



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°1  
SERVICIO DE URGENCIAS  
"TRIAGE"

USO ADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

PRESENTA :

DR. JOSE FERNANDO MARTINEZ LÓPEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

ASESOR :

DR .NOÉ GATICA VALDEZ

DR. JESUS MORALE S PIÑON



OAXACA,OAX

ENERO 2015

**IMSS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
DELEGACION OAXACA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No I  
"DR DEMETRIO MAYORAL PARDO."  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

SERVICIO DE URGENCIAS

TITULO:

USO ADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

PRESENTA

DR. JOSE FERNANDO MARTINEZ LÒPEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

ASESOR:

DR .. NOÉ GATICA VALDEZ  
DR. JESUS MORALES PIÑON

CIUDAD DE OAXACA OAXACA , ENERO DE 2015

---

Doctor  
. NOÉ GÁTICA VALDEZ  
Jefe de la División de epidemiología  
UMF No1 OAXACA

-----

Doctor

JESUS MORALES PIÑON  
JEFE DE ENSEÑANSA MEDICA  
HGZ C/MF No2 SALINA CRUZ  
OAXACA

-----

## INDICE

### Páginas

RESUMEN .....	7
DATOS GENERALES .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
JUSTIFICACIÓN .....	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	17
HIPÓTESIS .....	18
OBJETIVOS .....	19
MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS .....	20
RESULTADOS .....	21
DISCUSIÓN .....	25
CONCLUSIONES .....	27
BIBLIOGRAFÍA .....	28

## 1.- RESUMEN

### TITULO .

Uso adecuado del servicio de urgencias.

### ANTECEDENTES.

El servicio de urgencias, es la principal entrada a los servicios de salud; por lo que es fundamental la calidad y calidez de la atención; siendo capaz de valorar el motivo de urgencias y determinando su tiempo de atención, de acuerdo a su gravedad; siendo posible mediante el sistema de TRIAGE para la optimización de los servicios.

### OBJETIVO GENERAL.

Determinar el uso apropiado del servicio de urgencias mediante la clasificación de TRIAGE.

### MATERIAL Y METODOS.

Es un estudio observacional analítico de casos uno a uno transversal y prospectivo. En el cual se valorara la clasificación del sistema TRIAGE para la determinación del buen funcionamiento del servicio de urgencias

### TIEMPO A DESARROLLARSE.

Del 01 de marzo al 31 de agosto del 2014.

### RESULTADOS:

Se capturará por la metodología de SPSS, análisis estadístico t de student para muestras independientes y medidas de tendencia central para variables cuantitativas y para variables cualitativas porcentajes y frecuencias.

DATOS GENERALES:

AUTOR:

MARTINEZ LOPEZ JOSE FERNANDO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTA DE MEDICINA

ASESORES :

Doctor : NOÉ GATICA VALDEZ CASTELLANOS

Doctor : JESUS MORALES PIÑÓN

TESIS:

USO ADECUADO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

ENERO 2015

## INTRODUCCION

El servicio de Urgencias es la puerta principal de entrada al sistema de salud, además en el área hospitalaria en cuya actividad crece constantemente, es motivo de preocupación para el sistema de salud, así como para la población en general. Ya que estos Servicios de Urgencias Hospitalario (SUH) son utilizados de manera inadecuada.

Estudios realizados en España reportan que el porcentaje de consulta inadecuada al servicio de urgencias, tiene una amplia variación, que oscila de 24 a 79 % siendo esta tendencia, al uso inadecuado de los SUH de predominio mundial. (1-6)

Debido al empleo inadecuado y desmedido en los SUH se ve afectado el sistema de salud. El personal de salud que labora en los SUH y principalmente el paciente que solicita atención por urgencia, real se ve afectado. Traduciéndose esto en reducción de espacio físico, sobrecarga de trabajo en áreas tales como laboratorio, radiología. Desviación de recursos personales y tiempo destinado a pacientes con patología de riesgo vital, frustración del personal de salud, práctica de una medicina defensiva, deficiencia en la calidad de atención al usuario y retraso en el otorgamiento de la atención inmediata a la urgencia real. (4-6-10)

A pesar de estas estrategias propuestas y llevadas a cabo lejos de disminuir la afluencia de pacientes a los SUH se ha incrementado un 4 -5% (6)



En recientes experiencias, se intenta mejorar el papel de los SUH mediante protocolos de TRIAGE, derivando los casos no urgentes a los médicos de la atención primaria disminuyendo selectivamente estos casos. (6)

Existen escalas que pueden ser útiles para evidenciar las urgencias reales de las no urgentes como en el caso de los criterios del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH), puede ser capaz de identificar, la fracción de consultas catalogadas como urgencias inadecuadas o motivos de consulta no urgentes, pero no puede ser utilizado este método como análogo del TRIAGE ya que este se realiza tras otorgar la atención médica en cada caso. (9)

Teresa Sampere, describe los criterios que se aplicaron en el PAUH; los criterios de gravedad, los cuales fueron divididos en cinco bloques. El primer bloque corresponde a los criterios de gravedad y se centra en la estabilidad de los sistemas fisiológicos (pulso, presión, temperatura, equilibrio electrolítico, gases) y en la pérdida brusca de funcionalidad de algún órgano o sistema. El segundo bloque son criterios de tratamiento, que pueden ser atendidos en el nivel de atención primaria.

El tercer bloque de criterios se fundamenta en la realización de pruebas diagnósticas en urgencias que orientan hacia la necesidad de hacer un diagnóstico rápido, en el cuarto bloque son criterios que se tomaron como derivación adecuada del nivel primario (paciente con más de 12 hrs en observación en el SUH, paciente que es ingresado en el hospital o trasladado a otro hospital, paciente que fallece en el SUH o derivado por un médico) y el quinto bloque fueron solo criterios aplicables a pacientes que acudieron de forma espontánea al SUH provenientes de un accidente (laboral, de tráfico en algún lugar público). (9)

Por lo que los resultados de este estudio muestran que se comporta como un instrumento específico pero poco sensible, con un elevado valor predictivo positivo para los casos inapropiados, ya que el 96% de los casos considerados inapropiados por el PAUH, fueron considerados inapropiados por los clínicos; pero con escaso valor predictivo negativo, ya que sólo el 59% de los casos que el PAUH consideró apropiado; fueron valorados apropiados por los clínicos. (9)

En el sistema de salud la burocratización en el modelo tradicional de la atención primaria es otro factor que influye en la sobreutilización inadecuada de los SUH, teniendo que emplear el médico más tiempo en trámites burocráticos que en explorar al paciente así como las dificultades en la obtención de una cita con el médico de medicina familiar por otra parte la facilidad de que disponen los usuarios para trasladarse actualmente de un lugar a otro, la falta de información

sobre los recursos sanitarios disponibles y el modo adecuado de utilizarlos, percepción de mayor confianza del usuario en la tecnología y la fácil accesibilidad al hospital (al que se puede acudir directamente sin realizar ningún trámite burocrático) comodidad de su horario, percepción personal de su enfermedad como un problema agudo e inesperado que a su consideración debe ser valorado

de inmediato por la incertidumbre que genera, nivel socioeconómico bajo de la población usuaria, mayor confianza en el sistema de urgencias hospitalarias, falta de confianza en el sistema primario, creencia de los usuarios que serán atendidos por el especialista en su enfermedad, creencia de que el personal de salud de los SUH es más capaz que el personal de atención médica continua, mayor confianza y capacidad de respuesta rápida a sus demandas, la percepción de gravedad de su enfermedad, la proximidad del SUH o el desconocimiento de atención en el nivel primario.(5-11-12)

Las urgencias hospitalarias en México inician a partir del año 1985 debido al sismo ocurrido en la ciudad de México poniendo en evidencia que el sistema de salud en ese entonces no estaba preparado para la atención de urgencias de magnitudes como este desastre natural, por lo que las autoridades políticas decidieron fomentar la formación de recursos humanos calificados para la atención de urgencias basados en el modelo americano-franco-germano iniciando de esta manera formalmente la historia de la medicina de urgencias en México y Latinoamérica creándose el primer curso de residencia médica de especialización en urgencias Médico quirúrgicas cuya sede fue en el hospital Balbuena del Distrito Federal.(13)

En el año 2002 la NOM-206-SSA1-2002 establece los criterios del funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, con la finalidad de garantizar la atención de urgencias por parte de los prestadores de servicios y que esta se brinde de manera expedita, eficiente y eficaz en beneficio del usuario. También establece los servicios necesarios para el funcionamiento de los SUH (banco de sangre, laboratorio, radiología, quirófano, área de recuperación, área de choque, sala de terapia intermedia o en su defecto sala de terapia intensiva, insumos suficientes en los mismos y personal las 24 hrs. los 365 días del año) con la finalidad de garantizar el funcionamiento óptimo de los SUH. (14-15)

En Australia se consolida la escala nacional de TRIAGE para los servicios de urgencias (National Triage Scale for Australasian emergency departments NTS) considerada la primera escala de universalización revisada en el año 2000 y recomendada (Australasian triage scale ATS) basada en cinco niveles de priorización

Nivel 1 resucitación, Nivel 2 emergencia, Nivel 3 urgente, Nivel 4 semi urgente, Nivel 5 no urgente. (17-18)

En 1995 es creada la escala de TRIAGE canadiense para los servicios de urgencias (CTAS) la cual continua vigente hasta la fecha y la cual se considera adecuada para su uso como escala para la clasificación de los pacientes en los servicios de urgencias, junto con la más reciente creada.

El modelo Andorrano de TRIAGE (MAT) ambas derivadas de la ATS (clasificación de los pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de TRIAGE estructurado de urgencias y emergencias). (17)

El sistema de TRIAGE es un proceso que nos permite evaluar de forma rápida la gravedad de la afección del paciente con el fin de priorizar el orden de tratamiento y asignar el lugar y los medios adecuados para el mismo, con la meta de poder equilibrar la oferta y la demanda de forma más adecuada en los servicios de urgencias.

Por lo que la clasificación de los pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias se ha convertido, en los últimos años, en un pilar fundamental en las instituciones donde se ha implantado, una valoración adecuada del paciente en el departamento de urgencias aumentará sin duda, las posibilidades de ofrecer el servicio más adecuado en el momento más oportuno y con el menor tiempo de espera, priorizando al paciente para que reciba el servicio que requiere.

Conociendo la causa de por qué nuestros pacientes acuden a los SUH y no a la atención primaria podríamos implantar estrategias para un mejor acercamiento del paciente a los servicios de atención médica continua como reducción de la demora de la cita con su médico familiar, optimizando la organización en cada centro de atención primaria, reduciendo los tiempos de espera para interconsulta a especialidad. (6-21)

La disponibilidad de un sistema de TRIAGE estructurado en los servicios de urgencias hospitalarios es una necesidad ineludible dentro del sistema sanitario de calidad. (17)

Actualmente, el grado de implantación del TRIAGE estructurado de urgencias en diferentes países es variable, pero se observa una relación directa entre el desarrollo e implantación de los modelos de TRIAGE estructurado, el desarrollo de los servicios de urgencias y el desarrollo profesional de la medicina de urgencias y emergencias, hasta el punto es así, se cree que el modelo de TRIAGE de los servicios de urgencias y emergencias de un país es un buen indicador del grado de madurez de los sistemas sanitarios en la atención a las urgencias y emergencias.(17)

## JUSTIFICACION:

En el HGZ. No1 se otorgaron 25 400 consultas en el servicio de urgencias en el año 2012 de las cuales menos del 30%, de acuerdo a la percepción del médico, correspondieron a urgencias reales y el resto fueron urgencias sentidas, teniendo un comportamiento muy similar a nivel mundial en el cual se reporta un porcentaje de urgencias sentidas que va desde un 24 a 79%.

Nuestra investigación contribuirá a conocer el porcentaje de pacientes que hacen un uso del servicio de urgencias utilizando como instrumento de clasificación de la urgencia el sistema de TRIAGE.

La importancia en el estudio es de conocer y explorar en este momento la autenticidad del sistema TRIAGE y la utilidad de este para la clasificación de las urgencias y la atención de la consulta de este servicio.

PREGUNTA DE INVESTIGACION (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)

¿Cuál es el uso del Servicio de Urgencias de acuerdo a la valoración del TRIAGE?.

## HIPÓTESIS

Hipótesis El uso del Servicio de Urgencias, de acuerdo al TRIAGE, es congruente.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el uso del servicio de urgencias a través de la estatificación de la escala TRIAGE.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Registrar la clasificación del TRIAGE otorgada a la consulta en el servicio de urgencias.
- 2.- Clasificar el motivo de la consulta, de acuerdo a la clasificación de TRIAGE.
- 3.- Calcular el porcentaje de urgencias reales del total de consultas solicitadas en urgencias.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal prospectivo.

CASO: Todos los derechohabientes entre 15 a 60 años que acuda a solicitar atención médica en el servicio de urgencias del HGZ No1 IMSS OAXACA en el periodo comprendido del 01 de marzo 2014 al 31 de agosto del 2014.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Pacientes entre 15 a 60 años de edad que acudan al servicio de urgencias.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

Hojas de valoración de los pacientes que acudan a solicitar atención médica en el Servicio de Urgencias.

### CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Pacientes subsecuentes.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

Las hojas de valoración que no sean legibles.

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA DE LA MUESTRA:

Se realizará en población derechohabiente que acuda a solicitar atención en el servicio de urgencias del IMSS Oaxaca en el periodo comprendido del 01 de marzo del 2014 al 31 de agosto del 2014.

### TAMAÑO DE MUESTRA:

400 cuestionarios, muestra por conveniencia y no probabilística, de tal manera que se aseguran tener, en forma proporcional, 80 por cada color.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Motivo de consulta.

Definición operativa: será el signo, síntoma o diagnóstico por el que el paciente acuda a solicitar atención medica de acuerdo a como este anotado en la hoja de valoración.

Tipo de variable:

Cualitativa nominal.

## TRIAGE.

Definición operativa:

Será el color asignado por el médico en la hoja de valoración para la patología actual del paciente tomando como referencia los colores utilizados por la escala canadiense.

Tipo de variable: Cualitativa ordinal.

Categoría de medición:

Colores:

1.- Rojo: Mide urgencias reales de atención inmediata (resucitación): pacientes en paro cardiorespiratorio, traumatizados, quemados, en shock.

2.- Anaranjado: Mide urgencias reales de atención mediata (emergencia):

Pacientes con infarto al miocardio, encefalopatías, retención aguda de orina, en atención dentro de los 10 primeros minutos.

3.- Amarillo: Mide urgencias mayores: pacientes con cólico reno uretral / vesical, dolor abdominal, deshidratación. Con atención dentro de los primeros 30 minutos.

4.- Verde: Mide urgencias menores: pacientes con cuadros enterales, heridas, esguinces, lumbalgias. Atendidas durante los primeros

120 minutos.

5.- Azul: Mide consulta que no es necesariamente urgencia. Pacientes con

cuadros respiratorios, contundidos, conjuntivitis con atención dentro de las primeras 4 horas.

#### CLASIFICACIÓN DE LA URGENCIA.

Serán tomadas como inadecuadas las situaciones médicas clasificadas por la escala de TRIAGE en los colores verde y azul, y adecuadas las catalogadas con color amarillo naranja y rojo.

Categoría de Medición: 1. Urgencia inadecuada. 2. Urgencia adecuada

#### HORARIO DE CONSULTA.

Definición operativa: Para propósito de este estudio se considerará turno matutino de las 7:30 a las 14:00hrs, turno vespertino de las 14:00 a las 20:30hrs. de lunes a viernes.

Definición operativa: Se anotará el día de la semana en que se presente a urgencias.

Categoría de medición: Días de la semana.

#### SEXO.

Definición operativa: Diccionario de la lengua española: Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino.

Será tomado el que este anotado en la hoja de valoración médica.

Categoría de medición: 1. Femenino. y2. Masculino.

#### Edad.

Definición operativa: Será la anotada en la hoja de valoración médica y/o tomada del agregado del número de afiliación.

Categoría de Medición: Años.

## RESULTADOS

Se estudiaron 400 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, se aplicó el cuestionario por conveniencia no probabilística .

Se captaron 400pacientes en total de los cuales 209 fueron mujeres ( 52% ) cuya edad en años correspondieron a 20-60 años , del grupo masculino correspondieron 191 pacientes( 48%) con promedio de edad en años a 20-60 años .

La principalmodalidad de color de triage fue amarillo de acuerdo a urgências adecuadas correpondiendo a un 41% seguida del color verde en un 34% en urgências inadecuadas , en tercer lugar correspondio alas urgências naranjas adecuadas 12%, seguido del color azul 9% y finalizando con el color rojo 3%.

Demostrando asi pues que el porcentaje de urgências adecuadas es importante ya que corresponde a un 56% siendo en su mayoría urgências reales de color amarillo (41% )las cuales deben atenderse en los primeros 30 minutos de estancia y el restante (15%) rojos/naranjas urgências que deben atenderse de manera casi inmediata. quedando asi solo un 43% correspondientes a urgências inadecuadas (verdes/azules) quedando bien definido el uso adecuado del servicio de urgências en el HGZ No 1 el cual depura eficientemente la atencion a los derechohabientes de acuerdo a urgências calificadas para su atencion oportuna

## DISCUSIÓN

En la literatura médica se encuentra un registro óptimo acerca de la atención del triage en los servicios de urgencias, siendo de gran utilidad, sobre todo en nuestro centro de trabajo Hospital general de zona no1" DR Demetrio Maoral Pardo" en el servicio de urgencias, satisfaciendo necesidades de atención clasificando las urgencias de acuerdo a su gravedad mejorando de esta manera la calidad en la atención de las urgencias adecuadas reduciendo tiempo de espera y mejorando la calidad de la atención.

En la literatura médica se encuentra reportado un intenso porcentaje de urgencias inadecuadas mismas que saturan los servicios de urgencias siendo prevalentes los códigos verdes y azules los cuales impiden en determinado momento la atención oportuna y adecuada de las urgencias reales (códigos rojo, anaranjado y amarillo) mismas que mediante el triage se depuran para dar paso a una fluidez del servicio y una atención adecuada del derechohabiente

## CONCLUSIONES

De esta forma concluimos que, impera la necesidad del triage en el servicio de urgencias para satisfacer la demanda de atención y poder proporcionar un servicio eficaz a nuestra población derechohabiente, de esta manera podremos disminuir notablemente la alta tasa de urgencias inadecuadas y hacer fluido la atención de las urgencias reales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro Nutrilla, Pedro Sordo G. Análisis de la actividad en el servicio de urgencias del hospital virgen del puerto. [Tesis Doctoral]. Madrid: Complutense de Madrid; 2009.
2. Almudena Ruiz, Peña García Barba, Antonio Gracia López et al. ¿Por qué acuden directamente nuestros pacientes a las urgencias hospitalarias? Clínica de Medicina de la Familia. Vol. 2006:1-3-vol 1 No3.
3. David Oterino, José Francisco Baños, Víctor Fernández, et al. Urgencias Hospitalarias y de Atención Primaria en Asturias, variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. Sociedad española de la Salud Pública y Administración Sanitaria. 2007 pp: 20- 21.
4. J Cantero Hinojosa, Sánchez catalajo, Martínez Olmos, et al. Inadecuación de Visitas a un Servicio de Urgencias y factores asociados. Atención Primaria.vol. 28 No 5 septiembre 2007; pp:1-7.
5. J. Sánchez. Bueno et al. Uso Inadecuado de un servicio de Urgencias Hospitalario Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospital Médico Quirúrgico Virgen de las Nieves. Emergencias 2005.vol.17 pp: 138-144
6. D Oterino, S Peiro, R Calvo, et al. Utilización Inadecuada de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gaceta sanitaria. 1999;vol13 No5pp :3,8,9.
7. M Ángeles Carbonell, Jesús María Arranas, Que Población Utiliza el Servicio de Urgencias Hospitalario. Revista de calidad asistencial volumen 19 issue 6pp: 370-373.2013.