 5 1.1% no contestó, el 50.5% Emergencia, 43.0% Urgencia y 5.4% No urgente, en el escenario 6 el 1.1% no contestó el 17.2% representa Emergencia, 40.9% Urgencia y 40.9% No urgente, en el Escenario 7 el 1.1% no contestó, el 33.3% Emergencia, el 60.2% Urgencia y el 5.4% No Urgente, el escenario 8 el 1.1% no contestó el 18.3% emergencia, el 30.1% Urgencia, y el 50.5% No Urgente, en el escenario 9 el 1.1% no contestó, el 49.5% emergencia, 45.2% Urgencia, y el 4.3% No urgente, en el escenario 10 el 1.1% no contestó el 36.6% Emergencia, el 54.8% Urgencia, el 7.5% No urgente, en el escenario 11 el 1.1% no contestó el 10.8% emergencia, el 15.1% Urgencia, y el 72.0% No urgente, y finalmente en el escenario 12 el 1.1% no contestó, el 21.5% Emergencia, 36.6% Urgencia y el 40.9% No urgente. (Anexo 11. Fig. 8).

Se realizó una prueba no paramétrica de Wilcoxon asignada para rangos. En todos los escenarios se realizó dos colas. En los escenarios 1, 3, 4, 5,7, 9, 10,11 y 12 resultó no haber diferencias estadística entre las especialidades.

Se realizó Chi – Square de Pearson mostrando no haber diferencia significativa para el escenario 1,2,3,4,6,8,10,11 y 12 . En el escenario 5 que se trata de un niño

de 8 meses de Crisis Convulsivas; la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgica presento mayor rapidez en su atención siendo la diferencia $p < (0.015)$, incluyendo la especialidad de Pediatría que clasifico al paciente como Urgencia y no como Emergencia. (Anexo 12. Cuadro 5). En el escenario 7 que se trata de un Niño de 2 años de edad con Deshidratación Leve- Moderada hubo diferencias significativas estadísticamente a favor de la especialidad de Pediatría para clasificar al paciente como Urgencia con una $p < (0.006)$ y la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgica le predominó una discordancia entre ellos; casi el 50% entre emergencia y Urgencia. (Anexo 13. Cuadro 6). En el escenario 9 que se trata de una Niña de 3 años de edad, con Síndrome Febril, nuevamente la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgica, se inclino a atenderla como emergencia a diferencia de los Pediatras, y las otras especialidades con una diferencia significativa de $p < (0.003)$ y pediatría en solo el 37% lo considero como emergencia. (Anexo 14. Cuadro 7).

Con respecto al hospital donde labora; en los escenarios 1, 2, 5, 11 y 12 hubo diferencias significativa y en el restante no; considerando el escenario 1 los Hospitales Generales tendieron a atenderlos como emergencia y como Urgencia en los Hospitales Pediátricos con una $p < (0.0016)$; lo mismo sucedió con los escenarios 2, 11 y 12; en el escenario 5 particularmente la diferencia fue muy significativa de los Hospitales Generales en cuanto a la atención de emergencia $p < (0.0001)$.

En cuanto al género no hubo diferencia significativa. En relación a la especialidad de enfermería (Curso Postécnico) el escenario 4 donde se trata de una Niña de 10 años con Asma con Dificultad Respiratoria Leve no fue significativo, pero estuvo la p en (0.05) , dado que las enfermeras de especialidad de adultos clasificaron al niño de dicho escenario como Urgencia. En el escenario 7, donde ya se comento el caso del paciente, también las enfermeras de Urgencias Adultos lo considero como una Emergencia $p < (0.0001)$. En el escenario 10 y 11 donde se trata de una Niña de 10 años con Asma con Dificultad Respiratoria Leve y de un Niño de 6 años de edad tratado con AVP, las enfermeras de Urgencias Adultos lo consideraron como Emergencia con una $p < (0.11)$. (Anexo 15. Cuadro 8).

Con respecto al año de residencia no hubo diferencia significativa entre ellos. En los años de experiencia laboral predominaron los médicos que tienen menos de 5 años de laborar en el servicio de urgencias y de los médicos que tienen más de 5 años predominaron los de 15 años. Si dividimos a los menores de 5 años de laborar en el servicio de Urgencias el 69.9% representa a los menores de 5 años y a los de 15 años y 16 años, el 9.7% y 4.3% lo cual representa un total del 14%. En el escenario 3 que trata de un Niño de 18 meses de edad de Laringotraqueitis, si hubo diferencia significativa entre los médicos que laboran en el servicio de Urgencias donde los de menos de 5 años lo consideraron como Urgencia. (Anexo 16. Cuadro 9).

DISCUSION.

Como resultado de los avances generados en las últimas décadas respecto a la atención del paciente en los servicios de Urgencias se ha logrado disminuir la mortalidad, por lo que se han elaborado protocolos de atención que sirven como guía de actuación en situaciones similares, Gormican SP. CRAMS Scale: Field Triage of Trauma victims. Ann Emerg Med. 1982; 11:132-135. Paralelamente se han realizado trabajos que comparan las posibles diferencias existentes en el abordaje realizado por diferentes prestadores de servicios de salud en los departamentos de Urgencias, en base a escenarios ficticios que comúnmente se presentan y que deben de ser del dominio general del personal que atiende dichos servicios.

Motivo por el que recientemente se publicó un estudio realizado en Estados Unidos por Maldonado T. Pediatrics Vol. 114 No. 2 August 2004, que evaluó la concordancia de la atención del paciente pediátrico entre diferentes prestadores de servicio del área de Urgencias (Médicos Urgenciólogos, Pediatras, Enfermeras, Residentes) evidenciando mayor rapidez y efectividad por parte de los primeros mencionados. Lo que motivó la realización de un estudio similar en los servicios de Urgencias de Hospitales Generales y Pediátricos del Distrito Federal, encontrándose gran similitud con el estudio realizado en Estados Unidos ya que también los Médicos Urgenciólogos, proporcionan atención con mayor rapidez y efectividad en comparación con los Médicos Pediatras, llamando esto la atención, siendo propiciado quizá por las diferencias en el programa académico durante la formación y al tiempo de contacto con pacientes en el servicio de Urgencias, siendo obviamente mayor para los Médicos Urgenciólogos. En cuanto la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgica presento mayor rapidez en su atención, incluyendo la especialidad de Pediatría que clasifico al paciente como Urgencia y no como Emergencia, teniendo similitud en cuanto al estudio realizado en EU. Con respecto al hospital donde labora; en los escenarios 1, 2, 5,11 y 12 hubo diferencias significativa y en el restante no; considerando el escenario 1 los Hospitales Generales tendieron a atenderlos como emergencia y como Urgencia

en los Hospitales Pediátricos, el escenario 5 particularmente la diferencia fue muy significativa de los Hospitales Generales, pero comparándolo el estudio realizado en EU en donde no se realizaron dichas comparaciones entre hospitales.

En cuanto al género no hubo diferencia significativa. Lo cual no se menciona en el estudio realizado en EU para realizar la comparación. En relación a la especialidad de enfermería (Curso Postécnico) las enfermeras de especialidad de adultos clasificaron a los escenarios 7, 10 y 11 al niño de dicho escenario como Urgencia y Emergencia respectivamente, que al compararlo con el estudio realizado en EU también las enfermera de Adultos predominaron el 57.9% en Urgencia y 36.8% en Emergencia.

Con respecto al año de residencia no hubo diferencia significativa entre ellos a diferencia de el realizado en EU, donde los residentes de Adultos el 67.8% clasifico como Urgencia y el 25% Emergencia a comparación de los residentes de Pediatría donde el 45% los clasifico en Urgencia y el 15% en emergencia En los años de experiencia laboral predominaron los médicos que tienen menos de 5 años de laborar en el servicio de urgencias y de los médicos que tienen mas de 5 años predominaron los de 15 años. Sin embargo este estudio no se realizo en EU.

CONCLUSIONES.

1. El triage del paciente pediátrico en urgencias no es modificado por el género.
2. El triage del paciente pediátrico en urgencias, se ve modificado por la experiencia laboral, donde se brinda atención oportuna por personal con menos de cinco años y mayor de quince años de experiencia.
3. La especialidad Médica sí modifica el triage del paciente pediátrico en urgencias, siendo los especialistas en Urgencias Médico quirúrgicas quienes realizan mejor la categorización.
4. El triage del paciente pediátrico en urgencias no se ve modificado por los años de residencia, independientemente de la especialidad.
5. El sitio de trabajo en enfermería no modifica la evaluación del triage en el paciente pediátrico en urgencias.
6. Los cursos de enfermería tanto pos técnico como licenciatura si modifican la evaluación del triage del paciente pediátrico en urgencias, siendo más rápida la atención del paciente pediátrico en Urgencias.

Así que se observó similitud con el trabajo realizado en Estados Unidos, obteniéndose como resultado principal, evidencia de una capacidad de atención de Urgencias Pediátricas mayor por parte de los Médicos Urgenciólogos en comparación con los Médicos Pediatras y resto del equipo de salud participante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Online Etymology Dictionary
2. Hoyt BD, Mikulasschek WA, Winchell JR. 2000. Trauma Triage and interhospital transfer. In Mattox LK, Feliciano VD, Moore EE. Trauma, a 4th ed Ed. McGraw Hill.
3. Wikipedia (The Free Encyclopedia).
4. Champion HR, Sacco WJ, Carnazo AJ, et al. Trauma Score. *Crit Care Med*. 1981;9: 672-676.
5. Eichelberg MR, Gotschall CS, Sacco WJ, et al. A comparison of the Trauma Score, the Revised Trauma Score, and the Pediatric Trauma Score. *Ann Emerg Med* 1989;18:1053-1058.
6. Eichelberg MR, Bowman LM, Sacco WJ, et al. Trauma Score versus Revised Trauma Score in TRISS to predict outcome in children with blunt trauma. *Ann Emerg Med* 1989;18:939-942.
7. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS., et al. A revision of the Trauma Score. *J. Trauma* 1989;29:623-629
8. Champion HR, Copes WS, Sacco WJ, et al. The major Trauma outcome study Establishing national norms for trauma care. *JTrauma*1990;30:1356-1365.
9. Eichelberg MR, Champion HR, Sacco WJ.. Pediatric coefficients for TRISS analysis. *J. Trauma* 1993;34:319-322.
10. Gormican SP. CRAMS scale: Field Triage of Trauma victims. *Ann Emerg Med*. 1982;11:132-135.
11. Tepas JJ, Ramenofsky ML, Mollitt DL, et al. The Pediatric Trauma Score as a predictor of injury severity : An objective assessment. *J Trauma* 1988;28:425-429
12. Tepas JJ, Mollitt DL, Talbert JL, et al.. The Pediatric Trauma Score as a predictor of injury severity in the injured child. *J Pediatr Surg* 1987.;22:14-18.
13. American College of Surgeons on Trauma.. Initial assessment and management. Advanced Trauma Life support course for physicians, Chicago: American College of Surgeons1993; 17-37.
14. American College of Surgeons on Trauma.1993. Pediatric Trauma. Advanced Trauma Life support course for physicians, Chicago: American College of Surgeons, 261-281.
15. Ford EG, Jennings LM, Gibson AE, et al.. The Pediatric trauma Score: Accuracy of prediction of injury severity in a single large urban pediatric trauma experience. *Contemp Orthop* 1988;16:35-41.

16. Jubelirer RA, Agarwal NN, Beyer FC, et al.. Pediatric Trauma Triage. Review of 1307 cases. *J Trauma* 1990; 30:1544-1547.
17. Saladino R, Lund D, Fleisher G.. The spectrum of liver and spleen injuries in children: Failure of the pediatric trauma score and clinical signs to predict isolated injuries. *Ann Emerg Med* 1991;20:636-640.
18. Kaufmann CR, Maier RV, Rivara FP, et al.. Evaluation of the Pediatric Trauma Score. *JAMA*1990;263:69-72.

19. Kane G, Engelhardt R, Celentano J, et al.. Empirical development and evaluation of prehospital trauma triage instruments. *J. trauma*1985;25:482
20. Malanka AM.. Scoring systems and triage from field. *Emerg Med Clin North Am*1993;11:15.
21. King AI, Yang KH.. Research in biomechanics of occupant protection. *J.Trauma* 1995;38:570.
22. Grande CM.. Mechanics and patterns of injury: The Key to anticipation in trauma management. *Crit Care Clin*1990; 6:25.
23. Becker FM, Sanner PH, Wolcott WB. 1984. Disaster Medicine: Application for the immediate Management and Triage of Civilian and Military Disaster Victims. New York, Medical examination Publishing Company,
24. Kossman T, Wittling I, Buhren V, et al.. Transferred triage to a level I trauma center in a mass catastrophe of patients; many of them with burns. *Acta Chir Plast* 1991;33:145.
25. American College of surgeon Committee on Trauma. 1993. Resources for optimal care of the injured patient: 1993. Chicago, American College of Surgeons, p.20.
26. The_JumpSTART_algorithm.php
27. Maldonado T; Avner JR Triage of the Pediatric Patient in the Emergency Department: are WE All in Agreement? . *Pediatrics* 2004; 114(2):356-360.
28. Scribano PV, Baker MD, Ludwig S. Factors influencing termination of resuscitative efforts in children: a comparison of pediatric emergency medicine and adult emergency medicine physicians. *Pediatr Emerg Care.*1997;13:320–324
29. Krauss B, Zurakowki D. Sedation patterns in pediatric and general community hospital emergency departments. *Pediatr Emerg Care.* 1998;14:99–103.
30. Isaacman DJ, Kaminer K, Veligeti H, Jones M, Davis P, Mason JD. Comparative practice patterns of emergency medicine physicians and pediatric emergency medicine physicians managing fever in young children. *Pediatrics.* 2001;108:354–358
31. Hampers LC, Trainor JL, Listernick R. Setting-based practice variation in the management of simple febrile seizures. *Acad Emerg Med.* 2000;7: 21–27.

ANEXO 1

CUADRO 1 TRAUMA SCORE

Parámetro clínico	Categoría	Valor de registro
Frecuencia respiratoria	10-24	4
	25-35	3
	> 35	2
	< 10	1
	0	0
Esfuerzo respiratorio	Normal	1
	Anormal	0
T/A sistólica	> 90	4
	70-90	3
	50-69	2
	< 50	1
	0	0
Llenado capilar	Normal	2
	Retardado	1
	Ausente	0
Escala de coma de Glasgow	14-15	5
	11-13	4
	8-10	3
	5-7	2
	3-4	1

Cuadro 2 REVISED TRAUMA SCORE

Parámetro clínico	Categoría	Valor
Frecuencia Respiratoria	10-24	4
	25-35	3
	> 35	2
	< 10	1
	0	0
T/A sistólica	>90	4
	70-90	3
	50-69	2
	< 50	1
	0	0
Escala de Glasgow	14-15	4
	11-13	3
	8-10	2
	5-7	1
	3-4	0

ANEXO 1

Cuadro 3 CRAMS SCALE (ESCALA DE CRAMS)

Parámetro	Categoría	Valor
Circulación	Llenado capilar normal, T/A sistólica > 100	2
	Llenado capilar retardado, T/A sistólica 85-100	1
	Llenado capilar nulo, T/A sistólica < 85	0
Respiraciones	Normal	2
	Anormal	1
	Ausente	0
Abdomen	No doloroso	2
	Doloroso	1
	Rígido	0
Motor	Normal	2
	Dolor	1
	Ninguna actividad	0
Habla	Normal	2
	Confusa	1
	Ininteligible	0

Cuadro 4 PEDIATRIC TRAUMA SCORE.

Componente	+2	+1	-1
Tamaño	Niño/adolescente > 20 Kg.	Niño que empieza a caminar 11-20 Kg.	Niño con peso < 10 Kg.
Vía respiratoria	Normal	Asistida: O ₂ mascarilla, cánula	Intubado: tubo endotraqueal, máscara laríngea, cricotiroidotomía
Conciencia	Despierto	Obnubilado, pérdida de conciencia,	Coma
T/A sistólica	>90 mmHg.	51-90 mmHg	< 50 mmHg
Fractura	No se ve ni se sospecha	Fractura cerrada simple en cualquier lugar	Fractura abierta o múltiples fracturas
Piel	No hay lesión visible	Laceración < 7 cm. No atraviesa la aponeurosis	Cualquier balazo o herida con arma blanca que atraviesa la aponeurosis

Si no hay manguito apropiado la T/A puede estudiarse asignando: +2 = pulso palpable en la muñeca, +1= pulso palpable ingle, y -1= pulso no palpable.

ANEXO 2

Paso 1

Glasgow <14
T/A sistólica < 90 o
Frecuencia respiratoria <10 o > 29 o
PTS <8

SI

Envío al centro traumatológico y
avisar al equipo especializado

NO

Estudiar la anatomía de la lesión

Paso 2

Lesiones penetrantes en cabeza, cuello, torso, extremidades proximal al codo o tobillo
Tórax inestable
Combinación de traumatismo y quemaduras
Dos o más fracturas de huesos largos
Fractura de pelvis
Parálisis de miembros inferiores
Amputación proximal a la muñeca o al tobillo

SI

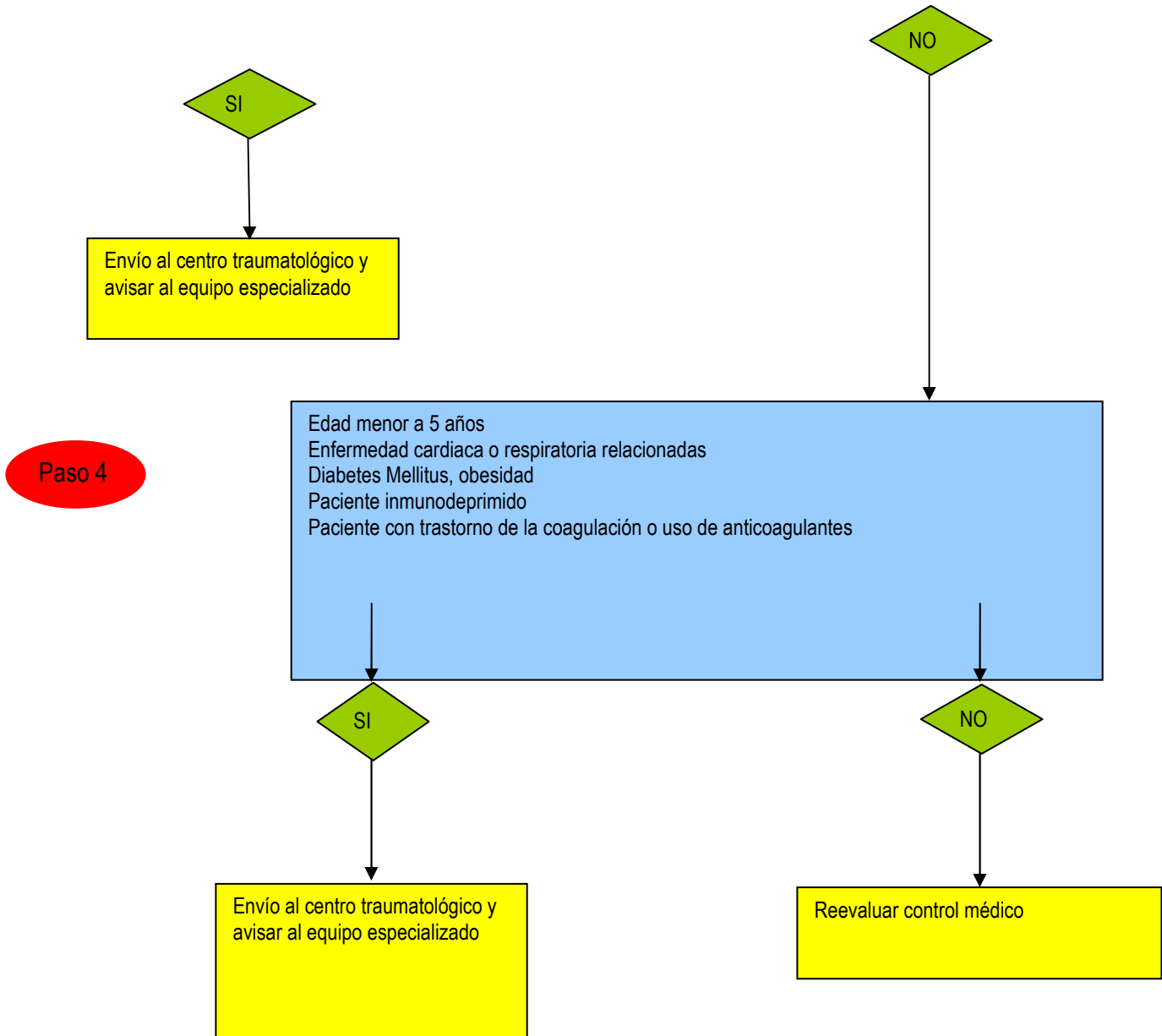
Envío al centro traumatológico y
avisar al equipo especializado

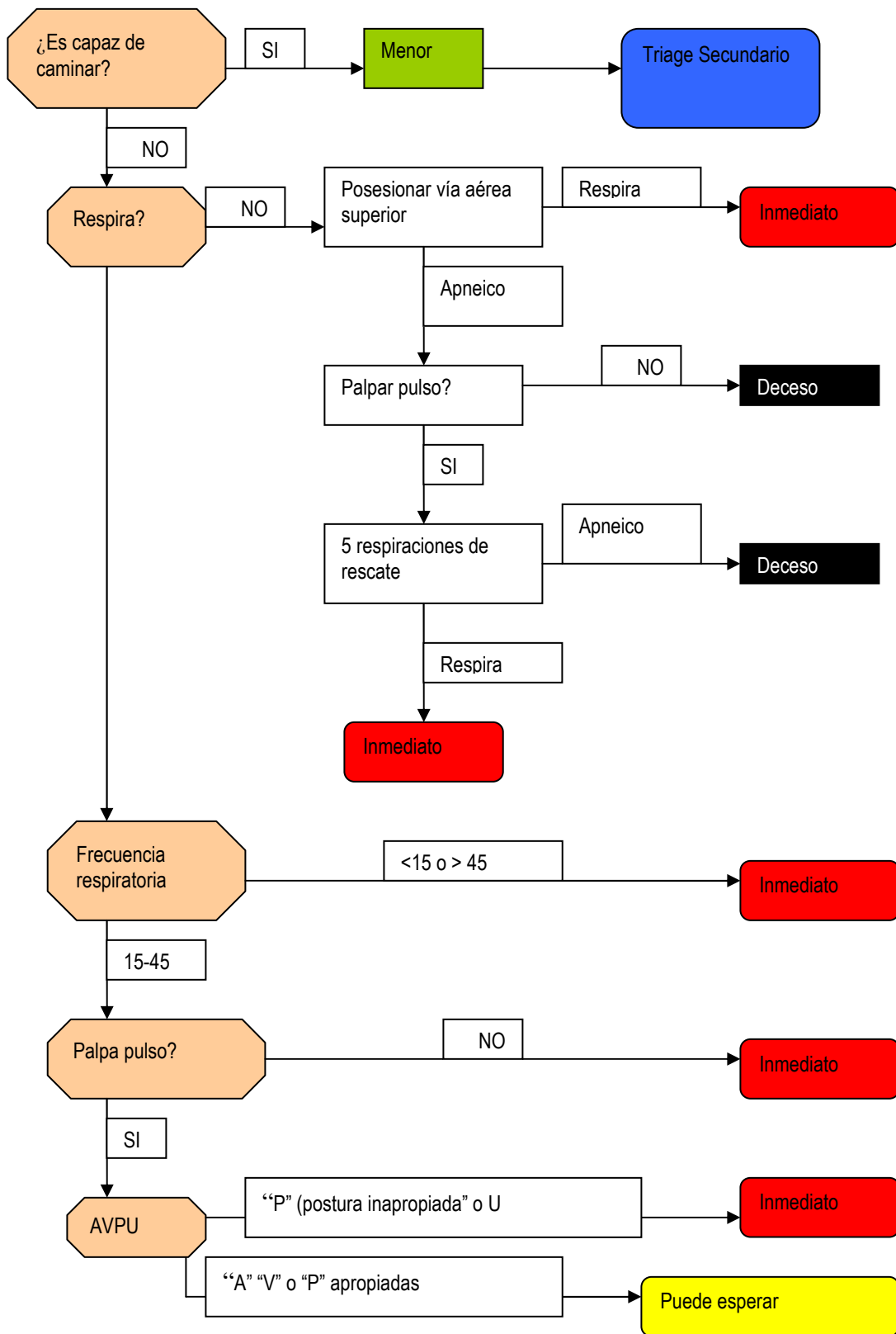
NO

Estudiar la anatomía de la lesión O
impacto de alta energía

Paso 3

Salida del automóvil
Muerte de un pasajero
Caída de más de cuatro metros
Rodamiento
Choque a alta velocidad: Velocidad mayor a 60 Km./H.
Deformidad del auto mayor de 50 cm.
Pasajero atrapado en un compartimiento mayor de 50 cm.
Choque en Bicicleta a velocidad mayor de 8 Km./H.
Choque en moto a velocidad mayor de 50 Km./H





ANEXO 3

Escenario 1:

Masculino de 7 días de vida extrauterina, el cual tiene el antecedente de haber cursado con fiebre durante dos días. Clínicamente se encuentra sin alteraciones, ni facies característica, cuenta con los siguientes Signos Vitales (SV): Temperatura de 38.5° FC 160 x´ FR 40x´ TA 90/50 mmHg.

Escenario 2:

Femenina de 3 años de edad la cual sufre caída al estar jugando en su cama, sin presentar pérdida del estado de conciencia, ni vómitos. Clínicamente se encuentra alerta, sigue objetos con la mirada, sonríe, marcha normal, únicamente presenta golpe en la cabeza; cuenta con los siguientes SV Temperatura 37° FC 100 x´ FR 24 x´ TA 95 / 65 mmHg.

Escenario 3:

Masculino de 18 meses de edad el cual refiere que hace dos días presenta tos y rinorrea. Clínicamente se encuentra con facies de angustia, retracción xifoidea y estridor, cuenta con los siguientes SV : Temperatura 38° FC 130 x´ FR 30 x´ TA 88 / 50 mmHg. Saturación trascutánea 95% mmHg.

Escenario 4:

Femenina de 10 años de edad, la cual tiene el antecedente de ser asmática; clínicamente se encuentra tranquila, retracción leve, y espiración prolongada, cuenta con los siguientes SV Temperatura 36.5° FC 100x´ FR 24x´ TA 100 / 65 mmHg Saturación 90%.

Escenario 5:

Masculino de 8 meses de edad que en forma súbita presenta en su casa convulsiones tónico-clónicas generalizadas durante 5 minutos; clínicamente en adecuadas apariencias; cuenta con los siguientes SV : Temperatura 40° FC 120 x´ FR 26x´ TA 90 / 40 mmHg

Escenario 6:

Femenina de 12 años de edad, la cual refiere presentar dolor abdominal leve- intermitente, de 1 día de evolución y vómito en 3 ocasiones en 24hrs. Clínicamente sin presentar alteraciones en la marcha, cuenta con los siguientes SV :Temperatura 37.8° FC 100 x´ FR 18 x´ TA 90 / 65 mmHg.

Escenario 7:

Masculino de 2 años de edad, refiere hace 5 días vómito y diarrea y con evolución de rechazo a la vía oral; clínicamente alerta, reactivo, resequedad en los labios y llenado capilar normal, cuenta con los siguientes SV: Temperatura de 38° FC 150x´ FR 26x´ TA 80 / 60 mmHg.

Escenario 8:

Masculino de 12 años de edad, el cual por 18 hrs. refiere haberse quejado por dolor torácico; clínicamente se encuentra sin lesiones aparentes, cardiopulmonar sin alteraciones; cuenta con los siguientes SV: Temperatura de 37° FC 120 x´ FR 20 x´ TA 100 / 60 mmHg Saturación 90% trascutánea

Escenario 9:

Femenina 3 años que refiere por un día no caminar; clínicamente irritable pero consolable e incapaz de sostenerse, cuenta con los siguientes signos vitales Temperatura 40^º FC 140 x´ FR 28 x´ TA 90 / 60 mmHg.

Escenario 10:

Paciente femenina de 8 años de edad, la cual al estar jugando en su bicicleta sufre accidente, refiere dolor abdominal de moderada intensidad, clínicamente de adecuada apariencia, cuenta con los siguientes SV: Temperatura 37^º FC 120 x´ FR 18 x´ TA 90 / 60 mmHg.

Escenario 11:

Masculino de 6 años de edad, el cual refiere desde hace 5 días bajo rendimiento escolar, clínicamente con adecuada apariencia, y cuenta con los siguientes SV : Temperatura de 37^º FC 80x´ FR 20x´ TA 90 / 60 mmHg y es tratado con AVP.

Escenario 12:

Femenina de 7 años de edad, la cual se encuentra con cuadro gripal desde hace 4 semanas, refiere disminución de la fuerza muscular , clínicamente activa, reactiva, aparentemente sin alteraciones, SV: Temperatura 37^º 80x´ FR 20x´ TA 90 / 60 mmHg.

ANEXO 4

HOSPITAL DE TRABAJO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
H.P. MOCTEZUMA	22	23,7
IMSS 25	15	16,1
H.G.MILPA ALTA	11	11,8
H.G. BALBUENA	10	10,8
H.G.VILLA	8	8,6
H.P.LEGARIA	7	7,5
H.G. IZTAPALAPA	6	6,5
H.P.TACUBAYA	5	5,4
H.G.XOCO	3	3,2
IMSS 72	2	2,2
IMSS 58	1	1,1
H.P. AZCAPOTZALCO	1	1,1
H.PRIVADO	1	1,1
H.G.Z 53	1	1,1
Total	93	100,0

TABLA 1.

ANEXO 4

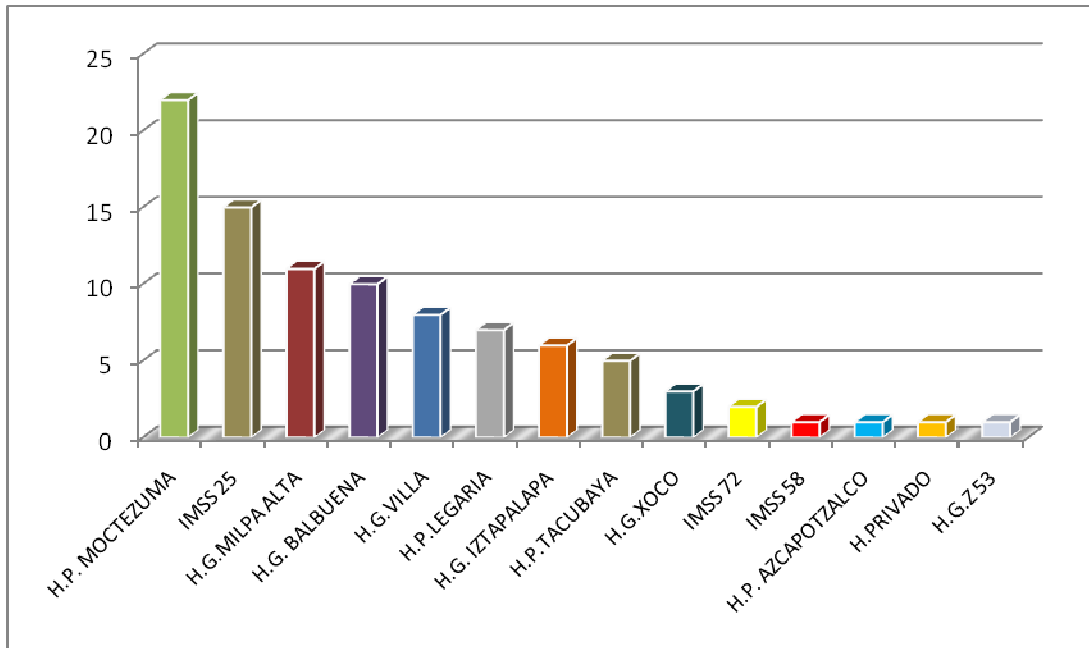


FIG. 3

ANEXO 5

GENERO

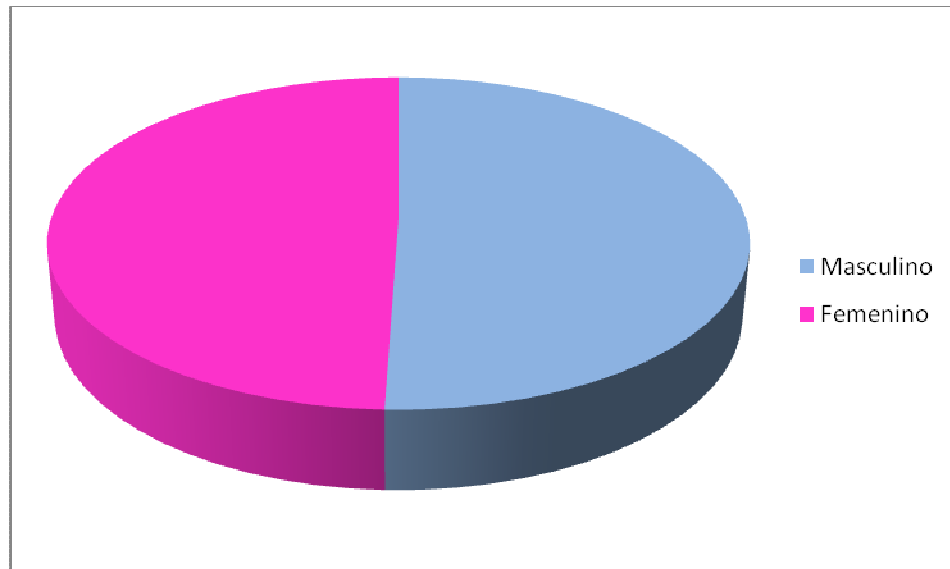


FIG. 4

ANEXO 6

TIEMPO DE LABORAR EN URGENCIAS

TIEMPO DE LABORAR EN URGENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
,200	1	1,1
,300	2	2,2
,500	7	7,5
,600	1	1,1
1,000	21	22,6
1,500	2	2,2
2,000	16	17,2
3,000	5	5,4
4,000	5	5,4
5,000	5	5,4
6,000	1	1,1
7,000	6	6,5
8,000	2	2,2
9,000	1	1,1
10,000	1	1,1
11,000	1	1,1
14,000	3	3,2
15,000	9	9,7
16,000	4	4,3
Total	93	100,0

TABLA 2

ANEXO 7

ESPECIALIDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PEDIATRIA	35	37,6
URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS	22	23,7
MEDICO FAMILIAR	3	3,2
CIRUJANO PEDIATRA	3	3,2
CIRUGIA GENERAL	2	2,2
TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA	1	1,1
NEUROLOGO	1	1,1
Total	67	72,0
	26	28,0
	93	100,0

TABLA 3.

ANEXO 7

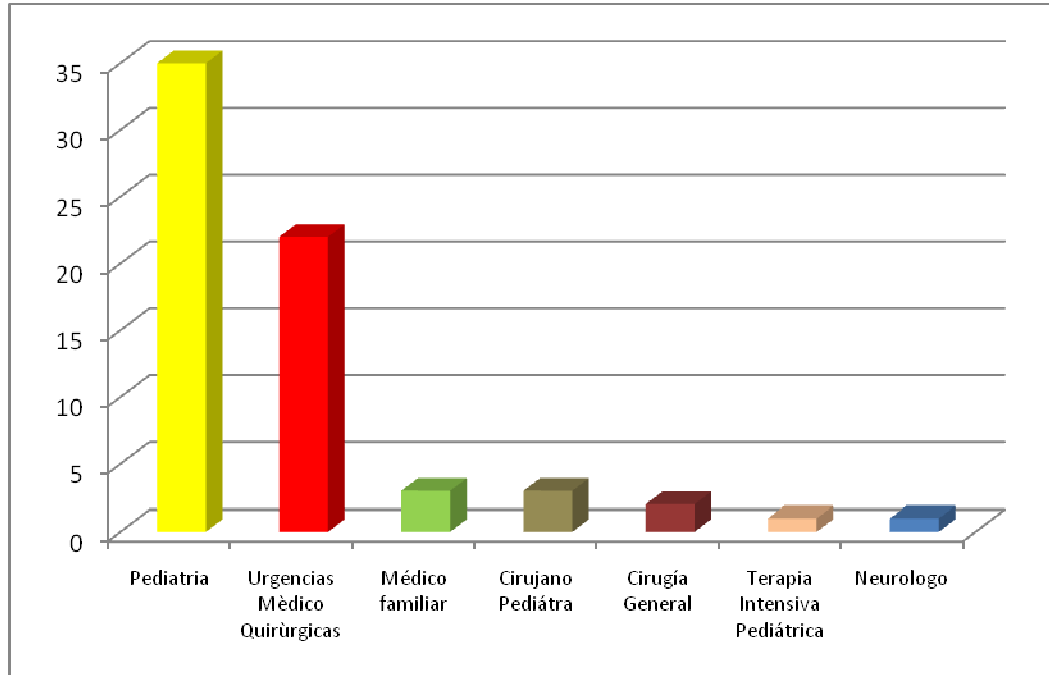


FIG. 5

ANEXO 8

CURSOS POSTECNICOS DE ENFERMERIA.

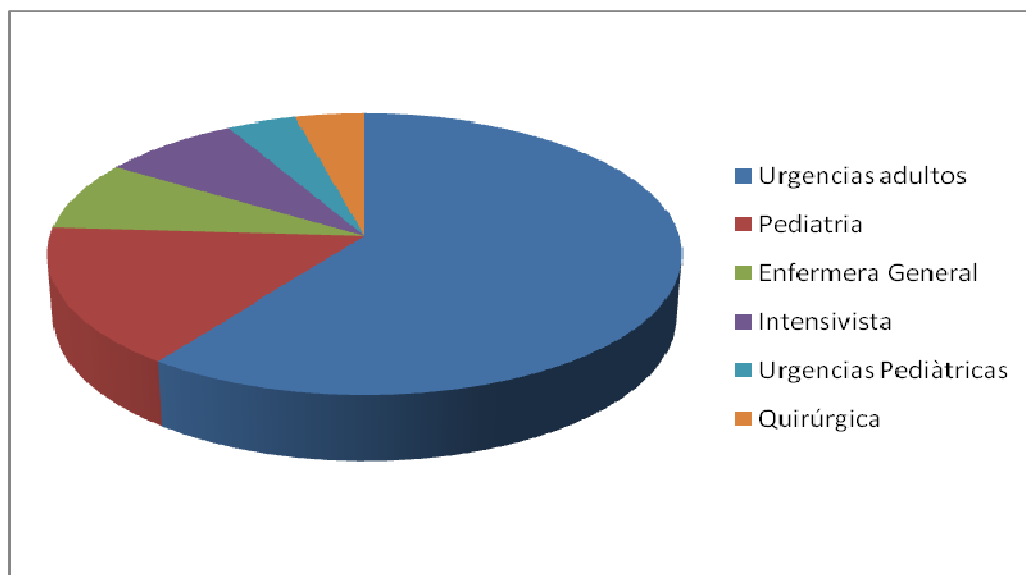


FIG. 6

ANEXO 9

RESIDENTES

AÑO DE ESPECIALIDAD	FRECUENCIA
1	9
2	9
3	5

TABLA 4

ANEXO 9

AÑOS DE RESIDENCIA

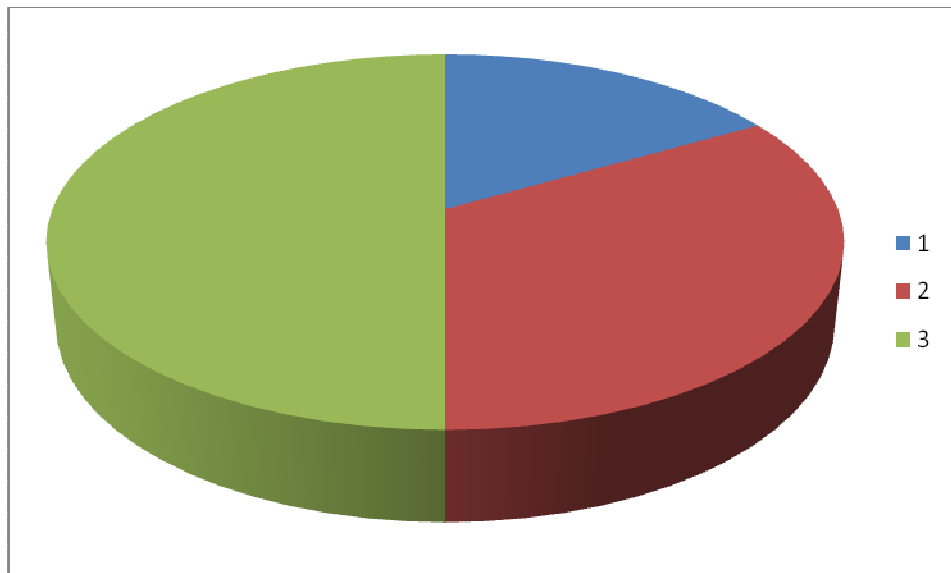


FIG. 7

ANEXO 10

TIEMPO DE LABORAR EN URGENCIAS ENFERMERAS

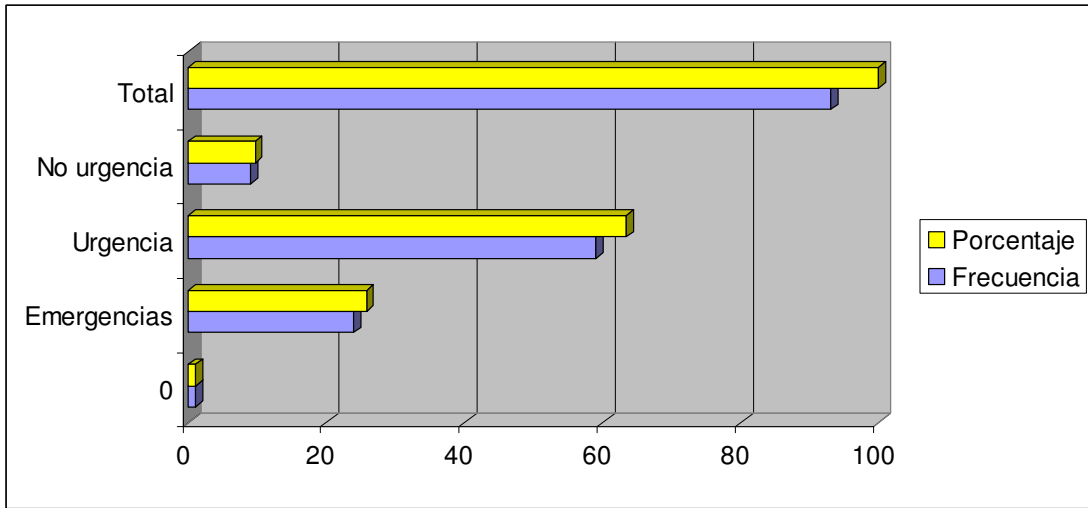
AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	11	11,8
2	6	6,5
3	3	3,2
5	2	2,2
4	1	1,1
7	1	1,1
14	1	1,1
Total	25	26,9
System	68	73,1
	93	100,0

TABLA 5

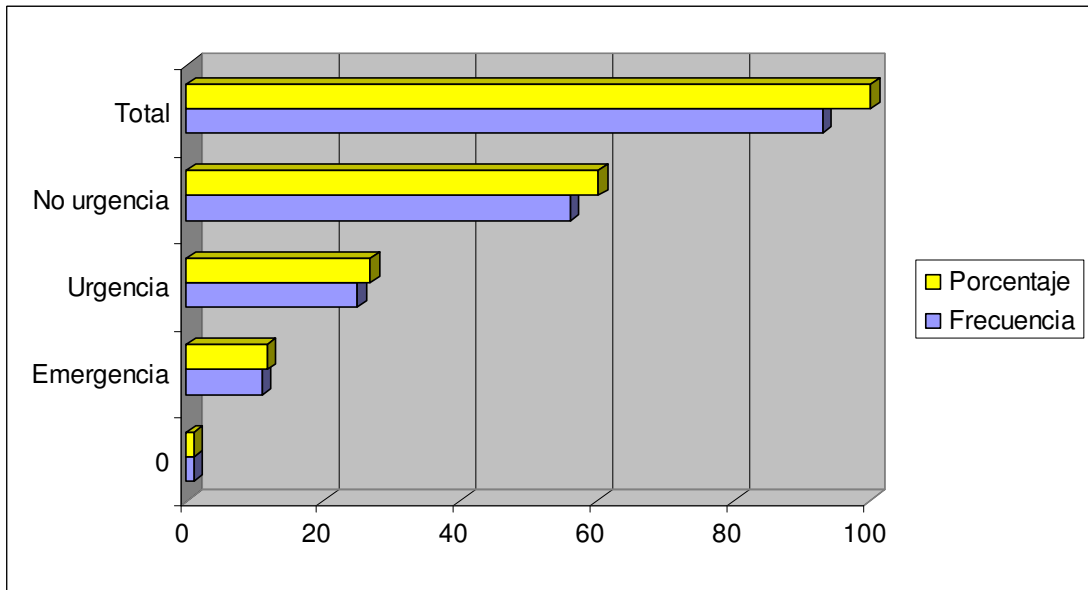
ANEXO 11

FIGS. 10

ESCENARIO 1

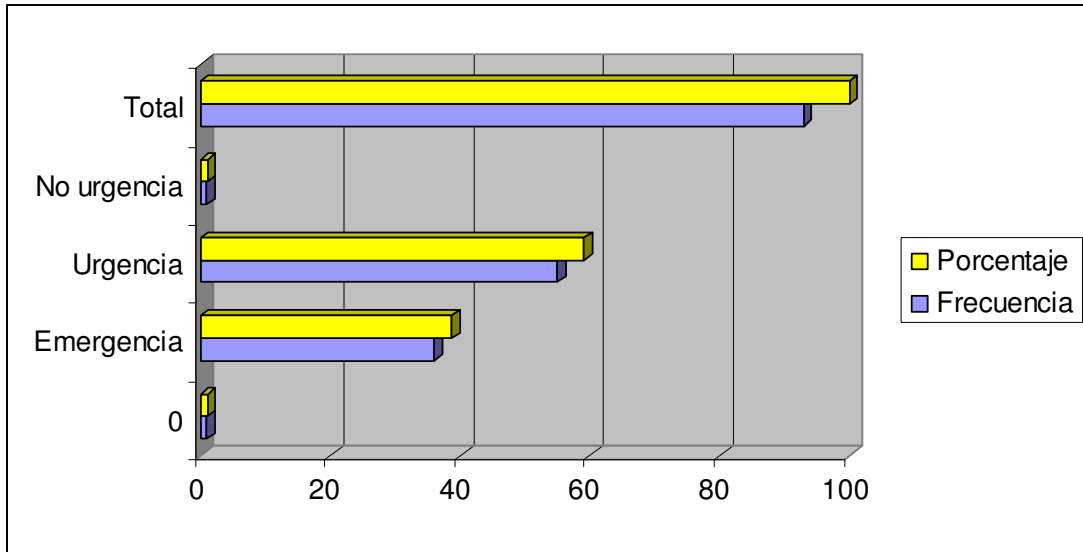


ESCENARIO 2

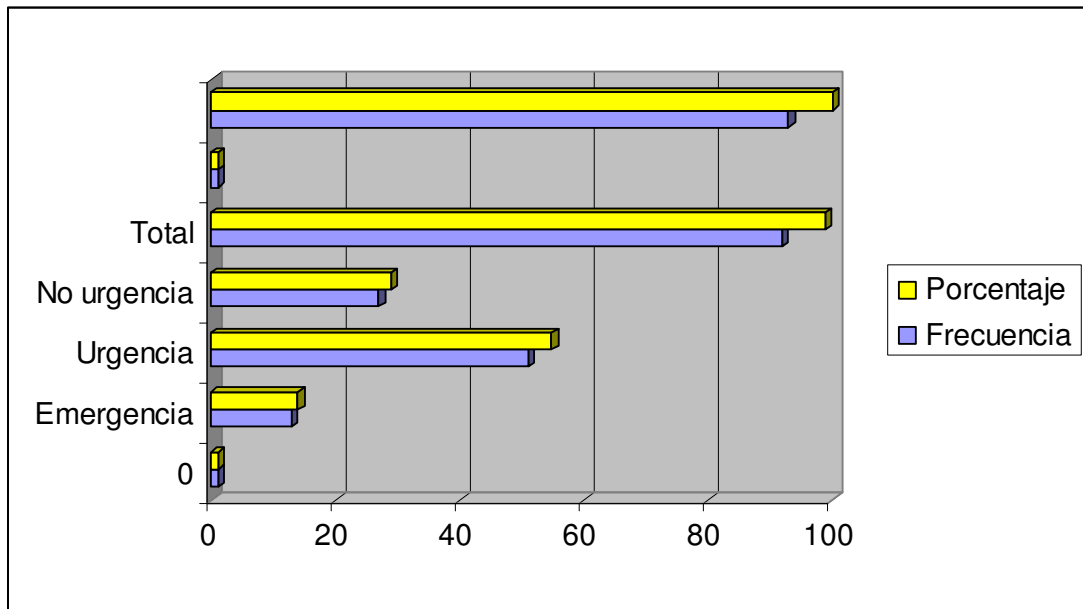


ANEXO 11

ESCENARIO 3

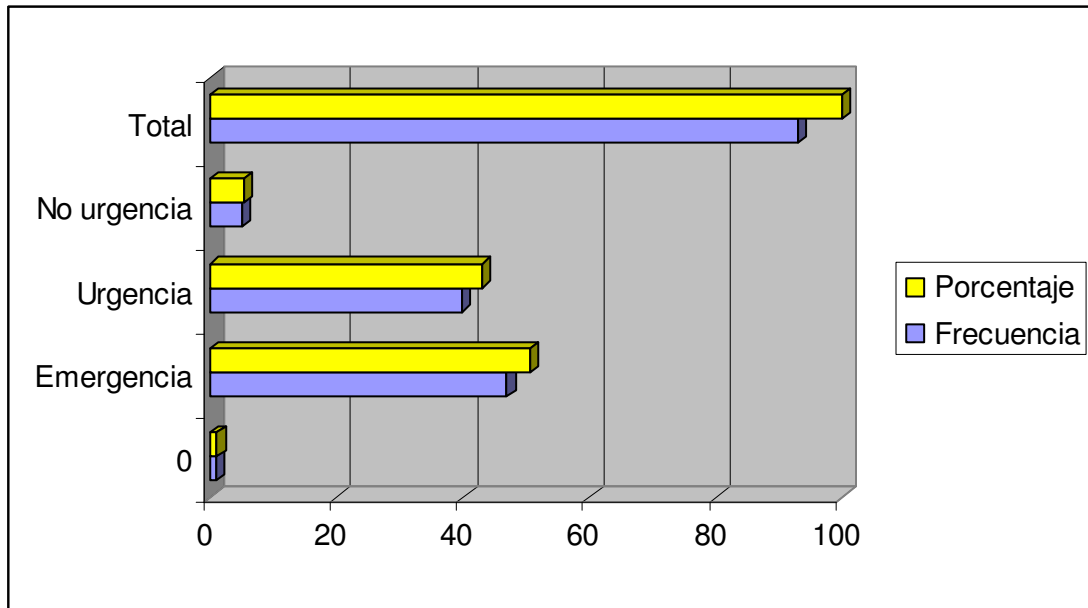


ESCENARIO 4

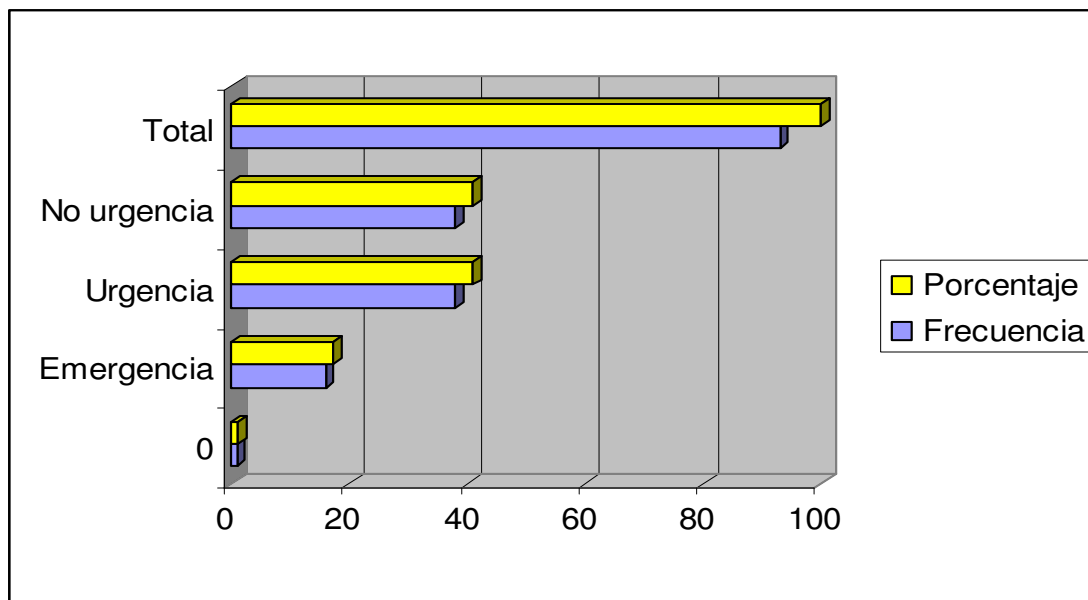


ANEXO 11

ESCENARIO 5

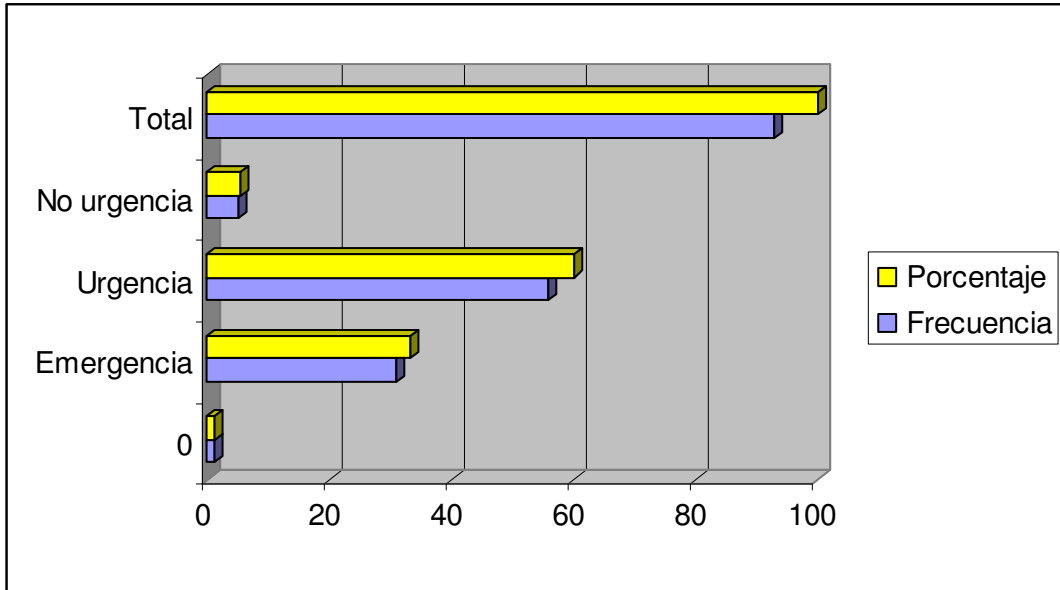


ESCENARIO 6

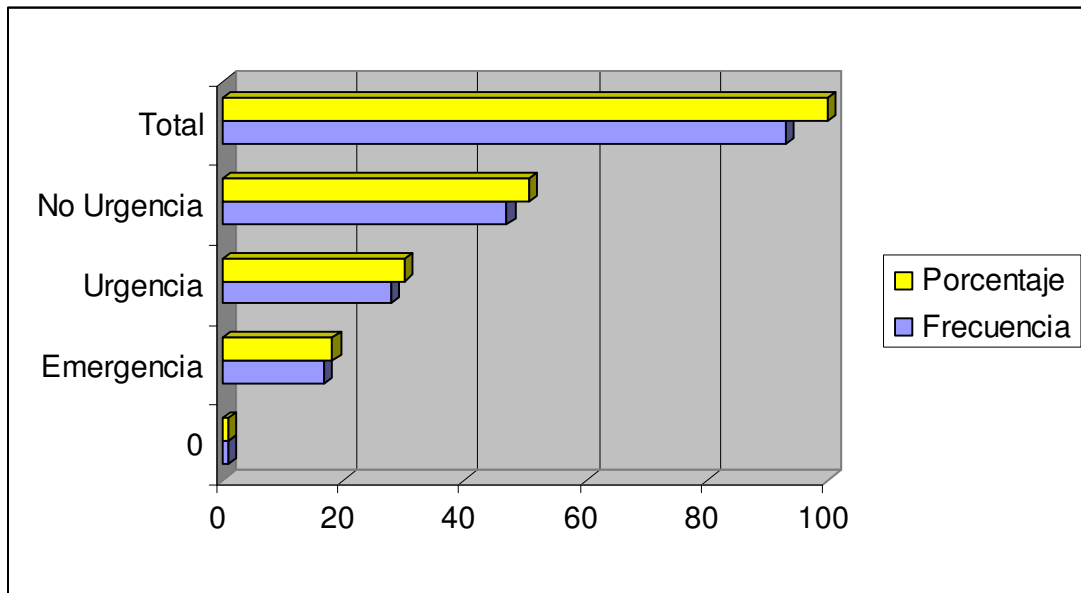


ANEXO 11

ESCENARIO 7

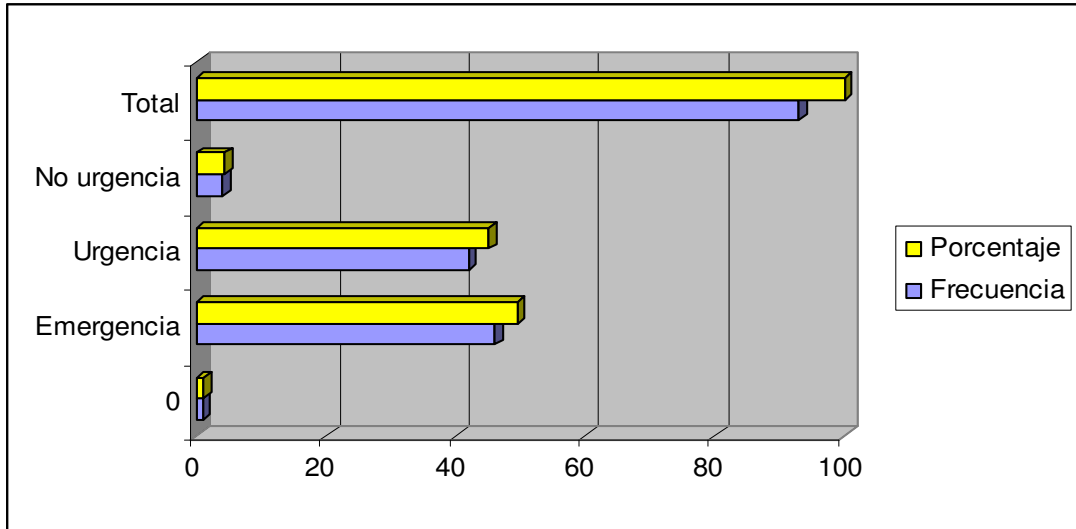


ESCENARIO 8

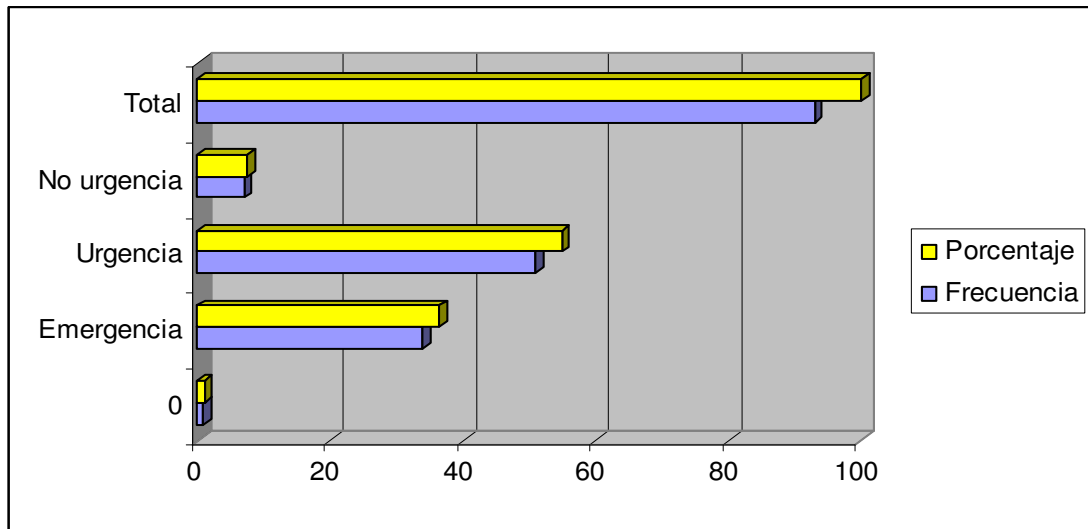


ANEXO 11

ESCENARIO 9

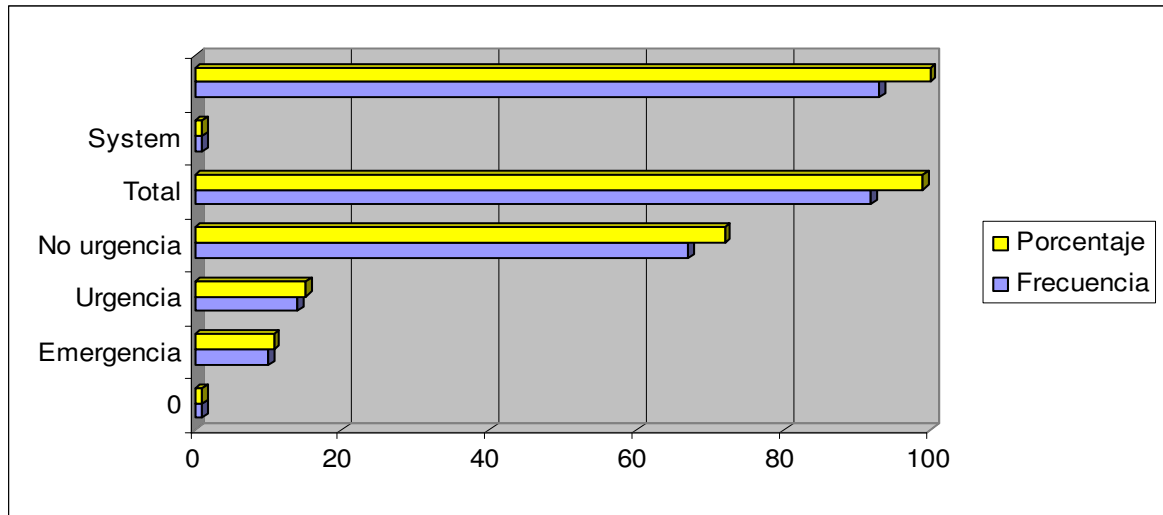


ESCENARIO 10

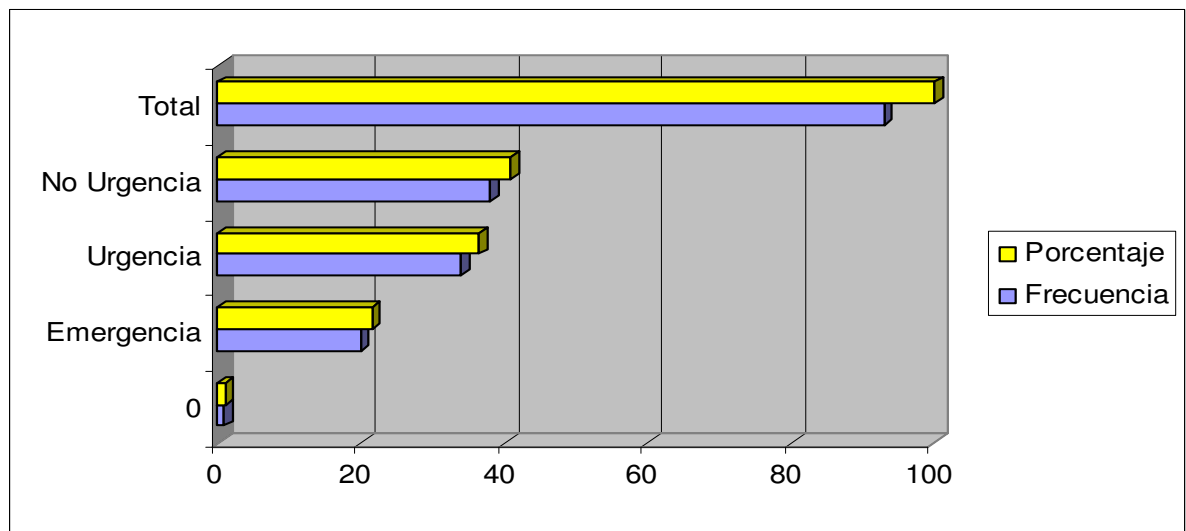


ANEXO 11

ESCENARIO 11



ESCENARIO 12



ANEXO 12

ESCENARIO 5

CUADRO 5

		EMERGENCIA	URGENCIA	NO URGENCIA	TOTAL
ESPECIALIDAD	PEDIATRIA	9	22	4	35
	URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS	18	4		22
	MEDICO FAMILIAR	2	1		3
	CIRUJANO PEDIATRA		2	1	3
	CIRUGIA GENERAL	1	1		2
	TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA		1		1
	NEUROLOGO		1		1
TOTAL		30	32	5	67

Chi- Square Pearson .015

ANEXO 13

ESCENARIO 7

CUADRO 6

					TOTAL
		EMERGENCIA	URGENCIA	NO URGENTE	
ESPECIALIDAD	PEDIATRIA	6	27	2	35
	URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS	11	10	1	22
	MEDICO FAMILIAR		3		3
	CIRUJANO PEDIATRIA		3		3
	CIRUGIA GENERAL	1	1		2
	TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA		1		1
	NEUROLOGO			1	1
TOTAL		18	45	4	67

Chi Square Pearson .006

ANEXO 14

ESCENARIO 9

CUADRO 7

					TOTAL
		EMERGENCIA	URGENTE	NO URGENTE	
ESPECIALIDAD	PEDIATRIA	13	20	2	35
	URGENCIAS MEDICO QUIRURICAS	14	8		22
	MEDICO FAMILIAR	1	2		3
	CIRUJANO PEDIATRA		3		3
	CIRUGIA GENERAL	1	1		2
	TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA		1		1
	NEUROLOGO			1	1
TOTAL		29	35	3	67

Chi Square Pearson .003

ANEXO 15

ESCENARIO 10

CUADRO 8

		0	EMERGENCIA	URGENCIA	NO URGENTE	TOTAL
CURSO POSTECNICO DE ENFERMERIA	URGENCIAS ADULTOS		9	6		15
	PEDIATRIA			2	2	4
	URGENCIAS PEDIATRICAS			1		1
	ENFERMERA GENERAL	1		1		2
	INTENSIVISTA			2		2
	QUIRUGICA			1		1
TOTAL		1	9	13	2	25

Chi Square Pearson .011

ANEXO 16

ESCENARIO 3

CUADRO 9

		0	EMERGENCIA	URGENCIA	NO URGENCIA	TOTAL
TIEMPO DE LABORAR EN URGENCIAS	,200				1	1
	,300		1	1		2
	,500		1	6		7
	,600		1			1
	1,000		6	15		21
	1,500		1	1		2
	2,000		6	10		16
	3,000	1	2	2		5
	4,000		1	4		5
	5,000		2	3		5
	6,000			1		1
	7,000		4	2		6
	8,000		2			2
	9,000		1			1
	10,000			1		1
	11,000		1			1
	14,000		1	2		3
	15,000		5	4		9
	16,000		1	3		4
TOTAL		1	36	55	1	93

Chi Square Pearson .000