



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

***“CONFIABILIDAD, VALIDEZ PREDICTIVA Y VALIDEZ CONCURRENTES DE CINCO
INSTRUMENTOS DE TRIAGE INTERNACIONALES EN USUARIOS MEXICANOS DEL SERVICIO
DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CONTINUA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”***

Tesis para obtener el grado de especialista en: **Psiquiatría**

Presenta:

BERTHA ITZEL CONCEPCIÓN GARCÍA GONZÁLEZ

Tutor Metodológico

Dr. Gerhard Heinze Martin

Tutor Teórico

Dr. Alejandro Molina López

Ciudad de México, 2018



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.

Archivar

PH



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

"CONFIABILIDAD, VALIDEZ PREDICTIVA Y VALIDEZ CONCURRENTE DE CINCO
INSTRUMENTOS DE TRIAGE INTERNACIONALES EN USUARIOS MEXICANOS DEL SERVICIO
DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CONTINUA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

Tesis para obtener el grado de especialista en: **Psiquiatría**

Presenta:

BERTHA ITZEL CONCEPCIÓN GARCÍA GONZÁLEZ

Tutor Metodológico

Dr. Gerhard Heinze Martin

001585

Tutor Teórico

Dr. Alejandro Molina López



Ciudad de México, 2018

DEDICATORIA

A **Tonchita** y a **Higinio**, mis padres, quienes siempre me han apoyado, han creído en mi y han hecho lo que soy.

A **Samuel** quien siempre me ha cuidado y ha estado en cada momento. Es un orgullo ser tu hermana.

A **Íker** quien me llena de risas y felicidad desde el primer día que lo vi. A **Isabella** que cada día me enseña lo que es la fortaleza y es un ejemplo a seguir, los amo.

A mi tía **Celinda** quien siempre nos ha apoyado y que es como mi segunda madre.

Y en especial a **Alan** quien me apoyó durante toda la residencia, me dio aire cuando más lo necesitaba, me ayudó a creer en mi, mi compañero de vida y lo mejor que me ha pasado. Patooooo!!!!

A **Mandy** y **Mafalda** por ser las mejores amigas que alguien puede tener.

A **Ötto** y **Waffle** porque me tranquilizaron en los momentos en que más lo necesitaba.

AGRADECIMIENTOS

Al **INPRFM** por ayudarme a cumplir mi sueño que tenía desde los 16 años, ser Psiquiatra.

A mis tutores: El **Dr. Gerard Heinze** y en especial al **Dr. Alejandro Molina** quien me apoyó en cada momento para la realización de esta tesis.

A **Pilar Carriedo** por ayudarme como segunda investigadora y por ser una gran amiga.

INDICE

1. ANTECEDENTES

I.	Salud mental a nivel mundial.....	6
II.	Salud mental en México.....	7
III.	Atención en salud mental.....	8
	a. Atención en consulta externa.....	9
	b. Atención hospitalaria.....	10
	c. Atención en urgencias.....	10

2. MARCO TEORICO

I.	Definiciones de Urgencia Médica y Urgencia psiquiátrica.....	11
	a. Historia y definiciones de urgencias médicas.....	11
	b. Historia y definiciones de urgencias psiquiátricas.....	13
II.	Triage en urgencias.....	14
	a. Objetivo y funciones del Triage.....	14
	b. Historia y evolución del Triage.....	15
	c. Triage en Salud Mental.....	17
	d. Triage Psiquiátrico en México.....	22

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....24

4. JUSTIFICACIÓN.....24

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....25

6. OBJETIVO GENERAL.....25

7. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....25

8. HIPÓTESIS GENERAL.....26

9. METODO

a.	Diseño del estudio.....	26
b.	Selección y tamaño de muestra.....	26
c.	Criterios de selección.....	27
	i. Criterios de inclusión.....	27
	ii. Criterios de exclusión.....	27
	iii. Criterios de eliminación.....	27
d.	Medición de las principales variables del estudio.....	28
e.	Instrumentos de evaluación.....	29
	i. Formato de datos demográficos.....	29

ii.	Triage de salud mental, Royal Hobart (MHTS)	30
iii.	Triage de salud mental del Sudeste de Sydney	30
iv.	Escala de crisis y triage de Bengelsdorf (CTRS)	31
v.	Triage Psiquiatrico Regional (TPT)	31
f.	Procedimiento	32
i.	Diagrama de flujo del procedimiento	33
g.	Análisis estadístico	33
h.	Consideraciones éticas	34
i.	Organización	34
i.	Recursos humanos y materiales	34
10.	RESULTADOS	
a.	Resultados sociodemográficos	35
b.	Resultados descriptivos de los instrumentos de triage internacionales	39
i.	Resultados descriptivos del triage mexicano	39
ii.	Resultados descriptivos de otros instrumentos de triage internacionales	40
iii.	Resultados de validez concurrente de los instrumentos de triage internacionales	43
iv.	Resultados de validez predictiva de los instrumentos de triage internacionales	44
c.	Resultados de confiabilidad interevaluador	49
11.	DISCUSIÓN	50
12.	CONCLUSIONES	55
13.	BIBLIOGRAFÍA	56
14.	ANEXOS	
a.	Formato de datos demográficos	60
b.	Escala de crisis y triage de Bengelsdorf	61
c.	Triage Psiquiátrico Regional	62
d.	Triage de salud mental del Sudeste de Sydney	63
f.	Triage Psiquiátrico Color/Riesgo	64
g.	Triage de salud mental, Royal Hobart (MHTS)	65
h.	Carta de aprobación por el comité de ética	66

1. ANTECEDENTES

I. Salud mental a nivel mundial

La salud mental desde una perspectiva global es definida por la Organización Mundial de la Salud como " un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"¹ A nivel personal puede comprenderse a la salud mental como un nivel de bienestar psicológico, o una ausencia de enfermedad mental. Desde el punto de vista de la psicología holística, la salud mental puede incluir la capacidad de un individuo para disfrutar de la vida, y crear un equilibrio entre las actividades de la vida y los esfuerzos para lograr la resiliencia psicológica².

A mediados del siglo 19, William Sweetser fue el primero en acuñar el término "higiene mental", Sweetser es considerado un precursor de los enfoques contemporáneos de promoción de la salud mental. También en esta época, una figura importante en el desarrollo del movimiento de "higiene mental" fue Dorothea Dix. Dix era una profesora que durante su vida se esforzó para ayudar a las personas con trastornos mentales, y para sacar a la luz las condiciones deplorables en que se encontraban. Antes de este movimiento, no era raro que las personas afectadas por una enfermedad mental en el siglo 19 se fueran abandonadas y dejadas en condiciones deplorables.

En 1896 Emil Kraepelin desarrolló una taxonomía de los trastornos mentales de que dominó el campo de la salud mental por casi 80 años³. A principios del siglo 20, Clifford Beers fundó el Comité Nacional de Salud Mental después de la publicación de su experiencia en manicomios "Una mente que se encuentra a sí misma" y en 1908 abrió la primera clínica de salud mental para pacientes ambulatorios en los Estados Unidos³.

A escala mundial, los problemas de salud mental sin diagnosticar representan una gran magnitud a nivel social. Se estima que 120 millones de personas padecen depresión, 50 millones padecen epilepsia, 37 millones son los afectados por la enfermedad de Alzheimer, y 24 millones padecen esquizofrenia. Cerca de 1 millón de personas en todo el mundo se suicidan cada año, y aproximadamente 20 millones son los que realizan intentos de suicidio no consumado. En los Estados Unidos, el suicidio es la octava causa de muerte. De acuerdo con un estudio del Banco Mundial, los problemas de salud mental son la principal causa de pérdida de años de vida saludables. A pesar de ello, las asignaciones para el tratamiento de problemas de salud mental en los presupuestos nacionales de salud son desproporcionadamente pequeños en relación con otras enfermedades y en relación con las consecuencias graves que plantean para la salud⁴.

II. Salud mental en México

Al igual que en el resto del mundo, en América latina y en particular en México los suele haber poca inversión de recursos en el área de la salud mental. En América Latina, en promedio solo 1.53% del gasto total en salud está destinado a salud mental. Con el fin de abordar esta situación y establecer mecanismos al desarrollo de mejores políticas públicas, la Organización Mundial de la Salud desarrolló el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS), en donde se recaba información para evaluar y fortalecer los servicios de salud mental en todo el mundo. Este instrumento se implementó en México entre 2009 y 2010, buscando conocer más afondo el panorama en el ámbito de la salud mental para identificar puntos clave para intervenir⁵.

México posee una gran diversidad cultural, social y económica, en el 2015 la INEGI señaló que se contaba con una población de 119 millones 530 mil 753, siendo importante señalar que a pesar de estar considerado por el Banco Mundial como un país con un nivel de ingreso medio-alto, el 46.2% se encuentra en estado de pobreza, lo que representa que una

proporción importante de la población carece del acceso a servicios básicos de salud⁶. A esto se agrega la situación actual de violencia y crisis económicas que derivan en una reducción del gasto público en salud, en particular el ámbito de la salud mental.

Los modelos asistenciales implementados priorizaron claramente la sanación, haciendo poco énfasis en la promoción y prevención de los problemas de salud, generándose programas consistentes en paquetes de servicios básicos que garantizan un número definido de acciones en salud. Un ejemplo es el Seguro Popular, el cual aunque ha reducido considerablemente ciertas demandas de atención en salud, es insuficiente en su cobertura para el campo de la salud mental⁵.

Actualmente México experimenta problemas de salud mental que desde una perspectiva global se pueden considerar como un estado mixto, entre la problemática de salud de los países en vías de desarrollo, como enfermedades infecto-contagiosas. Y por otro lado un auge de padecimientos propios de países desarrollados, como los padecimientos crónico-degenerativos, entre ellos los trastornos mentales, que representan un problema importante de salud pública por su alta prevalencia y por el impacto por los altos costos económicos y sociales⁷.

III. Atención en salud mental

A nivel global, los últimos 30 años han visto importantes reformas en el sector de la salud mental. La descentralización y las reformas de financiación sanitaria son los dos principales cambios que han afectado a los sistemas de atención de salud en general. Estas cuestiones son importantes para la salud mental porque hay una conciencia creciente de la necesidad de una financiación adecuada de servicios de salud mental y un énfasis en la integración de estos servicios en los sistemas de atención de la salud en general⁸.

Muchas personas con diagnóstico de algún padecimiento mental, actualmente pueden aspirar a lograr la recuperación y control de su cuadro a través de la participación en el

tratamiento individual o en grupo. Hay muchas opciones de tratamiento disponibles, aunque puede hablarse de 3 principales fuentes de atención, una atención hospitalaria para personas con cuadros agudos y que impliquen un riesgo inminente para su integridad o la de personas cercanas. Puede disponerse de una atención ambulatoria para pacientes con cuadros estables y controlados que requieran un seguimiento para mantener su salud.

Además existen los servicios de urgencias psiquiátricas en los cuales las personas con alguna irrupción en su tratamiento o inestabilidad en su cuadro puedan acudir con el fin de buscar controlar su afección, siendo obligación de estos servicios la de, además de buscar controlar el cuadro, derivar al servicio pertinente ya sea hospitalización psiquiátrica, atención ambulatoria o manejo de comorbilidades descompensadas⁸.

j. Atención en consulta externa

La comprensión de los factores que afectan a la demanda de servicios ambulatorios de salud mental es importante para la formulación de políticas públicas respecto a la administración de los servicios de salud mental. Con respecto al conteo del número de psiquiatras, a nivel internacional. En el Atlas de Salud Mental de la OMS de 2014, el número de psiquiatras en cifras expresadas por cada 100 000 habitantes a nivel mundial es de 9, variando desde 1 en países de bajos ingresos hasta 50 en países desarrollados⁹, en México es de 2.73 psiquiatras por cada 100,000 habitantes.

Actualmente, debido a la escases de psiquiatras y a la centralización de los servicios especializados, se propone vincular estrechamente la atención psiquiátrica a la atención primaria, enmarcándola dentro de los sistemas locales de salud. Sin embargo es importante tomar en cuenta las capacidades y habilidades del médico de la atención primaria para resolver problemas psiquiátricos, ya que de forma tradicional se ha hecho poco énfasis en este aspecto en la enseñanza médica por parte de las universidades en México¹⁰.

k. Atención hospitalaria

La atención de la salud mental en México sigue basándose en el hospital psiquiátrico, a pesar de la búsqueda de políticas mundiales que señalan a la atención primaria como el punto inicial de la atención de salud mental comunitaria. A pesar de esto los servicios para hospitalización a nivel nacional siguen siendo reducidos. En todo el país únicamente el IMSS tiene servicios de hospitalización en la ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. En el resto del país la hospitalización psiquiátrica es privada o está a cargo de la Secretaría de Salud, existiendo aún así pocos establecimientos¹⁰. Debido a estas situaciones una alta proporción de pacientes reciben tratamiento intrahospitalario, en lugar de realizar un tratamiento ambulatorio. La relación es que se interna 1 de cada 1,7 pacientes que reciben servicios ambulatorios. Este desequilibrio pone foco sobre la necesidad de un mecanismo adecuado de detección y tratamiento en los primeros niveles, así como un efectivo sistema de referencia⁵.

l. Atención en urgencias

Un punto intermedio importante en la atención psiquiátrica en México es la atención en los servicios de urgencias psiquiátricas. Aproximadamente 30% de los usuarios que acuden por primera vez a los servicios de salud mental lo hacen en un servicio de urgencias. En los últimos años la atención en estos servicios brinda también oportunidades para docencia e investigación, así como participación en situaciones de emergencia y desastres. Existen pocos estudios en México donde se evalúe la atención de urgencias psiquiátricas, siendo la mayoría de estos realizados en hospitales generales y no en hospitales psiquiátricos. En un estudio publicado en 2014 en el servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico¹¹, se cuantificó un total de 41 058 consultas en un periodo de 5 años, con un incremento global quinquenal del 14.81%. Esto demuestra una tendencia a la saturación de servicios, se ha propuesto que esto puede deberse a la percepción de los servicios de urgencias como

“amortiguadores” de la falta de oferta asistencial, especialmente cuando otros servicios no están disponibles¹¹.

Por ultimo se mencionaran los aspectos básicos de la atención en urgencias¹²:

- Evaluación adecuada centrada en el paciente, que requiere de un estudio cuidadoso, exámenes pertinentes y el tratamiento o derivación necesarios.
- El médico que debe contar con formación adecuada. Su competencia profesional y personalidad jugarán un papel decisivo.
- Los niveles de intervención que se decidirán y ajustarán a cada paciente de acuerdo a sus características:
 - **Intervención verbal:** La comunicación debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme.
 - **Intervención farmacológica:** referida al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos que, en la actualidad, constituyen recurso de privilegio técnico en el tratamiento.
 - **Intervención física:** implica restricción por la fuerza humana o contención mecánica. Será necesaria en algunos casos para proteger al paciente mismo o a los demás.

2. MARCO TEÓRICO

I. Definiciones de urgencias médicas y urgencias psiquiátricas

a. *Historia y definiciones de urgencias médicas*

Puede definirse una urgencia médica como una condición de salud de inicio repentino o agudo, que conlleva un riesgo inmediato para la condición de salud de un individuo¹³. En este concepto se han englobado a lo largo de la historia situaciones de urgencia en todos los grupos de edades y de cuadros con distintos orígenes según los órganos implicados, sin

embargo raramente se ha abarcado en la implicación que los problemas mentales pudieran tener en estas situaciones.

El manejo adecuado de las urgencias médicas presenta un impacto importante para la salud pública, por lo cual a lo largo de la historia se han estudiado métodos para mejorar la atención en estas circunstancias, Durante la Revolución Francesa, por ejemplo el cirujano militar Dominique Jean Larrey aplicó la idea de ambulancias, o "carros voladores", para el transporte rápido de los soldados heridos a un centro donde la atención médica era más accesible y eficaz. creando un precursor de las unidades *MASH (Mobile army surgical hospital)* modernas¹⁴.

La medicina de urgencias es relativamente joven como una especialidad médica independiente. Antes de las décadas de 1960 y 1970, los servicios de urgencias hospitalarios fueron generalmente atendidos por médicos del personal del hospital en forma rotativa, entre ellos médicos familiares, cirujanos generales, internistas y una variedad de otros especialistas¹⁴. En muchos servicios de urgencias más pequeños, las enfermeras se encargaban de realizar el Triage a los pacientes y los médicos eran llamados en función del tipo de lesión o enfermedad. Muchos de los pioneros de la medicina de emergencia eran médicos de familia y otros especialistas que vieron la necesidad de capacitación adicional en la atención de emergencia. No fue hasta el establecimiento del Colegio Americano de Médicos de Emergencia (*ACEP* por sus siglas en inglés) y el reconocimiento de los programas de formación en medicina de emergencia por parte de la *American Medical Association* y la *American Osteopathic Association*, que la medicina de emergencia se convirtió en una especialidad médica reconocida en los EE.UU¹⁵.

Actualmente la medicina de urgencias presenta un papel primordial a nivel mundial, Los médicos especializados en medicina de urgencias pueden entrar a programas de subespecialidades tales como los cuidados paliativos, cuidados intensivos, toxicología,

medicina de desastres, etc. Representando la práctica del Triage un papel importante para el ejercicio y la aplicación de las urgencias en Medicina.

b. Historia y definiciones de urgencias psiquiátricas

Actualmente no existe una definición concisa y de uso generalizado que englobe todos los aspectos que puede implicar una situación de urgencia psiquiátrica. Si bien puede definirse como una condición psicopatológica que conlleva una necesidad de atención inmediata o pronta, o como la necesidad de atención prioritaria ante algún malestar subjetivo, estas definiciones no aclaran aspectos como la naturaleza, origen, métodos de estratificación o características clínicas principales¹⁶. Además de esto, todavía hasta la década de 1960 las urgencias psiquiátricas no recibían el enfoque necesario para el tratamiento de estas condiciones y se contaba con un número limitado de servicios especializados en relación a la demanda requerida, por lo que muchos de estos cuadros a lo largo del siglo pasado habían sido vistos en servicios de urgencias generales y por médicos de otras especialidades¹⁷.

Los servicios de atención psiquiátrica de urgencias evolucionaron a lo largo de tres líneas disparejas: atención de urgencia psiquiátrica como un servicio improvisado en la sala de urgencias de hospital general, servicios de tratamiento posterior a un internamiento en hospitales psiquiátricos, y en servicios de salud mental en la comunidad. Cambios en la legislación de la atención comunitaria en salud mental de la década de 1960 en EE.UU. no sólo proporcionó fondos para los servicios de atención psiquiátrica de urgencias, sino que también los fusionó y consolidó en sistemas propios, para lograr una mejora en la atención¹⁸.

Las urgencias psiquiátricas comparten junto con las urgencias médicas la necesidad de llevar a cabo una evaluación clínica integral, con la elaboración de una anamnesis adecuada y una exploración física, siendo también importante para este servicio obtener información con

familiares y acompañantes, que para algunos cuadros psiquiátricos el paciente puede no brindar información adecuada o no estar en condición para reconocer su propio padecimiento¹⁸, todo esto enriquece la práctica de las urgencias psiquiátricas por lo que es importante hacer énfasis en el método con el cual se llevan a cabo las evaluaciones en los servicios de urgencias psiquiátricas y en tener un sistema adecuado para brindar la atención de acuerdo al grado de prioridad que puede tener un cuadro en relación a otro.

II. Triage en urgencias

a. Objetivo y funciones del Triage

El propósito de un sistema de triage es asegurar que el nivel y la calidad de la atención que se brinda a la comunidad es acorde con criterios clínicos objetivos, en lugar de que se rigen por necesidad administrativa u organizacional. De esta manera, los sistemas de triage estandarizados tienen como objetivo optimizar la seguridad y la eficiencia de los servicios de emergencia de los hospitales, para garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud en toda la población. El uso de un sistema de triage permite realizar comparaciones entre indicadores clave de rendimiento (p ej, tiempo de respuesta) tanto dentro como entre los distintos servicios de urgencias psiquiátricas. Desde principios de la década de 1990 el uso de sistemas computarizados de información en los servicios de urgencias de Australia ha permitido el cálculo preciso de el tiempo de respuesta contra distintos indicadores en la atención, incluyendo el código de triage, quejas, diagnóstico y destino de egreso¹⁹.

Aunque los sistemas de triage pueden funcionar de manera ligeramente diferente de acuerdo a distintos factores locales, los sistemas de triage eficaces comparten las siguientes características importantes¹⁹:

- a) Un único punto de entrada para los pacientes, de manera que todos los pacientes son sometidos al mismo proceso de evaluación.

- b) Un entorno físico que es adecuado para llevar a cabo una breve evaluación. Necesita incluir un acceso fácil a los pacientes que equilibre seguridad y requisitos administrativos de disponibilidad de equipos de primeros auxilios.
- c) Un sistema de procesamiento organizado que permite el fácil flujo de la información del paciente desde el punto de triage a través de la evaluación en el servicio de urgencias.
- d) Un sistema para actualizar la información en los distintos niveles de la atención, incluyendo sistemas para notificar al departamento de pacientes entrantes, entrada de ambulancias y comunicación con otros servicios de emergencias.

b. Historia y evolución del Triage

El término "Triage" deriva de la palabra francesa "Trier", la cual significa ordenar o separar, fue utilizada originalmente para describir la clasificación de productos agrícolas. El término "triage" se utiliza ahora casi exclusivamente en contextos específicos para el cuidado de la salud. Aunque triage puede ser utilizado en un sentido amplio para referirse a cualquier decisión sobre la asignación de un recurso médico escaso²⁰. Este término puede haberse originado durante las guerras napoleónicas de la obra del médico Dominique-Jean Larrey, quien estableció un método para la clasificación de víctimas de la guerra, con el fin de brindar el tratamiento a los heridos de acuerdo a la gravedad de sus lesiones y a su urgencia de necesidad de atención médica, independientemente de su rango o nacionalidad. Larrey articuló una regla clara para la clasificación de pacientes para el tratamiento: "Los que están peligrosamente heridos deben recibir la primera atención, sin distinción de su rango. Ellos que están heridos en un menor grado puede esperar hasta que sus compañeros de batalla, que esten mas mutilados, hayan sido operados y tratados, de lo contrario estos últimos no sobrevivirían muchas horas; y rara vez, hasta el día siguiente"²¹.

El término fue utilizado más a fondo durante la Primera Guerra Mundial por los médicos franceses que trataban a heridos en los campos de batalla, en los puestos de socorro detrás del frente. Ellos clasificaban a las víctimas en tres categorías²⁰:

- a) Los que son propensos a vivir, independientemente de qué tipo de atención reciben.
- b) Los que tienen pocas probabilidades de vivir, independientemente de qué tipo de atención reciben.
- c) Aquellos para los que la atención inmediata podría hacer una diferencia positiva en el pronóstico.

Durante las siguientes décadas sistemas derivados fueron apareciendo para tratar pacientes en situación de guerra, no fue hasta 1966 en que Weinerman y colaboradores publicaron el primer sistema del uso del triage para servicios de urgencias para civiles²², en 1977 en Australia se realiza el primer reporte de la aplicación de un sistema de triage, por un grupo de enfermeras para tratar a heridos de un accidente²³. A partir de entonces instituciones individuales, servicios de urgencias locales y regionales así como agencias federales han desarrollado y perfeccionado posteriormente sistemas de triage para la mayoría de las situaciones de urgencias y desastres²⁰.

Actualmente un sistema de triage, importante a nivel mundial, es el sistema desarrollado en Manchester en 1994²⁴, por un grupo de enfermeras y médicos de cada uno de los departamentos de emergencia de Manchester.

El Triage de Manchester (figura 1) es una herramienta de gestión de riesgos clínicos utilizado por los médicos en los servicios de urgencias en todo el mundo para que puedan manejar con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda clínica es muy superior a la capacidad de atención.

Figura 1.

Triage de Manchester. Consiste en un sistema de niveles y colores estratificado, que va del rojo al azul y en el que se clasifica el tiempo estimado en el que un paciente debe recibir atención de acuerdo grado de urgencia de un padecimiento, describiendo desde una atención inmediata hasta una espera de 240 minutos.



c. Triage en salud mental

Debido a que los trastornos psiquiátricos presentan una naturaleza clínica y fisiopatológicamente heterogénea y distinta al de otros padecimientos en el ámbito de la medicina, los sistemas de Triage convencionales no son completamente aplicables para la atención de urgencias psiquiátricas. Una de las primeras aproximaciones para esto fueron unos criterios desarrollados por Warner en 1961, aunque si bien no se trataba propiamente de un triage, sino de un sistema para decidir la necesidad o no de hospitalizar a un paciente psiquiátrico²⁵.

En las siguientes décadas se han publicado algunas escalas de Triage en psiquiatría, entre ellas se encuentra la escala de Crisis y Triage (CTRS) (Figura 2) publicada por Bengelsdorf y colaboradores en 1984, la cual mide tres dominios, que son: peligrosidad, red de apoyo y falta de cooperación. Se puntúa cada uno del 1 (mayor riesgo) al 5 (menor riesgo). Con puntaje total mínimo de 3, que indica el riesgo máximo, y un puntaje máximo de 15, que indica el mínimo riesgo. Los autores determinaron un punto de corte de 9 puntos como indicativo de necesidad de hospitalización. Una desventaja de este sistema es que se enfocaba más en la predicción de necesidad de internamiento más que en identificar el

grado de urgencia psiquiátrico, además de no tomar en cuenta otros factores médicos comórbidos²⁶.

Otro sistema fue el publicado por Smart y colaboradores en 1999, el cual se basó en la escala de Triage Nacional de Australasia (NTS), que buscó aplicar estos criterios para pacientes con enfermedad mental y tiene también como objetivo reducir los tiempos de espera, tiempos de tránsito, y proporcionar una integración efectiva y coherente de los pacientes de salud mental en un servicio de urgencias en general. Si bien una desventaja es la subjetividad en la aplicación de los criterios²⁷.

En Australia, Broadbent y colaboradores en 2002²⁸, publican un sistema de Triage para mejorar las habilidades enfermeros para urgencias de salud mental. En 2005, en Australia, en un servicio de urgencias se colocó una central de "Triage para la salud mental". Fue el primer centro de emergencia psiquiátrica. Esto ha creado un modelo de servicio único que permite un acceso directo al personal médico de emergencia que se especializa en la salud mental con una ventaja significativa para los usuarios con problemas de salud mental²⁹.

En 2005 se diseñó un instrumento denominado Triage Psiquiátrico Territoriale, el cual se encuentra en internet como tesis de maestría en enfermería de Giuseppe Stefanizzi, quien contó con el Dr. Vincenzo Raucci como tutor, uno de los autores del sistema. El sistema se diseñó para utilizarse en el "Centro Psico-Sociale" de Monza, Italia. Este método hace uso de una tarjeta que implica el uso de una "tarjeta de triage" o "tarjeta de emergencia", este sistema se basa en la importancia de establecer un lenguaje común en situaciones de emergencia, el cual es imprescindible en un contexto en el que trabajan un gran número de profesionales de la salud de distintas ramas que se enfrentan ante situaciones de urgencias psiquiátricas³⁰.

La ficha de Triage descrita en este sistema, tiene cuatro colores que representan la severidad de acuerdo con las manifestaciones clínicas y su tiempo de espera para ser evaluado. En cuanto al código de color rojo se debe garantizar una respuesta inmediata al

paciente, el tiempo de espera y frecuencia de observación se expandirá gradualmente en los siguientes códigos, siendo el último el menos urgente. Los códigos de color son, del menos urgente al más urgente: Blanco; verde; amarillo; rojo; a continuación una breve descripción del significado de cada código en este sistema de Triage:

- Blanco: Situaciones que surgen con urgencia, pero que después de una evaluación pueden aplazarse sin significar un riesgo para el individuo.
- Verde: Las condiciones que a menudo presentan una alarma pero que pueden resolverse con la una entrevista de enfermería.
- Amarillo: Las situaciones que requieren la necesidad de la intervención del especialista, que no siempre requieren la hospitalización urgente, pero si una vigilancia constante.
- Rojas: Condiciones que requieren medidas especialmente urgentes de especialistas (y enfermeras u otros médicos) y que requieren, en la mayoría de los casos, de una hospitalización urgente³⁰.

RELIABILITY OF CLIENT	
<input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Child/Adolescent <input type="checkbox"/> Intellectual Delay <input type="checkbox"/> Senior/Age Related <input type="checkbox"/> Alcohol/Substance Use	
CRISIS TRIAGE RATING SCALE (CTRS)	
Rating A: DANGEROUSNESS (CHECK ONE)	Score
1. Expresses or hallucinates suicidal/homicidal ideas or has made a serious attempt in present episode of illness. Unpredictable, impulsive and violent.	1
2. Expresses or hallucinates suicidal/homicidal ideas, without conviction. History of violent or impulsive behaviour but no current signs of this.	2
3. Expresses suicidal/homicidal ideas with ambivalence, or made only ineffectual gestures. Questionable impulse control.	3
4. Some suicidal/homicidal ideation or behaviour, or history of same but clearly wishes to control behaviour.	4
5. No suicidal/homicidal ideation/behaviour. No history of violence or impulsive behaviour.	5
Rating B: SUPPORT SYSTEM (CHECK ONE)	
1. No family, friends or others. Agencies cannot provide immediate support needed.	1
2. Some support can be mobilized but its effectiveness will be limited.	2
3. Support systems potentially available but significant difficulties exist in mobilizing it.	3
4. Interested family/friends, or others but some question exists of ability or willingness to provide support needed.	4
5. Interested family, friends, or others able and willing to provide support needed.	5
Rating C: ABILITY TO COOPERATE (CHECK ONE)	
1. Unable to cooperate or actively refuses.	1
2. Shows little interest in or comprehension of efforts made on his behalf.	2
3. Passively accepts intervention strategies.	3
4. Wants help but is ambivalent or motivation is not strong.	4
5. Actively seeks treatment, willing to cooperate	5
TOTAL CTRS SCORE	

Figura 2. Crisis Triage Rating Scale (CTRS). La clasificación de riesgos se enfoca en determinar si una persona está mostrando signos de urgencia psiquiátrica, abuso de sustancias o problemas relacionados con la edad que requieran una respuesta inmediata o de emergencia.

AZIENDA OSPEDALIERA
"OSPEDALE CIVILE DI VIMERCATE"

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
MILANO-BICOCCA

LAUREA IN INFERMIERISTICA

**Il ruolo dell'infermiere nelle situazioni
di urgenza-emergenza:
ipotesi di Triage Psichiatrico Territoriale (T.P.T.)
nel CPS di Monza
dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza**

Relatore: IPAFD STEFANIZZI Giuseppe
Correlatore: I RAUCCI Vincenzo

Tesi di laurea
PORTA Barbara
matr.057334

A.A. 2005/2006

Figura 3. *Portada de la tesis de Maestría en ciencias de Giuseppe Stefanizzi.*

Scheda di TPT versione 1.2 (Triage Psichiatrico Territoriale)

Raucci - Spaccapeli © 2005

Data	Ora	Infermiere	
Cognome		Nome	Sesso
Luogo di nascita		Data di nascita	
Luogo di intervento			
Tipo di segnalazione (1)			
Sospensione della terapia		Disturbo dei processi di pensiero (2)	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Da quanto tempo _____		Stato di agitazione (3)	
		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Stato di ansia (4)		Stato di aggressività (5)	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Parametri vitali e osservazione fisica			
P.A.	Nel caso di punteggio superiore a 2 potrebbe essere necessario ricorrere all'intervento delle forze dell'ordine senza necessariamente completare il processo di triage e/o la visita medica		
p.a.p.			
respiro			
sudorazione			
contraz. musc.			
Codice colore assegnato			
<p>Legenda</p> <p>(1) Specificare se l'operatore è stato attivato su segnalazione del diretto interessato, o di un parente, o di altro soggetto e se si è trattata di segnalazione telefonica, scritta o con accesso diretto presso la struttura</p> <p>(2) Disturbo dei processi di pensiero - Indicare "0" se assente; "1" se è presente una interpretazione degli stimoli ambientali; "2" se è presente una interpretazione con inserti deliranti; "3" se è presente un pensiero inappropriato, non basato sulla realtà (delirio) - segnare stesso valore in caso di confusione mentale</p> <p>(3) Stato di agitazione - Indicare "0" se assente; "1" se LIEVE (irrequietezza, la persona non riesce a stare ferma autonomamente, pensieri e parole veloci, e così via - tale sintomatologia recede con l'intervento dell'infermiere); "2" se MODERATA (si contiene a fatica); "3" se MARCATA (il paziente è incontenibile - mancanza di freni inibitori)</p> <p>(4) Stato di ansia - Indicare "0" se assente; "1" se difficoltà di concentrazione, irrequietezza, insicurezza e apprensione; "2" se irritabilità, paura, diffidenza e preoccupazione; "3" se insonnia, agitazione, angoscia, ritiro sociale/apatia e fobie - i parametri vitali, in quanto soggettivi, non influiscono sul livello da attribuire</p> <p>(5) Secondo la scala di aggressività evidente (Yudofsky, 1996) il punteggio è 0 se non vi è aggressività, 1 se è solo verbale, 2 se è rivolta agli oggetti, 3 se è rivolta verso sé stessi, 4 se è rivolta contro altre persone</p> <p>(6) In caso di aggressività rivolta a sé stessi indicare: "A" se vi sono atti volti ad attirare l'attenzione; "B" se vi sono tagli, graffi, abrasioni superficiali; "C" se vi sono manifestazioni di cui al punto B più gravi o ingestione di sostanze tossiche; "D" se vi è tentato suicidio con determinazione (gas, impiccagione, e così via). In caso di aggressività rivolta ad altri indicare: "A" se manifestata (a mani nude) ma non compiuta; "B" come A ma compiuta; "C" compiuta con l'ausilio di armi proprie o improprie.</p>			
CODICE COLORE ASSEGNATO			
Bianco - Situazioni che si presentano con richiesta di urgenza ma che dopo valutazione (e gestione) infermieristica si decide di differire.	Verde - Situazioni che spesso si presentano in maniera eclatante ma che si risolvono dopo un colloquio infermieristico.	Giallo - Situazioni che necessitano di un intervento degli operatori, che non sempre richiedono un ricovero urgente ma solo un monitoraggio costante; anche in considerazione della compliance terapeutica e della presenza o meno di figure di supporto alla persona (risorse di rete).	Rosso - Situazioni che richiedono un tempestivo intervento da parte degli operatori (medici e infermieri) e che necessitano, il più delle volte, di un ricovero urgente.
L'assegnazione dei codici colore non sarà, ovviamente, definitiva ma potrà variare, positivamente o negativamente, a seconda dell'evoluzione della crisi.			

Figura 4. Instrumento del Triage Psichiatrico Territoriale (Raucci - Spaccapeli © 2005) El cual evalua cuatro dimensiones de urgencia por medio de aspectos psicopatológicos del pensamiento, ansiedad, agitación y agresividad.

d. El Triage psiquiátrico en México

Al existir limitada información respecto a la aplicación en habla hispana de un sistema de Triage para las urgencias psiquiátricas, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente se desarrolla el Triage Psiquiátrico (Molina-Lopez A, 2008).

Bajo el principio de que el Triage debe ser un prodecimiento que incluya tanto las emergencias médicas como psiquiátricas, además de tener la intención de reducir, tanto como sea posible, el efecto de inter-subjetividad, proporcionando una evaluación estructurada³¹. Además de haber demostrado una mejoría en los índices de calidad en el proceso de atención de las urgencias psiquiátricas³².

Este Triage busca organizar los motivos de urgencia psiquiátrica en 5 categorías representadas por un color, describiendo también 32 posibles condiciones tanto médicas como no médicas que se clasifican según su gravedad en cada una de las 5 categorías. Se toman en cuenta emergencias médicas que pongan en riesgo la vida o integridad de un individuo como la máxima prioridad, categorizando después las urgencias psiquiátricas de acuerdo al grado peligro que representen para el paciente o para terceros³¹.

Grado de Prioridad	Código de color	Nivel de Riesgo	Tipo de condición	Acción a realizar
1	Rojo Plus (Marrón)	Alto	Emergencia Médica	Referencia
2	Rojo	Alto	Psiquiátrica Crítica	Restricción
3	Amarillo	Medio	Psiquiátrica Vulnerable	Estabilización
4	Verde	Bajo	Psiquiátrica Estable	Contención
5	Blanco	Nulo	Urgencia Sentida	Derivación

Figura 5. *Triage Psiquiátrico de Molina-Lopez A y Cols. (©2008). Clasifica las urgencias psiquiátricas en 5 grados de prioridad a los que se les asigna un color. Se asigna máxima prioridad a condiciones médicas que causen un riesgo inminente para la vida, color rojo para urgencias psiquiátricas que impliquen peligro para la integridad del paciente o terceros.*

TRIAGE PSIQUIATRICO

Nombre: _____ Fecha y Hora: _____
 Instrucciones: A continuación se le describen una serie de urgencias psiquiátricas. Evalúe en forma directa y/o indirecta cada una de las urgencias psiquiátricas en orden progresivo. Cada enunciado sirve como guía para la evaluación. El clínico deberá de marcar con una "X" un solo nivel y color de la mayor severidad de la condición del paciente, y deberá encerrar en un círculo un solo número, que corresponda al código de la urgencia psiquiátrica más grave que describa lo más cercano posible la situación actual que presente el paciente.

NIVEL DE SEVERIDAD, CONDICION Y ACCION				
Marrón Emergencia Médica	Rojo Urgencia Psiquiátrica Riesgo Alto	Amarillo Urgencia Psiquiátrica Riesgo Medio	Verde Urgencia Psiquiátrica Riesgo Mínimo	Blanco Urgencia Sentida Riesgo Nulo
Médica Crítica	Psiquiátrica Crítica	Psiquiátrica Vulnerable	Psiquiátrica Estable	Psiquiátrica mínima
Referencia	Restricción	Estabilización	Contención	Derivación

- | | |
|----|---|
| | SOPORTE BASICO VITAL |
| 01 | Paciente inconsciente con "CAB" inestable |
| 02 | Paciente confuso, con "CAB" inestable |
| | CONDICIONES MEDICAS COMPLICADAS Y GRAVES |
| 03 | Cuadro neuropsiquiátrico reciente con deterioro cognitivo o motor de inicio súbito |
| 04 | Fluctuaciones de alerta con Signos Vitales o Laboratoriales alterados o desconocidos |
| 05 | Cuadro convulsivo reciente sin estudios o tratamientos previos |
| 06 | Inestabilidad estructural o funcional secundario a daño físico o químico |
| | INTOXICACION O ABSTINENCIA POR SUSTANCIAS |
| 07 | Intoxicación o abstinencia en estado inconsciente o confuso |
| 08 | Intoxicación o abstinencia con síntomas autonómicos |
| 09 | Intoxicación o abstinencia sin síntomas autonómicos |
| | AGRESIVIDAD HETERODIRIGIDA (Grita, Insulta, Golpea, Amenaza) |
| 10 | Golpea o intenta golpear deliberadamente con arma u objeto |
| 11 | Golpea o intenta golpear deliberadamente con su cuerpo |
| 12 | Amenaza con agresión física inminente sin llegar a golpear |
| 13 | Grita, insulta o hace improprios sin llegar a amenazar o golpear |
| 14 | Se muestra combativo, retador, beligerante o querulante |
| | GESTO, IDEACION O INTENTO SUICIDA |
| 15 | Presenta actos deliberados de autolesión en la entrevista |
| 16 | Refiere intención de autolesión en la entrevista |
| 17 | Refiere haber presentado intentos o gestos suicidas en la última semana |
| 18 | Refiere haber tenido ideación suicida en la última semana |
| | AGITACION MAYOR NO AGRESIVA |
| 19 | Agitación Psicótica/Maniaca: Se muestra expansivo, disfórico, irritable, suspicaz y/o con actitud alucinada |
| 20 | Agitación Ansiosa/Depresiva: Presenta crisis de angustia/lanto incoercible a la contención verbal |
| 21 | Agitación Disociativo-Convertiva: Presenta síntomas sugestivos de disociación o crisis pseudoneurológica |
| 22 | Agitación secundaria a efectos secundarios de medicamentos: Temblor, Acatisia, Rigidez, Distonia, Espasmos |
| | AGITACION MENOR |
| 23 | Antecedentes de cuadros de agitación en la última semana y reducidos o remitidos en el momento actual |
| 24 | Efectos secundarios menores de medicamentos que no afectan la funcionalidad motora |
| 25 | Labilidad emocional durante el interrogatorio que no requiere intervención en crisis |
| | HOSTILIDAD Y NEGATIVISMO |
| 26 | Demanda atención especial y/o impone sus propios procedimientos |
| 27 | Hostil y/o reacio a contestar las preguntas o recibir atención |
| | URGENCIA SUBJETIVA |
| 28 | Urgencia subjetiva con síntomas primordialmente físicos |
| 29 | Urgencia subjetiva con síntomas primordialmente emocionales |
| | PERSONAL, ADMINISTRATIVA U HORARIA |
| 30 | Motivos personales que le impiden ser atendido de forma habitual |
| 31 | Motivos económicos que le impiden ser atendido de forma habitual |
| 32 | Motivos de horario que le impiden ser atendido de forma habitual |
- Nivel de urgencia:** _____
 (Nivel y color de la urgencia psiquiátrica más grave)
- Calificación:** _____
 (Código de la urgencia psiquiátrica más grave)
- ©Alejandro Molina-López, 2008, 2016

Figura 6. Instrumento del Triage Psiquiatrico de Molina-Lopez A y Cols. (©2008). Donde se describen 32 posibles condiciones que se estratifican de acuerdo a su grado de riesgo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los criterios de atención de las urgencias psiquiátricas son variables, dependen tanto de la valoración de una persona a otra, ya que no hay una estandarización en los procedimientos de atención en urgencias psiquiátricas; esto es secundario a que no existe un consenso específico entre las definiciones como en los instrumentos para su clasificación.

Si hablamos de urgencias médicas, estas pueden clasificarse de forma objetiva debido a que es posible estimar el riesgo de daño real a la vida, órgano o función; las urgencias psiquiátricas son generalmente subjetivas por lo que es necesario definir el concepto de urgencia psiquiátrica en forma objetiva, estandarizada y que pueda replicarse y generalizarse en los diferentes ámbitos de atención.

Por tanto aunque hay múltiples escalas de Triage en Salud Mental a nivel internacional, muchas de ellas no están validadas, en particular en idioma español y en población mexicana, salvo el Triage Mexicano. Además se desconoce la factibilidad de aplicar éstos instrumentos en población usuaria de los servicios de urgencias psiquiátricas en México.

4. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio busca mejorar la atención de las urgencias psiquiátricas y buscará conocer la validez y confiabilidad de diferentes instrumentos internacionales en un servicio de urgencias, lo que permitirá ampliar los conocimientos para una atención óptima en la atención en un servicio de urgencias, al comparar los resultados con un instrumento mexicano y validado que se utiliza en la atención de pacientes en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De la Fuente Muñiz”.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la validez predictiva, la validez concurrente y la confiabilidad interevaluador de cuatro instrumentos internacionales de Triage, comparados con el Triage Psiquiátrico de Color/Riesgo, en usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF)?

6. OBJETIVO GENERAL

Identificar la confiabilidad interevaluador así como la validez predictiva y validez concurrente de cinco instrumentos de triage en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

7. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las puntuaciones del Triage Psiquiátrico del Color/Riesgo (CRPT), así como del Triage psiquiátrico regional (TPT), Escala de crisis y triage de Bengelsdorf (CTRS), Triage de salud mental, Royal Hobart (MHTS) y Triage de salud mental del Sudeste de Sydney (SESAHAS) en usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua.
2. Describir la validez concurrente de los cuatro instrumentos con el Triage psiquiátrico del Color/Riesgo en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua.
3. Identificar la validez predictiva de los instrumentos de Triage en usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua.
4. Identificar la confiabilidad interevaluador entre los cinco instrumentos en usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua.

5. Comparar los resultados de validez y confiabilidad interclínicamente de los cinco instrumentos de triaje (Triaje Psiquiátrico del color/Riesgo, TPT, CTRS, MHTS y SESAHAS)

8. HIPOTESIS GENERAL

Se espera determinar la validez concurrente y predictiva, así como una la confiabilidad interevaluador e interprueba de los cinco instrumentos de triaje en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

9. METODO

a. Diseño del estudio

Según la taxonomía de Alvar Feinstein, en su libro *“Epidemiología clínica. La arquitectura de la investigación clínica”*, el diseño de presente estudio es de tipo comparativo, longitudinal y homodémico³³

b. Selección y tamaño de muestra

Para cumplir el objetivo de la investigación, se seleccionó una muestra no probabilística del grupo de usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, que cumplían los criterios de inclusión. Debido a que se trataba de un estudio de validez de un instrumento, se recomendó un tamaño de muestra de 100 a 150 sujetos. Se obtuvo por medio del cuadernillo INDICAS2, para establecer si el tamaño de muestra es suficiente según las tablas de estimación de muestra para centro de salud en área urbana³⁴.

AREA URBANA

Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra
110	61	350	99	1000	121
120	64	400	103	2000	129
130	67	450	106	3000	132
140	70	500	108	4000	133
150	72	550	110	5000	134
160	74	600	112	6000	135
170	76	650	114	7000	135
180	78	700	115	8000	135
190	80	750	116	9000	136
200	82	800	118	10000	136
210	83	850	119	11000	136

Tabla 1. *Tamaños de muestra representativos para la aplicación del cuadernillo INDICAS en unidades de atención urbana.*

c. Criterios de selección

i. Criterios de inclusión

Todos los usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) que aceptaron voluntariamente la atención en el servicio de APC y se otorgó un consentimiento informado verbal durante la aplicación del triage en urgencias.

ii. Criterios de exclusión

Usuarios que no aceptaron una valoración voluntaria en el servicio de APC o que en forma explícita se negaron a que se realicen los instrumentos en cuestión.

iii. Criterios de eliminación

Pacientes que decidieron retirarse sin concluir las evaluaciones

d. Medición de las principales variables del estudio

Variables sociodemograficas	Tipo	Medición
Sexo	Nominal dicotómica	Femenino/Masculino
Edad	Intervalar	Años de vida
Escolaridad	Intervalar	Años de estudio
Estado civil	Nominal policotómica	Soltero Casado/unión libre Viudo Divorciado
Ocupación	Nominal policotómica	Ninguna Estudiante Hogar Actividad remunerada
Religión	Nominal policotómica	Católica Cristiana Testigo de Jehova Judia Ninguna Otras
Nivel socioeconómico (sistema electrónico)	Nominal policotómica	Exento Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 Nivel 6 Ninguno
Clinicas	Tipo	Medición

Puntuaciones	Cuantitativa discreta	Triage Psiquiátrico del Color/Riesgo, TPT, CTRS, MHTS y SESAHAS
Diagnóstico de egreso	Categórica	
Utilización del área de observación	Nominal dicotómica	Si/No
Tiempo de utilización del área de observación	Intervalar	Minutos de utilización del área de observación
Agitación/Agresividad	Nominal dicotómica	Si/No
Referencia (lugar de egreso)	Nominal policotómica	Preconsulta Consulta externa Hospital Otra unidad
Actividad	Tipo	Medición
Tiempo de primera atención (Registro y pago a la llegada al servicio)	Intervalar	Minutos transcurridos entre el registro y pago a la llegada al servicio de APC
Tiempo de espera (Triage a consulta de APC)	Intervalar	Minutos transcurridos entre el triage y la consulta
Tiempo de consulta	Intervalar	Minutos transcurridos durante la consulta
Estancia total en el servicio de APC	Intervalar	Totalidad del tiempo transcurrido desde el registro a la termino de la consulta

e. Instrumentos de evaluación

Formato de datos demográficos

Este formato concentra la información clínica-demografica de cada uno de los pacientes participantes en el estudio. La sección de datos generales contendrá la ficha de

identificación del paciente en la que se incluirá la edad, el género, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación al momento del estudio.

Triage de salud mental, Royal Hobart (MHTS)

El MHTS (Mental Health Triage Scales) del Hospital Royal Hobart es una escala de triage de 4 niveles que corresponde a las categorías dos a cinco de la NTS (National Triage Scale for Australasian Emergency). La categoría uno presenta la misma descripción tanto para pacientes psiquiátricos como aquellos con un problema médico como el principal. A pesar de la exclusión de los criterios para la categoría uno, el material educativo proporciona al entrevistador la oportunidad para hacer una correcta evaluación de las necesidades del paciente con una enfermedad mental.

La escala presenta 4 niveles, del 2 al 5, cada uno con tiempos máximos de espera desde 10 minutos, 30 minutos, 1 hora y 2 horas de acuerdo a la conducta observada por el clínico y al riesgo de agresividad del paciente²⁷. Hasta la elaboración de este proyecto no existían estudios que midieran la validez y confiabilidad de esta escala de Triage.

Triage de Salud Mental del Sudeste de Sydney

El SESAHS (South Eastern Sydney Area Health Service) consiste en una escala de cinco niveles. La presencia de cinco niveles permitió al clínico, la posibilidad tanto de evaluar los signos observados como aquellas conductas reportadas por los acompañantes, lo que proporciona más indicadores para poder determinar el grado de urgencia de una situación sin necesidad de que el evaluador contara con el conocimiento de un especialista en salud mental, lo cual permitía que el personal más experimentado atendiera con mayor agilidad los casos graves mientras el menos capacitado podía evaluar los más leves.

La escala también indica el nivel de supervisión requerido para los pacientes dentro de cada una de las distintas categorías³⁵.

Escala de crisis y Triage de Bengelsdorf (CTRS)

Se trata de una breve escala de calificación para acelerar la evaluación de los pacientes psiquiátricos en los servicios de urgencia, con el objetivo de identificar rápidamente aquellos que requieren ingreso hospitalario de los que son adecuados para el tratamiento ambulatorio. El entrevistador puede evaluar al paciente en base a tres factores: peligrosidad, red de apoyo, y motivación o capacidad de cooperar. Se describe que los pacientes que tienen bajas puntuaciones tienen ameritan con mayor urgencia el tratamiento hospitalario que aquellos con calificaciones más altas, los cuales eran candidatos para atención ambulatoria²⁶. En un estudio de validez de esta escala realizado en 1991 por Turner & Turner³⁶ describió un punto de corte de 9 como indicio de necesidad de hospitalización, lo cual posteriormente fue confirmado por Adeosun y cols³⁷

Triage Psiquiátrico Regional (TPT)

La ficha de triage presenta un apartado para la identificación del paciente y la fuente de información a continuación, se investiga si existe medicamento y si se ha suspendido. Presenta después un campo para los signos vital y de exploración física (Tensión arterial, presión arterial pulmonar (en caso de que se tenga) frecuencia respiratoria, sudoración y contracción muscular). Después se presentan escalas para describir alteraciones en los procesos de pensamiento, estado de agitación, el estado de ansiedad y estado de agresividad, los criterios para evaluar estos estados se basan en la observación clínica y se encuentran al pie del formato de acuerdo al subíndice correspondiente junto a la escala.

Después de evaluar al paciente y haber asignado su valor en las distintas escalas, se le asignará un código que va a determinar el tipo de intervención a realizar y el tiempo máximo de espera para recibir atención.

En cuanto al código de color rojo este indica la necesidad de brindar una respuesta inmediata al paciente, a continuación, se puede pasar de 15 minutos para el código amarillo, 60 minutos para el verde y de 90-120 minutos para el código blanco³⁰. Es importante destacar que el instrumento sólo está disponible en la Tesis de Maestría de un Enfermero y no existe algún reporte de estudio sobre su validez o confiabilidad.

f. Procedimiento

Para el presente proyecto de investigación, se reclutarán pacientes que acudieron a solicitar atención al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

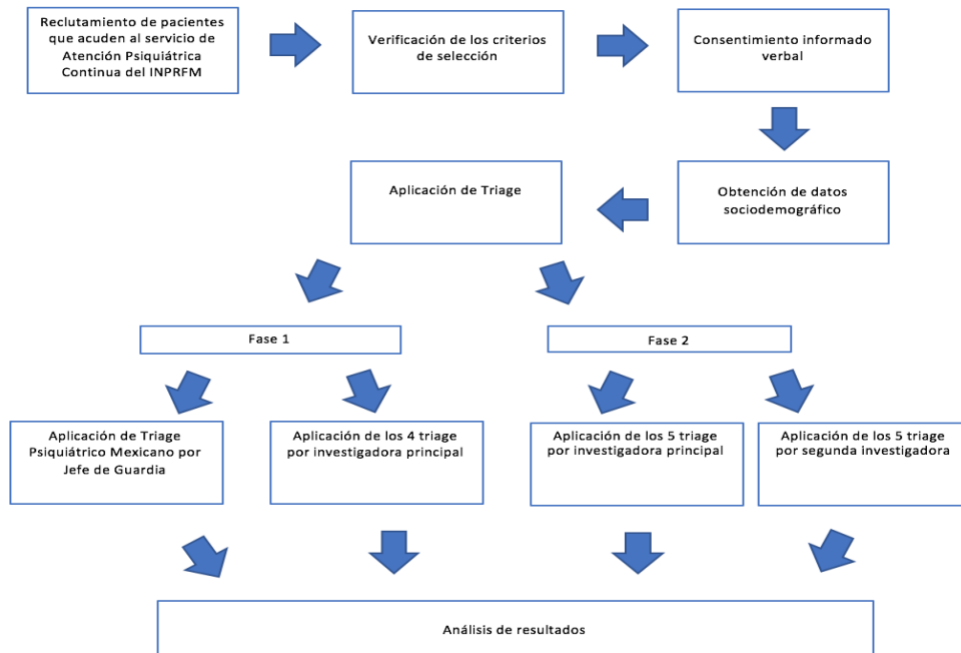
A los pacientes se les solicitó su participación en el estudio mediante una explicación verbal amplia, sobre el procedimiento detalladamente explicado, así como los objetivos correspondientes con la finalidad que los pacientes tuvieran una comprensión total.

Posterior se realizó una recolección de datos sociodemográficos de los participantes los cuales fueron registrados en formatos específicos realizados para el estudio. Se procedió a realizar la implementación de los instrumentos de triage.

Al concluir la aplicación de los instrumentos de evaluación se les informó que su participación en el estudio había finalizado y se reiteró que los datos obtenidos eran completamente confidenciales y serían utilizados para fines de investigación.

En caso de que el paciente deseaba retirarse durante las evaluaciones, se les recordaba que tal decisión no alteraría su atención médica en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua.

i. Diagrama de flujo del procedimiento



g. Análisis estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la fase descriptiva de las variables sociodemográficas. Se utilizó índice Kappa y Coeficiente de correlación intraclass para la confiabilidad interevaluador.

Se utilizó coeficiente de correlación de Spearman (ρ) para validez concurrente entre los instrumentos y validez predictiva entre el egreso de los usuarios del servicio de APC. Se utilizará un paquete de SPSS versión 22.0.

***h.* Consideraciones éticas**

Todos los casos incluidos en este estudio tuvieron un consentimiento informado de forma verbal aceptado por el paciente, en el que se explicaban los posibles riesgos asociados a las intervenciones.

En caso de presentarse alguna complicación asociada a las intervenciones estas fueron manejadas por el encargado del protocolo.

En caso de que el usuario hubiera sido menor de edad, participaría siempre y cuando los padres o tutores estuvieran presentes y autorizaran su participación.

***i.* Organización**

***i.* Recursos humanos y materiales**

El investigador y un segundo investigador, así como los tutores fueron los recursos humanos directamente implicados en este proyecto.

El investigador principal aplicó las escalas necesarias para la valoración de los sujetos a estudiar. Un segundo investigador realizó simultáneamente los instrumentos que a su vez permitirá conocer la confiabilidad interevaluador. Los tutores dedicaron parte de su tiempo a las asesorías del proyecto y la evolución del mismo.

Los recursos materiales fueron principalmente de papelería y de informática, los cuales fueron aportados por el médico residente titular del estudio.

10. RESULTADOS

a. Resultados sociodemográficos de la muestra.

Se evaluaron un total de n=100 usuarios que solicitaron voluntariamente consulta de APC, y aceptaron en consentimiento verbal para participar en el estudio. De los n=100 usuarios, el 69% (n=69) correspondió a pacientes del género femenino y 31% (n=31) correspondió a pacientes del género masculino.

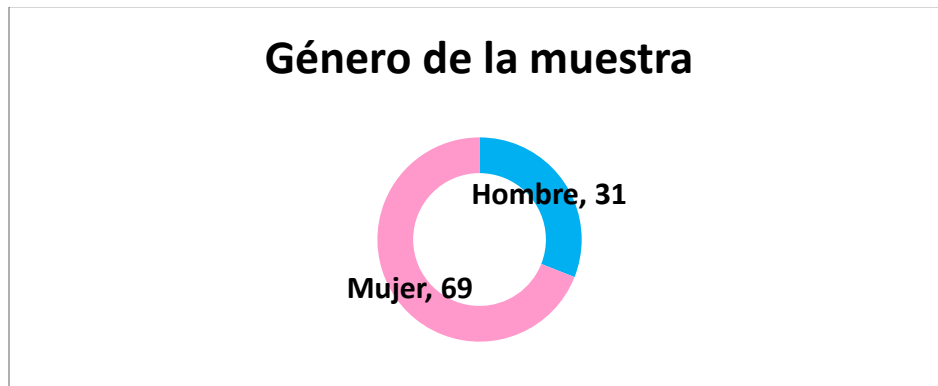


Figura 7. Proporción de Género de la muestra

De la escolaridad que reportaron los participantes en el estudio n=100, el 11% correspondió a escolaridad primaria, el 17% a escolaridad secundaria, el 33% a escolaridad preparatoria, el 7% a escolaridad en carrera técnica, el 26% a escolaridad profesional o licenciatura, el 5% a escolaridad de posgrado y el 1% de la población estudiada no contaba con escolaridad.

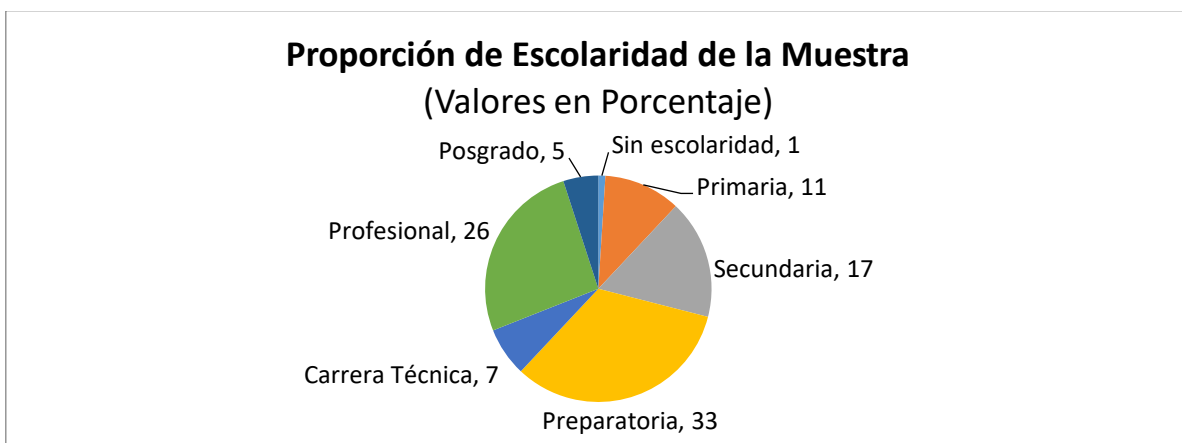


Figura 8. Proporción de escolaridad de la muestra. Mayor frecuencia de preparatoria y profesional

Con respecto al estado civil, se reportó que el 47% de la población estudiada mantenía un estado civil como soltero, el 30% era casado, el 10% estaba en unión libre, el 8% era divorciado y el 5% era viudo. En la ocupación de los participantes en el presente estudio los mayores porcentajes correspondieron a la ocupación hogar (ama de casa) hasta con un 28% y desempleado o ninguna ocupación obtuvo el 19%.

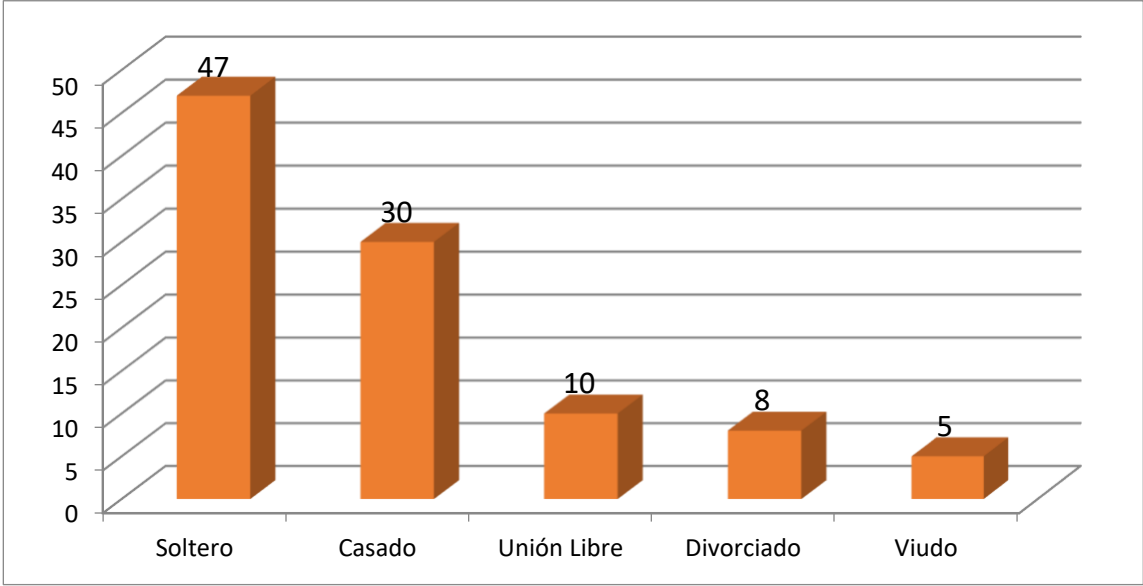


Figura 9. Estado Civil de la muestra. Mayor proporción de usuarios solteros y casados.

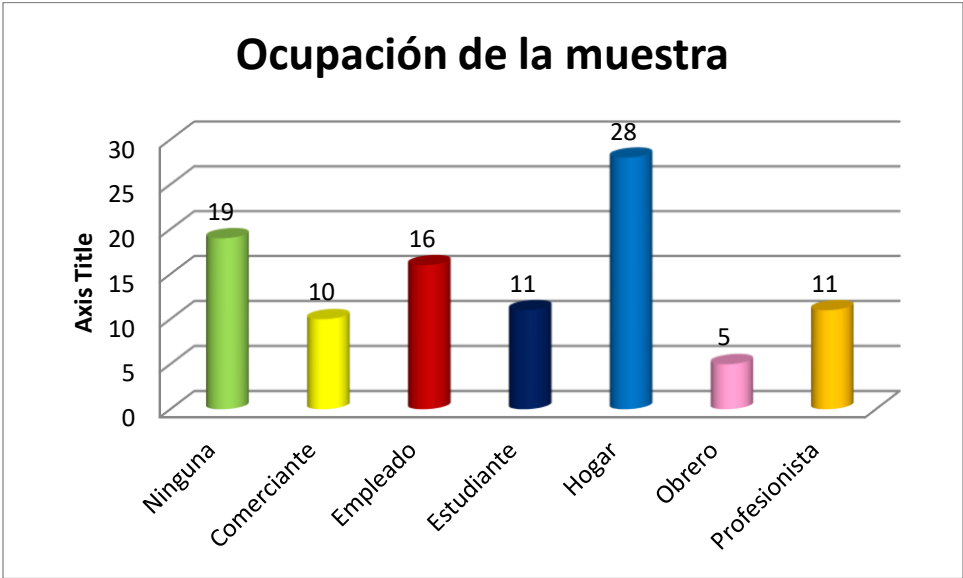


Figura 10. Frecuencia de ocupaciones. Mayor frecuencia de ocupación hogar (Ama de casa) y desempleado.

Con respecto al nivel socioeconómico en la población estudiada se encontró que más del 50% no tenían nivel socioeconómico asignado, esto quiere decir que eran usuarios que acudían por primera vez a nuestra institución o no habían abierto formalmente un expediente clínico.

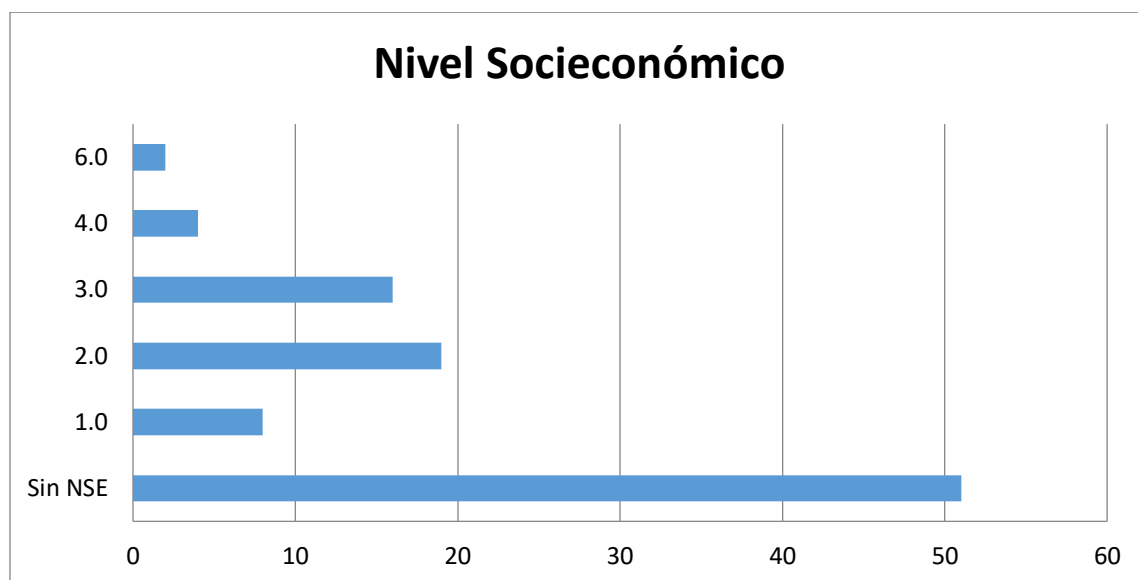


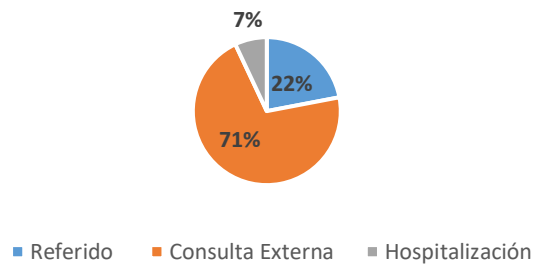
Figura 11. Nivel Socioeconómico de la muestra. Más de la mitad no tienen nivel socioeconómico asignado, es decir, son usuarios de primera vez o no han abierto formalmente un expediente institucional.

Derivaciones o referencia: La mayoría de los usuarios fueron derivados a Consulta Externa (n=71), un 7% (n=7) se hospitalizaron en la Institución (n=22) y el resto se refirieron a otra Institución (n=22).

Se encontró que un 10% de los usuarios presentaron agitación (Incremento de la actividad psicomotriz sin una meta) mientras que sólo el 1% presentó agresividad (Conducta encaminada a dañar en respuesta a un estímulo percibido como amenazante).

Un total de 8% de los usuarios recurrieron al área de Observación (Área del servicio con camas no censables para vigilancia y estabilización de las condiciones médicas y/o psiquiátricas).

A) Proporción de Egresos (Referencia, Hospitalización, Consulta Externa)



B) Utilización del área de observación



C) Proporción de Usuarios Con Agitación



D) Proporción de Usuarios con Agresividad



Figura 12-A. Proporción de egresos del servicio. La mayoría (71%) se refirieron a Consulta Externa (Condiciones no urgentes). **Figura 12-B.** Un 8% utilizaron el área de observación. **Figura 12-C.** Un total de 10% de usuarios presentaron agitación. **Figura 12-D.** El 1% presentó agresividad.

b. Resultados Descriptivos de los Instrumentos de Triage Internacionales

i. Resultados Descriptivos del Triage Psiquiátrico Mexicano (Triage Psiquiátrico de Color/Riesgo o CRPT)

Los 100 usuarios y sujetos incluidos en la primera parte del estudio fueron valorados por el Triage estandarizado en el Servicio (Triage Psiquiátrico de Color/Riesgo o CRPT por sus siglas en Inglés, de Molina-Lopez y Cols 2008).

Los resultados de la muestra marcan una marcada predominancia de urgencias amarillas (Riesgo medio, 62%) en comparación con urgencias verdes (Riesgo bajo, 35%) y en mucha menor proporción urgencias rojas (Riesgo alto, 2%), y urgencias médico-adictológicas (n=1, 1%) y urgencias blancas o sentidas (Riesgo nulo, 1%).

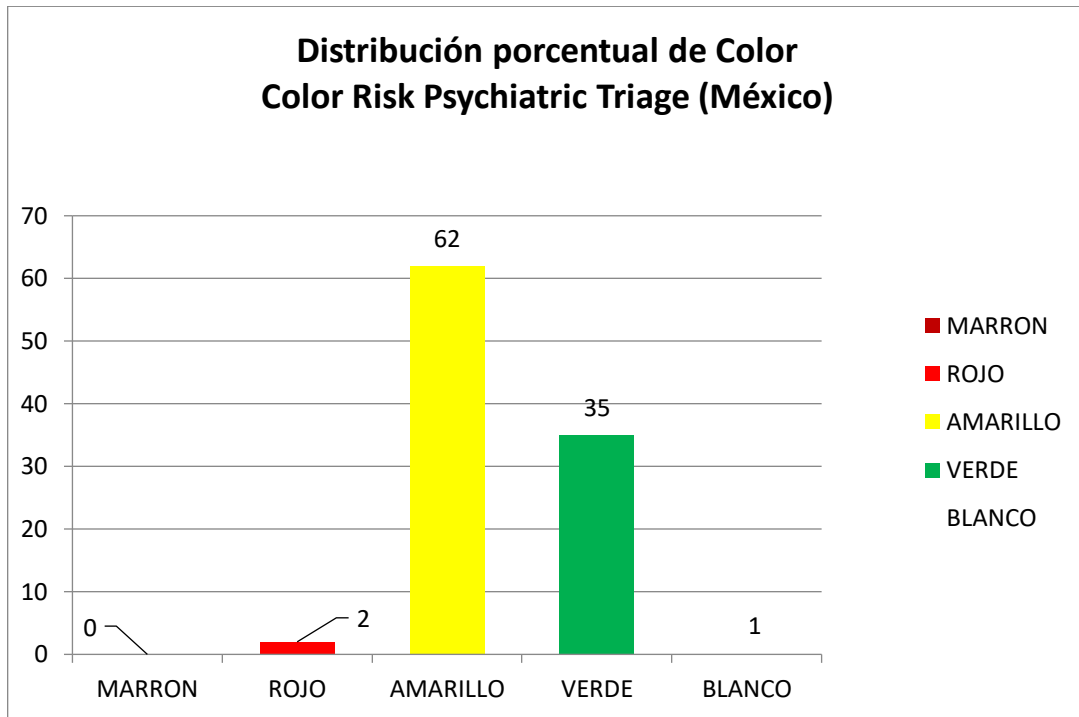


Figura 13. Proporción de códigos de colores del CRPT (Molina-Lopez y cols 2008). Se observa una proporción cercana a 2:1 entre urgencias amarillas (riesgo medio) y urgencias verdes (riesgo bajo).

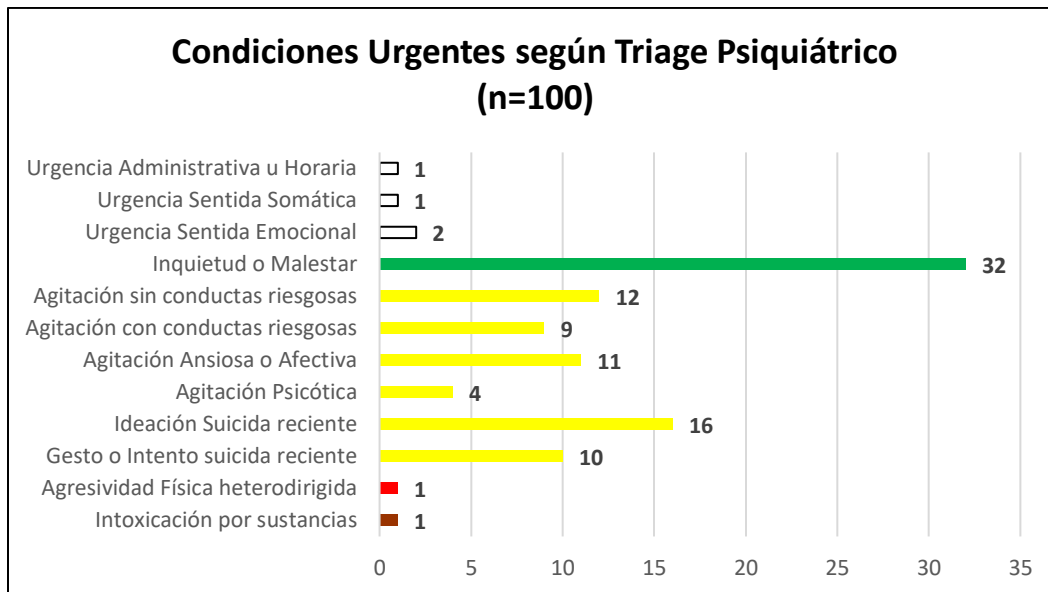


Figura 14. Frecuencia de códigos de condiciones médico-psiquiátricas según el triage psiquiátrico.

Las urgencias amarillas comparten una amplia gama de síndromes de agitación y de riesgo suicida, incluso se encontró que 16 usuarios acudieron por presentar ideaación suicida reciente y 10 sujetos acudieron por gesto o intento suicida reciente, abarcando casi en su totalidad el espectro de la conducta suicida.

Las urgencias verdes confluyen en sensación de inquietud y malestar. Las urgencias sentidas continúan representando un porcentaje importante de solicitud de consulta de urgencias.

ii. Resultados Descriptivos de otros Instrumentos de Triage Internacionales.

Durante la aplicación estandarizada del CRPT, la investigadora principal de éste estudio aplicó los instrumentos de triage internacionales a los n=100 usuarios incluidos en la fase de Validez Concurrente y predictiva.

Los Instrumentos Incluyeron los Triage de Hobart (Smart, 1999, Australia) y Sur de Sydney (Broadbent, 2007, Australia), el Crisis Triage Rating Scale (Bengelsdorf, 1984, USA) y el Triage Psiquiatrico Territoriale (Raucci y Scappaceli, 2005, Italia).

A continuación se muestran las medias de puntuaciones de cada uno de los Instrumentos:

CRPT (MEXICO)	Mínimo	Máximo	Media	SD	Asimetría
CRPT COLOR	2.0	5.0	3.350	.5389	.430
CRPT PUNTUACION	8.0	30.0	21.410	3.6930	-.408
TPT (ITALIA)	Mínimo	Máximo	Media	SD	Asimetría
Perturb. Pensam.	0.0	3.0	1.160	.9505	.464
Agitación	0.0	3.0	.790	.8680	.802
Ansiedad	0.0	3.0	1.910	.9754	-.416
Agresividad	0.0	4.0	.080	.4645	7.078
Especif Agresividad 1	0.0	4.0	.750	1.2421	1.813
Especif Agresividad 2	0.0	2.0	.030	.2227	7.984
Color	2.0	5.0	3.410	.7667	-.034
MHTS (AUSTRALIA)	Mínimo	Máximo	Media	SD	Asimetría
HOBART	2.0	5.0	3.220	1.0691	.205
SYDNEY	1.0	5.0	3.430	.8791	-.055
CTRS (USA)	Mínimo	Máximo	Media	SD	Asimetría
CTRS PELIGROSIDAD	1.0	5.0	3.510	1.5142	-.509
CTRS APOYO	2.0	5.0	3.500	1.1677	.019
CTRS COOPERACION	1.0	5.0	3.800	1.2391	-.618
TOTAL CTRS	4.0	15.0	10.780	2.9698	-.237
ACCION CTRS	1.0	2.0	1.360	.4824	.592

Tabla 2. Valores Mínimos, Máximos, medias, SD y medidas de asimetría para efectos de distribución normal, de los cinco instrumentos de Triage utilizados en la muestra. El valor de 0 supone una distribución simétrica, por lo que los valores negativos indican una asimetría de la curva hacia la derecha (Mayores Puntuaciones de Triage y por lo tanto menores condiciones de riesgo), mientras que los valores positivos indican desviación de la curva hacia la izquierda (Menores puntuaciones de triage y mayores condiciones de riesgo).

Las medias de los triage internacionales, basados la mayoría de ellos en códigos – asociados o no a color – de 1 a 4 o 1 a 5, se observan en general similares, salvo las puntuaciones de la subescala de cooperación del CTRS que resultó especialmente alta, lo anterior al estado de cooperatividad aceptable de la mayoría de los sujetos.

Al comparar los grados de dispersión mediante la desviación Estándar, se observó que el CRPT mostró menores datos de dispersión respecto de otros instrumentos.

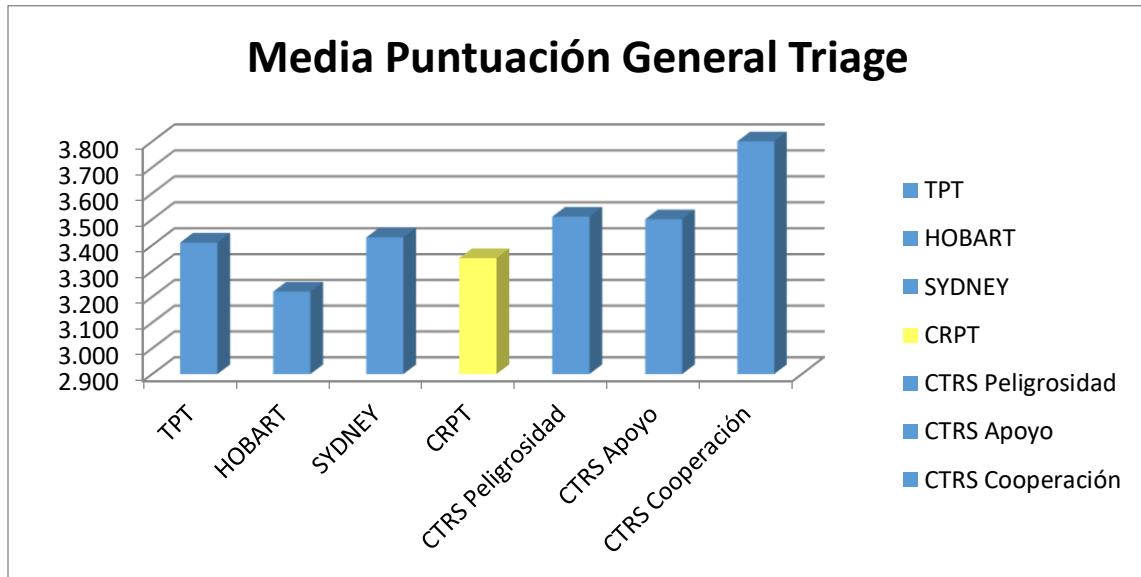


Figura 15. Comparación de Medias de las puntuaciones de las escalas de triage internacionales. La gráfica en amarillo muestra los resultados del CRPT, como una referencia al ser la escala estandarizada en el servicio y probada en población mexicana.

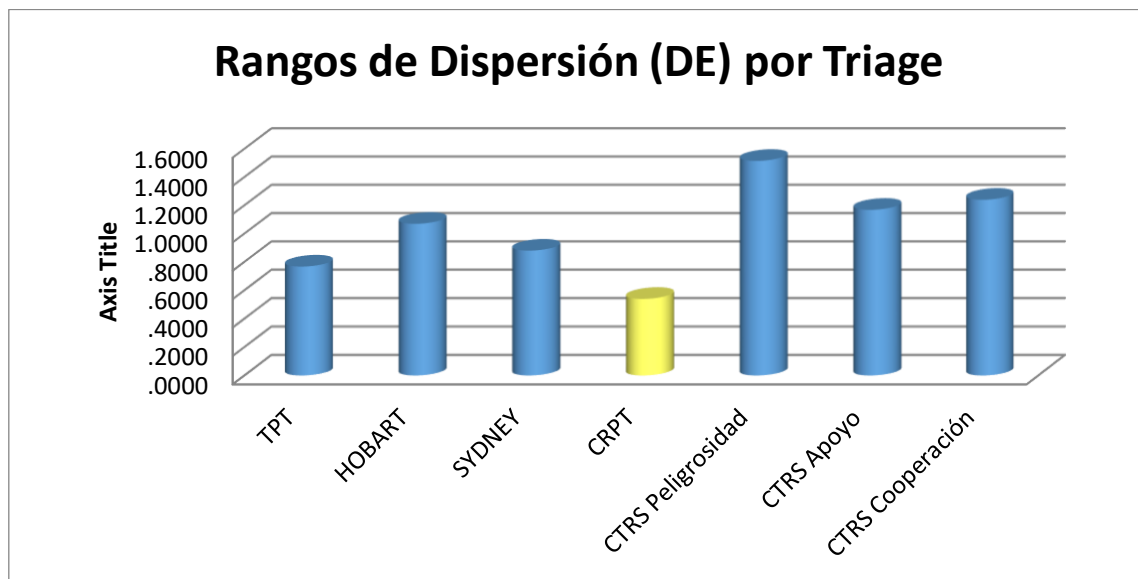


Figura 16. Comparación de desviaciones estándar (DE) de las medias de las puntuaciones de los Instrumentos de triage Internacionales. Se observa que el instrumento estándar Mexicano (CRPT) mostró los menores valores de dispersión entre los instrumentos aplicados.

iii. Resultados de Validez Concurrente de los Instrumentos de Triage Internacionales

Para evaluar la validez concurrente entre los diferentes instrumentos de triage, se evaluó mediante una medida de fuerza de asociación ocupando el coeficiente de correlación de pearson. Las medidas encontradas fueron sometidas a correlación tomado como punto de referencia el instrumento standard o CRPT.

La tabla 3 muestra los siguientes resultados en relación con la Validez concurrente de los diferentes instrumentos.

Correlación entre Instrumentos	r	p
TPT PERTURBACIÓN PENSAM.	0.428	<0.0001**
TPT AGITACIÓN	-0.316	0.001*
TPT ANSIEDAD	-0.301	0.002*
TPT AGRESIVIDAD	-0.32	0.001*
TPT ESPECIFICADOR AGR 1	-0.583	<0.0001**
TPT ESPECIFICADOR AGR 2	-0.248	0.013*
TPT COLOR	0.778	<0.0001**
HOBART	0.752	<0.0001**
SYDNEY	0.813	<0.0001**
CTRS PELIGROSIDAD	0.656	<0.0001**
CTRS APOYO	0.364	<0.0001**
CTRS COOPERACIÓN	0.415	<0.0001**
CTRS TOTAL	0.648	<0.0001**
CRPT COLOR	0.897	<0.0001**

Tabla 3. Resultados de las correlaciones de pearson entre las puntuaciones de las diferentes escalas de triage internacionales, con el instrumento standard (CRPT o Triage Mexicano).

Se observa que todas las escalas mostraron una correlación significativa respecto de la puntuación de la escala standard de México. Esta correlación fue especialmente

significativa en el especificador 2 de agresividad y el color del TPT (Italia), en los resultados del Triage de Sydney (Australia) y con menor fuerza de asociación respecto del CTRS (USA).

La segunda medida para la validez concurrente que se llevó a cabo fue la comparación de uno de los indicadores más importantes de calidad en un servicio de urgencias, que son los tiempos en el servicio (Tiempo de espera, tiempo de consulta y estancia o tiempo total en el servicio, también conocido en inglés como Length Of Stay o LOS). Se encontró una mayor fuerza de asociación entre las medias de puntuación de los triage de los tiempos de consulta, más que en los tiempos de espera o LOS.

	TPT	HOBART	CTRS	SYDNEY	CRPT
Tiempo de espera	.126	.036	-.470	.055	.100
Tiempo de Consulta	-.243	<u>-0.265</u>	-0.199	<u>-0.292</u>	-0.223
Estancia Total (LOS)	0.066	-0.142	-0.145	-0.103	-0.62

Tabla 4. Coeficientes o fuerza de asociación de tiempos en el servicio y puntuaciones del Triage.

Las asociaciones fueron significativas en los tiempos de consulta y no en los tiempos de espera. Las cifras sombreadas indican una significancia estadística de $p=0.05$ y las subrayadas una significancia estadística de $p<0.001$.

iv. Resultados de Validez Predictiva de los Instrumentos de Triage Internacionales.

Para realizar los cálculos de validez predictiva de los instrumentos internacionales, se compararon las medias de los resultados de los instrumentos según tres condiciones de egresos de los usuarios:

- a) Agitación
- b) Estancia en Observación
- c) Referencia a otra unidad.

Debido a que la frecuencia de agresividad fue muy baja (n=1, 1%) no se utilizó como parámetro de validez predictiva.

Se hicieron gráficas comparativas de los tiempos de espera de los diferentes condiciones (Agitación vs No Agitación), encontrando diferencias significativas:

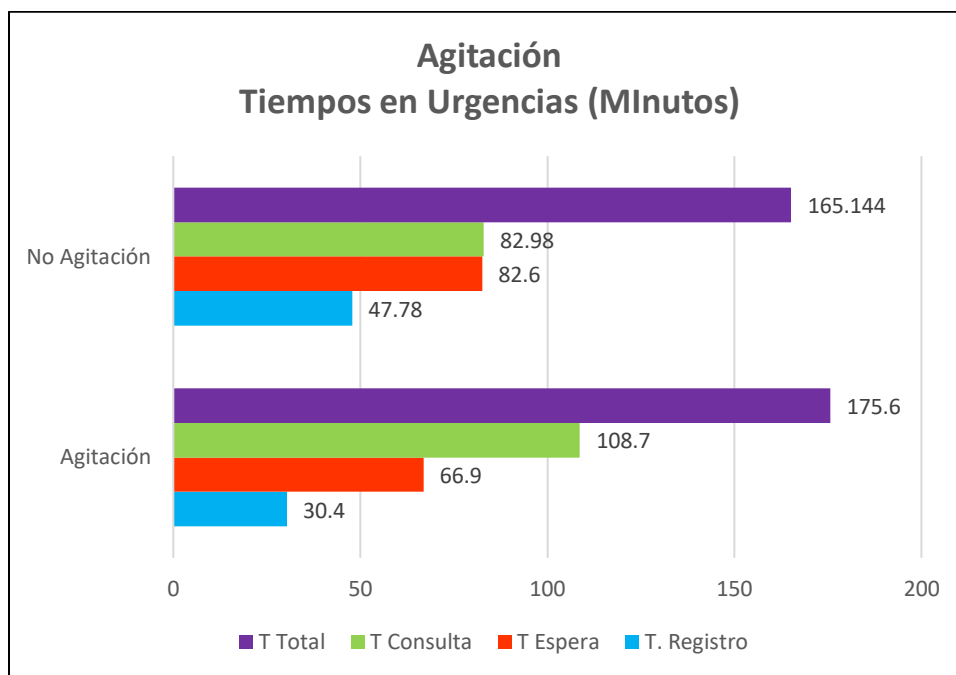


Figura 17. Comparación de tiempos en urgencias de usuarios agitados vs no agitados en la muestra.

Se observan menores tiempos de registro y espera, mientras que se observaron mayores tiempos de consulta en usuarios agitados, con la consecuente mayor estancia total en el servicio. Las diferencias sólo fueron significativas para los tiempos de espera ($t=-1.077$, $F=3.85$, $p=0.052$).

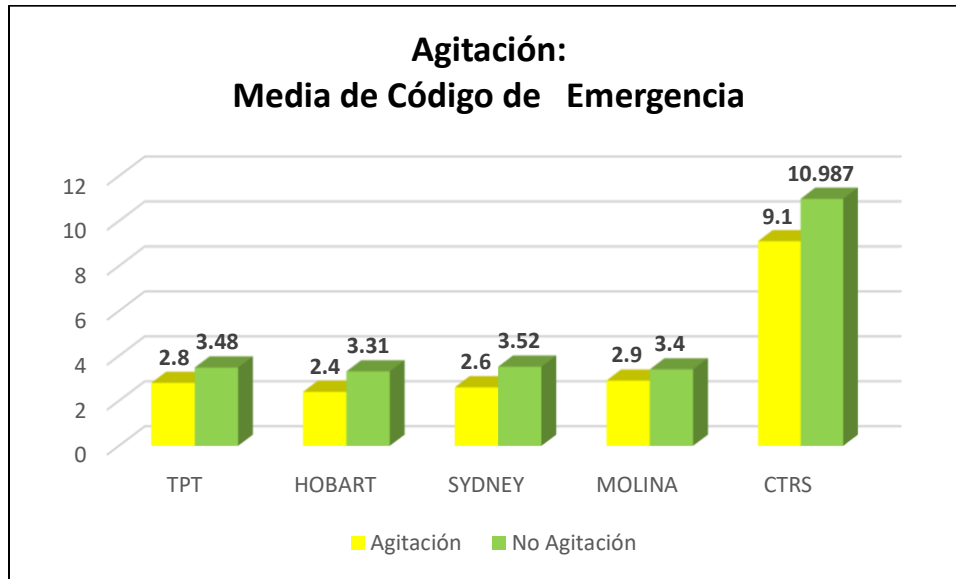


Figura 18. Se comparan las medias de los diferentes Instrumentos desglosados entre usuarios con agitación y usuarios sin agitación. Se encontraron diferencias significativas para todas las escalas ($p < 0.05$) excepto para la escala de Sydney.

La tabla 5 resume los resultados de validez predictiva al considerar el fenómeno de agitación.

V PRED AGIT	Agitación	No Agitación	t	F	p
T. Registro	30.4	47.78	-1.766	1.338	0.25
T Espera	66.9	82.6	-1.077	3.854	0.052*
T Consulta	108.7	82.98	2.356	1.563	0.214
T Total	175.6	44.68	0.597	0.161	0.689
TPT	2.8	3.48	-2.738	8.194	0.005**
HOBART	2.4	3.31	-2.632	10.258	0.002**
SYDNEY	2.6	3.52	-3.301	1.516	0.221
CRPT	2.9	3.4	-2.885	26.348	<0.001**
CTRS	9.1	10.987	-1.911	4.647	0.034*

Tabla 5. Resultados de validez predictiva de los instrumentos de triage aplicados al ser desglosados por la variable de agitación.

Se observan resultados significativos para los tiempos de espera al considerar la condición de agitación y compararla con los usuarios no agitados.

Todas las escalas mostraron asociación significativa, especialmente el CRPT (México), el Triage de Hobart (Australia), el CTRS (USA) y el TPT (Italia). No se encontró asociación significativo con el triage de Sydney (Australia).

V PRED OBS	Observación	No Observación	t	F	p
T. Registro	29.75	47.48	-1.62	4.542	0.036*
T Espera	74	81.6	-0.472	0.175	0.677
T Consulta	145	80.39	6.126	19.084	<0.001**
T Total	215.25	161.92	2.812	0.059	0.808
TPT	2.75	3.467	-2.61	4.664	0.033*
HOBART	2.125	3.315	-3.15	17.36	<0.0001**
SYDNEY	2.5	3.51	-3.269	0.451	0.504
CRPT	2.87	3.391	-2.679	15.73	<0.0001**
CTRS	8.5	10.97	-2.313	1.842	0.178

Tabla 6. Validez predictiva cuyo parámetro fue estancia en área de observación.

V. PRED REF	Referencia	No Referencia	t	F	p
T. Registro	48.32	45.4	-0.624	1.751	0.036*
T Espera	76.27	82.37	-0.472	6.881	0.677
T Consulta	93.72	83.26	6.126	1.962	<0.0001**
T Total	169.54	165.244	2.812	1.699	0.808
TPT	2.82	3.577	-2.61	1.354	0.033*
HOBART	2.51	3.45	-3.154	6.73	<0.0001**
SYDNEY	2.86	3.59	-3.269	1.969	0.504
CRPT	3.091	3.42	-2.679	24.199	<0.0001**
CTRS	8.62	11.37	-2.313	0.74	0.178

Tabla 7. Validez predictiva cuyo parámetro fue referencia a otra unidad. Los instrumentos que mostraron validez predictiva significativa según la referencia, fueron los Triage de Hobart (Australia) y CRPT (México).

Se consideró envío no urgente a los usuarios referidos a Consulta Externa y Preconsulta tras finalizar la consulta, y envío urgente a los usuarios referidos a otras unidades o que fueron hospitalizados en el INPRF ya que se consideró que su condición era crítica o urgente.

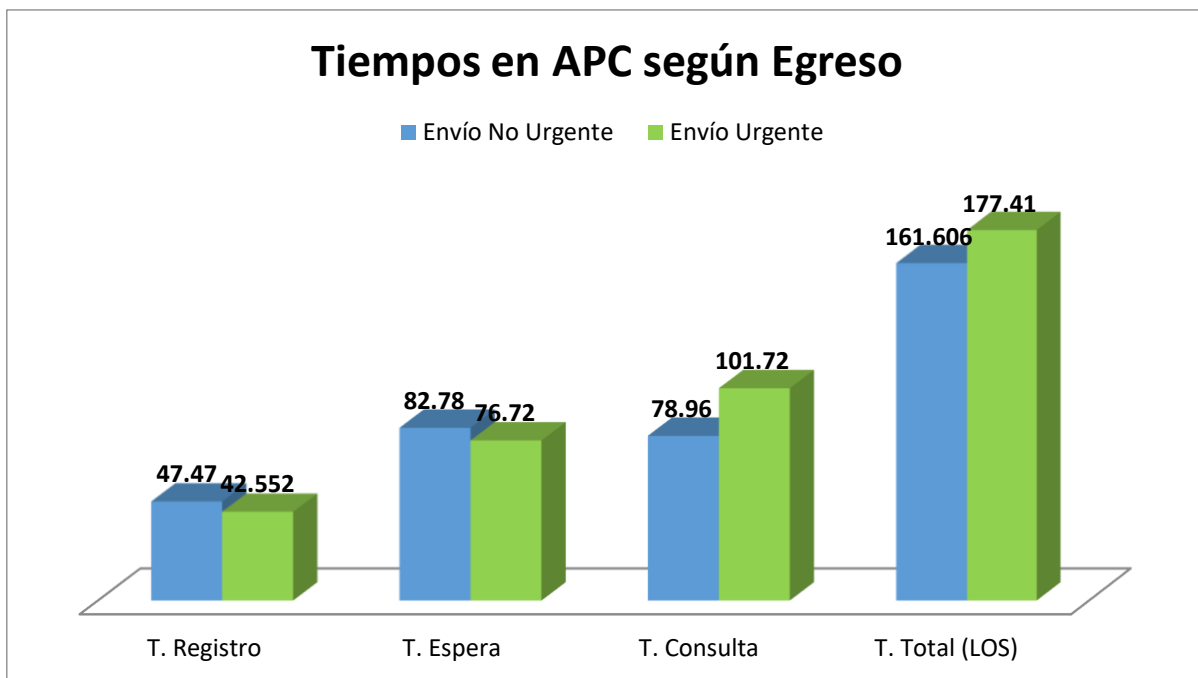


Figura 19. *Tiempos en Urgencias según egreso del servicio.*

	Envío No Urgente	Envío Urgente	F	t	p
T. Registro	47.47	42.552	2.99	0.746	0.086
T. Espera	82.78	76.72	6.122	0.627	0.015*
T. Consulta	78.96	101.72	10.631	-3.32	0.002*
T. Total (LOS)	161.606	177.41	0.153	-1.353	0.697

Tabla 8. *Medidas estadísticas de significancia para los tiempos en espera en urgencias. Los tiempos fueron significativos para los tiempos de consulta y tiempos de espera, sin haber diferencias entre tiempo de registro y estancia total (Length of Stay)*

La figura 19 y la tabla 8 muestra diferencias significativas en los tiempos de espera (menores tiempos de espera para condiciones urgentes) y en los tiempos de consulta (mayores tiempos de consulta para condiciones urgentes).

Los tiempos de registro implican tiempos administrativos para formalizar la consulta, sin diferencias significativas en ambos.

c. Resultados de confiabilidad interevaluador.

Mediciones	K de Cohen
Agitación 1° evaluador - Agitación 2° evaluador	0.459
TPT 1° evaluador - TPT 2° evaluador	0.855*
HOBART 1° evaluador - HOBART 2° evaluador	0.823*
SYDNEY 1° evaluador- SYDNEY 2° evaluador	0.865*
CRPT puntaje 1° evaluador - CRPT puntaje 2° evaluador	1*
CRPT color 1° evaluador - CRPT color 2° evaluador	1*
CTRS total 1° evaluador - CTRS total 2° evaluador	0.367
CTRS peligrosidad 1° ev. - CTRS peligrosidad 2° ev.	0.775
CTRS apoyo 1° evaluador - CTRS apoyo 2° evaluador	0.423
CTRS cooperación 1° ev. - CTRS cooperación 2° ev.	0.699

Tabla 9. Confiabilidad interevaluador.

Con respecto a la confiabilidad interevaluador se obtuvo un índice de kappa perfecto en el instrumento de triage CRPT tanto en puntaje como evaluador. También los instrumentos de triage que obtuvieron un excelente índice de kappa correspondieron al Triage de Sydney (Australia) con 0.865, al TPT (Italia) con 0.855 y el Triage de Hobart (Australia) con 0.823.

El CTRS (USA) obtuvo un índice de kappa total de 0.367 lo que significa que está por debajo de lo que se considera un buen índice (> 0.4), estando en el rango de una regular concordancia interevaluador.

11. DISCUSIÓN

Los trastornos psiquiátricos y en especial el trastorno depresivo mayor que es el trastorno psiquiátrico más común. Se considera la condición médica más inhabilitante en términos de años perdidos por discapacidad. La Organización Mundial de la Salud proyecta que para el 2030 la depresión será el principal contribuyente a la carga mundial de la enfermedad.³⁸

Por lo anterior se da observado en los últimos años un incremento en la demanda de los servicios de salud mental. Pero a pesar que se ha incrementando la demanda de la atención psiquiátrica y de la alta prevalencia de los trastornos mentales, se ha determinado que uno de cada 10 sujetos con trastorno mental recibe atención.³⁹

En el presente estudio y con respecto a los resultados sociodemográficos de la muestra, se observó que el 69% de los usuarios correspondieron al género femenino; esto es congruente con la literatura donde se identifica mayor prevalencia en el género femenino.

En la muestra estudiada se encontró que más del 50% acudió por primera vez al servicio de Atención Psiquiátrica Continua, siendo su primer contacto con atención especializada en trastornos mentales.

La mayoría de los usuarios que fueron valorados en el servicio por el triage estandarizado (CRPT) se obtuvo que el 62% de los sujetos correspondieron a urgencias amarillas, que implican un riesgo psiquiátrico alto y corresponden a una amplia gama de síndromes de agitación (ansiosa, psicótica, entre otras) y conducta suicida (ideación, planeación, gesto o intento suicida).

De los 100 usuarios valorados, 26 sujetos acudieron por ideación, gesto o intento suicida. En últimas revisiones se sugiere que el suicidio probablemente este subestimado ya que se ha encontrado que muchos suicidios son clasificados como accidente o no intencionales

debido principalmente al estigma social y que en algunos países, el suicidio es ilegal. En base a encuestas en 21 países (entre ellos México), la prevalencia de los intentos de suicidio no fatal a los 12 meses es de aproximadamente 0.3 a 0.4 por ciento.⁴⁰ y la prevalencia de vida es de 3 por ciento.⁴¹ Debido a esto se evidencia la importancia en la detección de la ideación, gesto e intentos de suicidio para lograr un tratamiento y referencia oportuna en caso pertinente.

El resto de los sujetos que estuvieron en la categoría de urgencias amarillas corresponden a sujetos con agitación, de los cuales 12 sujetos presentaron agitación sin conductas riesgosas, 9 sujetos con agitación con conductas de riesgo, 11 sujetos con agitación en contexto ansioso y afectivo y 4 sujetos con agitación en contexto psicótico.

Con respecto a las urgencias catalogadas como verdes, un 35% de los sujetos se clasificó en esta categoría, que abarca entidades que corresponden a un riesgo psiquiátrico bajo y que corresponden a sensación de inquietud y malestar, estas ocuparon el segundo lugar en cantidad de consultas en la población estudiada. Dichas alteraciones corresponden a síntomas que en su mayoría eran crónicos con una ligera exacerbación y que remitían a la contención verbal.

Las urgencias blancas ocuparon el tercer lugar en cantidad de consultas en la población estudiada, estas corresponden a dificultades para acudir en tiempo y hora a su cita en consulta externa, para recibir información o solicitar receta especialmente para benzodiazepinas.

Las urgencias rojas y marrón obtuvieron el cuarto lugar en cantidad de consultas en la población estudiada, un paciente acudió bajo intoxicación con cocaína (marrón) y presentaba alteraciones en los signos vitales por lo que se refirió a la brevedad a una Unidad Toxicológica.

Lo anterior ha tenido como consecuencia un incremento las consultas en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua que se relaciona con el incremento de la demanda de los servicios de salud mental. Esto ha generado una saturación en el servicio, llegando a presentar espera hasta de 165 minutos en pacientes no agitados, y 175 minutos para pacientes agitados. Se observó mayor tiempo de consulta en usuarios agitados y por lo tanto mayor estancia total en el servicio en comparación con los usuarios no agitados.

Llama la atención que el tiempo de registro (registrarse en Registro de Paciente y pagar en caja) fue de 47 minutos en usuarios no agitados y de 30 minutos en pacientes agitados, que en suma con el tiempo de espera (entrega del talón de pago a enfermería y valoración por enfermería) correspondió de 82 minutos en usuarios no agitados y 66 minutos en pacientes agitados. Esto quiere decir que para que un usuario que no presente agitación tiene que esperar más de 129 minutos para que tenga la primera valoración por un medico residente o adscrito de Psiquiatría; siendo para pacientes con agitación una espera hasta de 96 minutos para tener el primer contacto con el equipo médico.

En el caso de los pacientes sin agitación, el tiempo para tener una primera valoración por el equipo médico corresponde hasta el 78% de su estancia total en el servicio; y en el caso de los pacientes con agitación, el tiempo de espera para tener la primera valoración por un médico, ocupa hasta el 54% del tiempo total. Esto quiere decir que la mayor parte del tiempo de los pacientes se ocupa en realizar trámites administrativos (registro y pago) y en la valoración por enfermería.

Lo anterior conlleva a una importante saturación del servicio y por lo tanto mayor inconformidad en los usuarios y desgaste del equipo médico. Es indispensable la identificación de estos factores ya que se ha evidenciado que el aumento en los tiempos de espera aumenta el riesgo de complicaciones en el estado clínico del paciente, por lo cual se requiere optimizar el tiempo de detección de los cuadros mas graves para que puedan recibir atención oportuna y disminuir el riesgo para el paciente o hacia terceros.

Con respecto a la evaluación con los 5 instrumentos de triage, se encontró que todas las escalas presentaron una correlación significativa con el instrumento standard de México (CRPT). Dicha correlación fue más marcada para el Triage de Sydney y para el especificador 2 de agresividad del TPT.

Respecto a la validez predictiva en los instrumentos, se compararon las medias de 3 condiciones de egreso de los usuarios, que corresponden la variable de agitación, la de estancia en observación y referencia a otra unidad. Se encontró que el CRPT (México) presentó asociación significativa en las 3 variables de egreso; siendo el que presentó la mayor asociación significativa en comparación con el resto de los instrumentos de triage. Implicando entonces una probable mejoría en la detección de estas variables en las salas de urgencias.

Los instrumentos de triage que presentaron asociación significativa para la variable de agitación fue el Triage de Hobart (Australia), el CTRS (USA) y el TPT (Italia). Para la variable de observación, los instrumentos de triage que presentaron asociación significativa fue el Triage de Hobart (Australia) y el CRPT (México).

Para la variable de referencia los instrumentos de triage que presentaron mayor asociación significativa fueron el Triage de Hobart (Australia) y el CRPT (México). Esto nos orienta a que los instrumentos de triage que tienen una mejor validez predictiva son el Triage de Hobart (Australia) y el CRPT (México).

El CTRS (USA) al no tener validez predictiva conforme a la referencia confirma que no es una escala de triage sino un predictor de hospitalización. El TPT (Italia) no tuvo significancia en ninguno de las variables de validez predictiva.

Con respecto a los resultados de confiabilidad interevaluador el CRPT (México) obtuvo una kappa de 1 que significa que la concordancia entre dos evaluadores es perfecta y es más alta que lo esperado por el azar. Se considera que la concordancia perfecta entre dos

evaluadores en este instrumento de triage esta relacionado con que es el instrumento de triage que utilizamos en nuestras valoraciones de rutina y por lo tanto los evaluadores están acostumbrados a aplicarla.

Los instrumentos de triage que también presentaron una kappa con buen índice (>0.4) fueron: Sydney (Australia) con 0.865, TPT (Italia) con 0.855, Triage de Hobart (Australia) con 0.823. Se interpreta entonces que debido a que los 2 evaluadores contaban con el mismo grado de experiencia en la evaluación clínica, la concordancia interevaluador alta en estos instrumentos habla de una adecuada reproducibilidad de las pruebas.

Por otra parte aunque el CTRS (USA) obtuvo buenos índices de kappa en el segmento de peligrosidad y cooperación, en el índice kappa total obtuvo 0.367 lo que se considera que dicho instrumento de triage presenta regular concordancia entre dos evaluadores lo que sugiere que la prueba es ambigua en su aplicación ya que los dos evaluadores están igual de entrenados ya que son médicos en el mismo grado de preparación. Esto puede generar sesgos en la aplicación y por lo tanto en la toma de decisiones.

12. CONCLUSIONES

Los hallazgos respecto al incremento de las consultas en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua coincide con lo que se ha encontrado en la literatura sobre que el incremento de la búsqueda de atención psiquiátrica. Este trabajo también sirvió para evidenciar áreas de oportunidad en cuando la atención de los usuarios, ya que todos los usuarios se tardan de 42 a 46 minutos en trámites administrativos como el registro y pago de la consulta, esto se presentó en usuarios que requerían una atención médica de urgencia como no urgente. Lo anterior genera mayor inconformidad en el usuario lo que pudiera generar un incremento de las quejas y por lo tanto afectar la relación médico-paciente durante la consulta en urgencias, además de generar un agotamiento en el personal médico por la saturación del servicio.

En este estudio se encontró una adecuada correlación del CRPT con los demás instrumentos de evaluación, principalmente con el TPT y el triage de Sydney, además de una adecuada validez predictiva y muy altos índices de reproducibilidad, lo que implica una evidencia de la adecuación de el instrumento CRPT para su aplicación en la evaluación de urgencias psiquiátricas.

Este trabajo nos podrá ayudar en tomar decisiones que mejorarían la atención en el paciente como disminuir el tiempo que se utiliza en trámites administrativos y disminuir el tiempo de espera para la valoración por enfermería y que el tiempo de espera para recibir atención por el equipo médico sea menor. Sería importante determinar previo al registro de pacientes si el usuario amerita atención en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua o puede ser derivado a consulta externa y preconsulta previo al inicio de los trámites administrativos.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. (2001) The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
2. Comas-Diaz L. Humanism and multiculturalism: an evolutionary alliance. *Psychotherapy (Chic)*. 2012 Dec;49(4):437-41
3. Mandell W. "Origins of Mental Health, The Realization of an Idea". 1995 Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Baltimore.
4. Chelala C. (2013, June 14). Untreated Mental Health Issues a Global Reality. Recuperado de: <http://www.globalmentalhealth.org/untreated-mental-health-issues-global-reality>
5. Berenzon G, et al. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Apr;33(4):252-8.
6. Resultados de pobreza en México 2014 a nivel nacional y por entidades federativas. (2015, July 16). Recuperado de: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezalInicio.aspx>
7. González-Pier E, Gutierrez C, Stevens G, Barraza M, Porrás R, Carvalho N, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health. *The Lancet*. 2006;368(9547):1608–18.
8. World Health Organization. (2003) The Mental Health Context. (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/policy/services/3_context_WEB_07.pdf?ua=1
9. World Health Organization. (2014) Mental Health Atlas. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es
10. Benassini F. La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*. diciembre 2001; 24(6): 62-73

11. Molina-López A, et al. Indicadores de actividad durante cinco años en un servicio de urgencias de atención voluntaria de un hospital psiquiátrico mexicano. *Salud Mental* 2014;37:499-508
12. Douglas A, Rund-Jeffery C. Hutzler. *Psiquiatría en casos de urgencia*. México, Edit. Limusa S.A. de C.V. 1991.
13. Bache J. Emergency medicine: past, present, and future. *J R Soc Med*. 2005 Jun; 98(6): 255–258.
14. Sakr, Magdy; Wardrope, James. Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution. *Journal of Accident and Emergency Medicine*. 2000; 17 (5): 314–319.
15. Cho, E;, Akkapeddi V, Rajagopalan. "Developing Emerg Med Through Primary Care". *National Medical Journal of India*. 18 (3): 154–156.
16. Cavanaugh SV. Psychiatric emergencies. *Med Clin North Am*. 1986 Sep;70(5):1185-202.
17. De Clercq, M.; Lamarre, S.; Vergouwen, H. (1998). *Emergency Psychiatry and Mental Health Policy: An International Point of View*. New York: Elsevier.
18. Wellin E, Slesinger DP, Hollister CD. Psychiatric emergency services: evolution, adaptation and proliferation. *Soc Sci Med*. 1987;24(6):475-82.
19. Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments. *ACEM [Online]* 2005.
20. Iseron KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med*. 2007 Mar;49(3):275-81
21. Larrey DJ. *Memoirs of Military Surgery, and Campaigns of the French Armies: Vol 2*. Hall RW, translator. Baltimore, MD: Joseph Cushing; 1814:123. Reprinted, *Classics of Medicine Library*; 1987.
22. Weinerman ER, Ratner RS, Robbins A, et al. Yale studies in ambulatory care V: determinants of use of hospital emergency services. *Am J Public Health*. 1966;56:1037-1056.

23. Pink N. Triage in the accident and emergency department. *Aust Nurses J.* 1977 Mar;6(9):35-6.
24. Rady MY. Triage and resuscitation of critically ill patients in the emergency department: current concepts and practice. *Eur J Emerg Med.* 1994 Dec;1(4):175-89.
25. Warner, S. L. Criteria for involuntary hospitalization of psychiatric patients in a public hospital. *Mental Hygiene*, 1961,45, 122–128.
26. Bengelsdorf H, Levy LE, Emerson RL, Barile FA. A crisis triage rating scale. Brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization. *J Nerv Ment Dis.* 1984 Jul;172(7):424-30.
27. Smart D, Pollard C, Walpole B. Mental health triage in emergency medicine. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999 Feb;33(1):57-66; discussion 67-9.
28. Broadbent M, Jarman H, Berk M. Improving competence in emergency mental health triage. *Accid Emerg Nurs.* 2002 Jul;10(3):155-62.
29. Frank R, Fawcett L, Emmerson B. (2005) Development of Australia's first psychiatric emergency centre. *Australas Psychiatry*, 13(3):266-72.
30. Stefanizzi G, Raucci V. Il ruolo dell'infermiere nelle situazioni di urgenza-emergenza: ipotesi di Triage Psichiatrico Territoriale (T.P.T.) nel CPS di Monza dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza. Tesi di laurea in Infermieristica. http://www.formazioneinemergenzaasanitaria.net/C05_Psichiatrica/Tesi_sul_TPT.pdf
31. Molina-Lopez A, et al. Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 30.
32. Molina-Lopez A. Implementación y aplicación de un instrumento de Triage psiquiátrico en instituciones de salud mexicanas. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Ciencias. Universidad Nacional Autónoma de México, 2016.
33. Feinstein, A. R. (1985). *Clinical epidemiology: The architecture of clinical research.* W. B. Philadelphia. Saunders Company

34. Secretaría de salud. Cuadernillo para segundo nivel de atención. Sistema nacional de indicadores de calidad en salud 2 (INDICAS2), 2010.
35. Broadbent M. The development and use of mental health triage scales in Australia
Int J Ment Health Nurs. 2007 Dec;16(6):413-21
36. Turner PM, Turner TJ. Validation of the Crisis Triage Rating Scale for psychiatric emergencies. Can J Psychiatry. 1991;36(9):651-4
37. Adeosun I, et al. Predictive validity of the crisis triage rating scale in the disposition of patients attending a nigerian psychiatric emergency unit. European Psychiatry. 2013; 28(1): 1364
38. WHO, 2008. The Global Burden of Disease: 2004 Update. WHO.
39. Medina-Mora ME et al. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26(4):1-16.
40. Borges G et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry. 2010;71(12):1617. Epub 2010 Aug 24.
41. Nock MK et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry. 2008;192(2):98.

14. ANEXOS

a. Formato de datos demográficos

**CONFIABILIDAD, VALIDEZ PREDICTIVA Y VALIDEZ CONCURRENTES DE CINCO
INSTRUMENTOS DE TRIAGE INTERNACIONALES EN USUARIOS MEXICANOS DEL SERVICIO
DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CONTINUA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ"**

Folio de participante: _____

Formato de datos demográficos

Sexo	
Edad	
Escolaridad	
Estado civil	
Ocupación	
Religión	
Nivel socioeconómico	

Formato de concentración de datos

Diagnóstico de egreso	
Utilización de área de observación	
Tiempo de utilización del área de observación	
Agitación o agresividad	
Referencia (lugar de egreso)	
Tiempo de primera atención	
Tiempo de espera (triage)	
Tiempo de consulta	
Estancia total en el servicio de APC	

b. Escala de crisis y Triage de Bengelsdorf (CTRS)

ESCALA DE CRISIS Y TRIAGE DE BENGELSDORF

Instrucciones: A continuación se deberá de marcar de 1 a 5 en cada categoría. Cada enunciado sirve como guía para la evaluación.

A) PELIGROSIDAD (Encerrar respuesta en un círculo)

- 1.- Expresa ideas suicidas u homicidas o ha hecho intentos serios en la enfermedad actual. Impredeciblemente violento/impulsivo.
- 2.- Como en la pregunta 1, pero las ideas o la conducta provocan sensación egodistónica, o hay historia de conducta impulsiva pero no en los síntomas actuales.
- 3.- Expresa ideas suicidas/homicidas con ambivalencia o ha hecho algunos gestos suicidas. El control de impulsos es cuestionable.
- 4.- Tiene algún tipo de ideación o conducta suicida u homicida, o historia de alguno de los dos, pero expresa deseos de controlarse y es capaz de controlar su conducta.
- 5.- No tiene conducta suicida/homicida. No hay historia de conducta violenta/impulsiva.

B) RED DE APOYO (Encerrar respuesta en un círculo)

- 1.- No tiene familiares, amigos u otros. No hay una institución pública que pueda proporcionar el apoyo necesario.
- 2.- Algún familiar o conocido puede ser movilizado pero su ayuda será limitada.
- 3.- La red de apoyo es potencialmente disponible, pero existen dificultades significativas al intentar movilizarla.
- 4.- Los familiares, amigos u otros están interesados en el paciente, pero existen dudas sobre su capacidad o voluntad de ayudar.
- 5.- Los familiares, amigos u otros están interesados en el paciente y tienen la voluntad de proveer el apoyo necesario.

C) CAPACIDAD DE COOPERACION (Encerrar respuesta en un círculo)

- 1.- Incapaz de cooperar o activamente rechaza la intervención
- 2.- Muestra poco interés o comprensión en los esfuerzos que se hacen para ayudarlo
- 3.- Pasivamente acepta maniobras de intervención
- 4.- Desea ser ayudado pero se muestra ambivalente o su motivación no es suficiente
- 5.- Acepta en forma activa el tratamiento ambulatorio, tiene voluntad y es capaz de cooperar

Puntuación Total: _____

Acciones:

- 1.- Referido a atención en Consulta externa
- 2.- Aceptado como paciente en Crisis

Traducido de Bengelsdorf et al. *Journal of Nervous and Mental Disease* (1984); 172(7); 424-430

c. Triage Psiquiátrico Regional (TPT)

Triage psiquiátrico regional

Rauci - Spaccapeli © 2005

Fecha	Hora	Entrevistador
-------	------	---------------

Suspensión de tratamiento	SI	NO	Perturbación de los procesos de Pensamiento (2)	0	1	2	3
---------------------------	----	----	---	---	---	---	---

Hace cuánto tiempo fue suspendido: _____	Estado de agitación (3)	0	1	2	3
--	-------------------------	---	---	---	---

Estado de ansiedad (4)	0	1	2	3	Estado de agresividad (5)	0	1	2	3	4
------------------------	---	---	---	---	---------------------------	---	---	---	---	---





Signos vitales y exploración física (5)

TA	
Presión arterial	
Pulmónar	
Frecuencia respiratoria	
Sudoración	
Contracción muscular	

En el caso de la puntuación mayor a 2 puede ser necesaria contención física sin necesariamente haber completado el proceso de clasificación y/o examen físico

A	A
B	B
C	C
D	D

(6)

Código de color asignado			
			

- (1) Especificar si el medio de obtención de la información, ya sea por entrevista directa con el paciente o un familiar u otra persona, o si se trata de una solicitud telefónica o escrita
- (2) Perturbación de los procesos del pensamiento - seleccionar "0" si no está presente; "1" si hay alteración en la interpretación de los estímulos ambientales; "2" si hay ideas sobrevaloradas de difícil reducción; "3" si hay un pensamiento inapropiado, que no se basa en la realidad (Delirio) - marcar el mismo valor en caso de estado confusional.
- (3) Estado de agitación - seleccionar "0" si no está presente; "1" si es leve (inquietud, la persona no puede permanecer sentada, aumento en volumen y velocidad del habla - La persona cede a la contención del entrevistador); "2" MODERADO (Cede con dificultad a la contención); "3" GRAVE (La contención es imposible)
- (4) Estado de ansiedad - Selecciona "0" si no está presente; "1" si hay dificultad para concentrarse, inquietud, inseguridad y temor; "2" si hay irritabilidad, miedo, desconfianza y preocupación; "3" si hay insomnio, agitación, ansiedad, aislamiento social / apatía y fobias - los parámetros vitales, ni subjetivos, no afectarán el nivel atribuible.
- (5) De acuerdo a la escala de agresión evidente (Yudofsky, 1996), la puntuación es 0 si no hay agresión, 1 Si es sólo verbal, 2 Si está dirigida a objetos, 3 Si se dirige al entrevistador, 4 Si se dirige hacia otras personas
- (6) En caso de agresión dirigida a sí mismo indicar: "A" Si hay amenaza de autolesión; "B" Si hay cortes, raspaduras, abrasiones superficiales; "C" si hay manifestaciones de punto B, con mayor gravedad o ingestión de sustancias tóxicas; "D" si hay intento de suicidio con determinación. En caso de agresión heterodirigida especificar: "A" Si hay amenaza de agresión con las manos pero no se ha ejecutado; "B", como A, pero sí se ha consumado; "C" Agresión lograda con la ayuda de instrumentos o armas.

Código de color asignado			
Blanco: Situaciones que se presentan con solicitud de urgencia, pero que después de la evaluación se decide aplazar.	Verde: Situaciones que se presentan con solicitud de urgencia pero que disminuyen con la contención	Amarillo: Situaciones que requieren la intervención del equipo médico, que no siempre requieren la hospitalización urgente, pero sí un monitoreo constante; tomar en consideración la adherencia terapéutica y la presencia o ausencia de red de apoyo.	Rojo: Situaciones que requieren la intervención temprana del equipo médico y necesita, la mayoría de las veces, una hospitalización urgente.
La asignación de códigos de color no será definitiva, ya que al final puede variar, ya sea positiva o negativamente, dependiendo de la evolución de la crisis.			

Traducido de: Stefanizzi G, Raucchi V. Il ruolo dell'infermiere nelle situazioni di urgenza-emergenza: ipotesi di Triage Psichiatrico Territoriale (T.P.T.) nel CPS di Monza Ospedaliera San Gerardo di Monza.

d. Triage de Salud Mental del Sudeste de Sydney (SESAHAS)

Triage de Salud Mental del Sudeste de Sydney

Código del Triage	Descripción	Tiempo de atención	Presentación típica
1	Peligro definitivo para la vida (del paciente o de terceros)	Emergencia Inmediata	Observación de: <ul style="list-style-type: none"> • Conducta violenta • Posesión de arma • Conducta autodestructiva en sala de urgencias
2	Riesgo probable de peligro hacia sí mismo o a terceros <ul style="list-style-type: none"> • Conducta disruptiva grave 	Emergencia Primeros 10 minutos	Observación de: <ul style="list-style-type: none"> • Agitación extrema • Agresiones físicas/verbales • Confusión/Incapacidad para cooperar • Amenaza restricción física Reporte de: <ul style="list-style-type: none"> • Intento de daño autodirigido/heterodirigido • Amenazas de daño
3	Posible daño hacia sí mismo o a terceros <ul style="list-style-type: none"> • Conducta disruptiva moderada • Distrés marcado 	Urgencia Primeros 30 minutos	Observación de: <ul style="list-style-type: none"> • Agitación/Inquietud psicomotora • Conducta intrusiva/disruptiva • Conducta desorganizada • Confusión • Retraimiento y sin comunicación • Ambivalencia sobre el tratamiento Reporte de: <ul style="list-style-type: none"> • Ideación suicida • Síntomas psicóticos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alucinaciones ○ Ideas delirantes ○ Trastornos del pensamiento ○ Conducta agitada/disruptiva • Alteraciones afectivas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Síntomas depresivos o ansiosos graves ○ Animo expansivo o irritable
4	Distres moderado	Semi-urgencia Primeros 60 minutos	Observación de: <ul style="list-style-type: none"> • Sin agitación/inquietud psicomotora • Irritabilidad sin agresión • Actitud cooperadora • Discurso coherente Reporte de: <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas depresivos o ansiosos, sin ideación suicida
5	Sin riesgo para sí mismo o terceros <ul style="list-style-type: none"> • Sin distrés agudo • Sin perturbación conductual 	No urgencia Primeros 120 minutos	Observación de: <ul style="list-style-type: none"> • Actitud cooperadora • Comunicativo • Acata indicaciones Reporte de: <ul style="list-style-type: none"> Conocido con síntomas psicóticos crónicos Conocido con quejas somáticas inexplicables crónicas Solicita medicamento Efectos adversos mínimos a fármacos Problemas sociales/financieros/de vivienda/interpersonales

e. Triage Psiquiátrico Color/Riesgo

TRIAGE PSIQUIATRICO

Instrucciones: A continuación se le describen una serie de urgencias psiquiátricas. Evalúe en forma directa y/o indirecta cada una de las urgencias psiquiátricas en orden progresivo. Cada enunciado sirve como guía para la evaluación. El clínico deberá de marcar con una "X" un solo nivel y color de la mayor severidad de la condición del paciente, y deberá encerrar en un círculo un solo número, que corresponda al código de la urgencia psiquiátrica más grave que describa lo más cercano posible la situación actual que presente el paciente.

NIVEL DE SEVERIDAD, CONDICION Y ACCION				
Marrón Emergencia Médica	Rojos Urgencia Psiquiátrica Riesgo Alto	Amarillo Urgencia Psiquiátrica Riesgo Medio	Verde Urgencia Psiquiátrica Riesgo Mínimo	Blanco Urgencia Sentida Riesgo Nulo
Médica Crítica	Psiquiátrica Crítica	Psiquiátrica Vulnerable	Psiquiátrica Estable	Psiquiátrica mínima
Referencia	Restricción	Estabilización	Contención	Derivación

- SOPORTE BASICO VITAL**
- 01 Paciente inconsciente con "CAB" inestable
02 Paciente confuso, con "CAB" inestable
- CONDICIONES MEDICAS COMPLICADAS Y GRAVES**
- 03 Cuadro neuropsiquiátrico reciente con deterioro cognitivo o motor de inicio súbito
04 Fluctuaciones de alerta con Signos Vitales o Laboratoriales alterados o desconocidos
05 Cuadro convulsivo reciente sin estudios o tratamientos previos
06 Inestabilidad estructural o funcional secundario a daño físico o químico
- INTOXICACION O ABSTINENCIA POR SUBSTANCIAS**
- 07 Intoxicación o abstinencia en estado inconsciente o confuso
08 Intoxicación o abstinencia con síntomas autonómicos
09 Intoxicación o abstinencia sin síntomas autonómicos
- AGRESIVIDAD HETERODIRIGIDA (Grita, Insulta, Golpea, Amenaza)**
- 10 Golpea o intenta golpear deliberadamente con arma u objeto
11 Golpea o intenta golpear deliberadamente con su cuerpo
12 Amenaza con agresión física inminente sin llegar a golpear
13 Grita, insulta o hace improperios sin llegar a amenazar o golpear
14 Se muestra combativo, retador, beligerante o querulante
- GESTO, IDEACION O INTENTO SUICIDA**
- 15 Presenta actos deliberados de autolesión en la entrevista
16 Refiere intención de autolesión en la entrevista
17 Refiere haber presentado intentos o gestos suicidas en la última semana
18 Refiere haber tenido ideación suicida en la última semana
- AGITACION MAYOR NO AGRESIVA**
- 19 Agitación Psicótica/Maniaca: Se muestra expansivo, disfórico, irritable, suspicaz y/o con actitud alucinada
20 Agitación Ansiosa/Depresiva: Presenta crisis de angustia/lanto incoercible a la contención verbal
21 Agitación Disociativo-Convectiva: Presenta síntomas sugestivos de disociación o crisis pseudoneurológica
22 Agitación secundaria a efectos secundarios de medicamentos: Temblor, Acatisia, Rigidez, Distonía, Espasmos
- AGITACION MENOR**
- 23 Antecedentes de cuadros de agitación en la última semana y reducidos o remitidos en el momento actual
24 Efectos secundarios menores de medicamentos que no afectan la funcionalidad motora
25 Labilidad emocional durante el interrogatorio que no requiere intervención en crisis
- HOSTILIDAD Y NEGATIVISMO**
- 26 Demanda atención especial y/o impone sus propios procedimientos
27 Hostil y/o reacio a contestar las preguntas o recibir atención
- URGENCIA SUBJETIVA**
- 28 Urgencia subjetiva con síntomas primordialmente físicos
29 Urgencia subjetiva con síntomas primordialmente emocionales
- PERSONAL, ADMINISTRATIVA U HORARIA**
- 30 Motivos personales que le impiden ser atendido de forma habitual
31 Motivos económicos que le impiden ser atendido de forma habitual
32 Motivos de horario que le impiden ser atendido de forma habitual
- Nivel de urgencia: _____
(Nivel y color de la urgencia psiquiátrica más grave)
- Calificación: _____
(Código de la urgencia psiquiátrica más grave)
- ©Alejandro Molina-López, 2008, 2016

Tomado de: Molina-Lopez A, et al. Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department BMC Psychiatry. 2016; 16: 30.

f. Triage de salud mental, Royal Hobart (MHTS)

Triage de Salud Mental Royal Hobart

Escala del Triage	Descripción del paciente	Urgencia de tratamiento†
2. Emergencia	Paciente violento, agresivo o con conducta suicida, o representa un daño a sí mismo o a terceros, o requiere supervisión policiaca	Dentro de 10 minutos
3. Urgencia	Distres marcado o episodio psicótico agudo, riesgo de agresividad, riesgo posible de daño a sí mismo o a terceros. Experimenta una crisis situacional.	Dentro de 30 minutos
4. Semi-urgencia	Trastorno psiquiátrico crónico semiurgente, o cuenta con cuidador presente (ej. Enfermera psiquiátrica comunitaria)	Dentro de 1 hora
5. No urgencia	Paciente con trastorno psiquiátrico crónico, sin episodio agudo, no requiere cuidador. Puede requerir referencia a centro comunitario apropiado	Dentro de 2 horas

Adaptado de Smart *et al.* (1999). † Urgencia de tratamiento se define como el tiempo máximo para el inicio de la atención.

g. Carta de aprobación por el Comité de ética e investigación.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Céi COMITÉ DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN



2017 "Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

(Handwritten initials)

Fecha y Número de Aprobación:

Mayo 22, 2017

CEI/C/029/2017

Dra. Bertha Itzel Concepción García González
Investigador Principal
Presente

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado, "Confiabilidad, validez predictiva y validez concurrente de cinco instrumentos de triage internacionales en usuarios mexicanos del servicio de atención psiquiátrica continua del INPRFM", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, 14370, Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos. La presente aprobación tiene una vigencia de un año.

Documentos Revisados y Aprobados. Originales del Formato en Seres Humanos del Comité de Ética en Investigación.

Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,

(Handwritten signature)

Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez
Presidente del Comité de Ética en Investigación
ANEXOS



C.c.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Director de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente.

Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.

C.P Alejandra Tafolla Valdovinos, Unidad Contable de Recursos de Terceros.-Presente.

Calzada México-Xochimilco #101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.
Tels. 4160-5050, 4160-5051 • www.inprf.gob.mx