

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION XVI ESTADO MEXICO PONIENTE  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 194  
“LUIS IGNACIO GARCIA TELLEZ”**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**“COMPARACIÓN DEL APEGO AL PROCEDIMIENTO DE TRIAGE EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN LOS TURNOS MATUTINO,  
VESPERTINO Y NOCTURNO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.  
58 IMSS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1° DE MAYO AL  
EL 31 DE JULIO DE 2017”**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS**

**TESISTA:**

**GERARDO NÚÑEZ DELGADO**

**ASESOR METODOLOGICO**

**DRA. ROCÍO BAUTISTA DE ANDA**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION XVI ESTADO MEXICO PONIENTE  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 194  
“LUIS IGNACIO GARCIA TELLEZ”**



**“COMPARACIÓN DEL APEGO AL PROCEDIMIENTO DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN LOS TURNOS MATUTINO, VESPERTINO Y NOCTURNO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58 IMSS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1º DE MAYO AL EL 31 DE JULIO DE 2017”**

**FIRMAS DE AUTORIZACION**

---

**DR. JAVIER ULISES ANDERE MONTES DE OCA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 194**

---

**DRA ANAGHIELLY SANCHEZ PEREZ  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

---

**DR EDUARDO GARCIA REYES  
PROFESOR TITULAR EN MEDICINA DE URGENCIAS**

---

**DRA ROCIO BAUTISTA DE ANDA  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

# DEDICATORIA

## A MI FAMILIA

**Monse**, esposa y ejemplo de vocación mostrándome que la actitud en el actuar médico es básica, un motivo para impulsar mi profesión.

**Natalia**, hija y testigo de jornadas de trabajo que robaron algunas horas de juego pero que siempre me esperaba con una sonrisa y un abrazo.

**Gael**, hijo y motivación.

Los amo amadas y amado.

## INDICE

1. ANTECEDENTES.....	1
2. INTRODUCCION.....	1
3. ANTECEDENTES.....	3
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
5. OBJETIVO GENERAL.....	15
6. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
7. JUSTIFICACION.....	16
8. HIPOTESIS.....	17
9. MATERIAL Y METODOS.....	18
10. VARIABLES.....	20
11. CRONOGRAMA.....	24
12. RESULTADOS.....	28
13. DISCUSION.....	42
14. CONCLUSION.....	44
15. BIBLIOGRAFIA.....	46
16. ANEXOS.....	48



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/ U.M.F. NO. 58  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



## RESUMEN

Título **“COMPARACIÓN DEL APEGO AL PROCEDIMIENTO DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS EN LOS TURNOS MATUTINO, VESPERTINO Y NOCTURNO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 58 IMSS EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1º DE MAYO AL EL 31 DE JULIO DE 2017”**

Autores: \*Dr. Gerardo Núñez Delgado; \*\*Dr. Eduardo García Reyes; Dra. \*\*\*Rocío Bautista de Anda.

Referencia del autores: \* Médico Residente de 2do año Medicina Urgencias del HGZ No.58. \*\* Profesor titular Medicina de Urgencias del HGZ No.194.\*\*\* Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud del HGZ No.58.

**Introducción:** En el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha iniciado la utilización del triage para la clasificación de los pacientes, para optimizar la atención adoptando la escala de valoración de cinco que se correlaciona con la gravedad y complejidad de los pacientes y ha generado suficiente grado de evidencia científica sobre su idoneidad, a nivel internacional basadas en indicadores de calidad con base en Intervalos de tiempo desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta su atención inicial y tiempo de estancia y de este modo mejorar la atención en los servicios de urgencias. **Objetivo:** Conocer el apego al procedimiento de triage en el servicio de urgencias adultos del Hospital General de Zona 58 de los turnos matutino, vespertino y nocturno en el periodo comprendido del 1º de mayo al 31 de julio del año 2017. **Material y Métodos:** El estudio se llevará a cabo en el Hospital General de Zona 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social **DISEÑO:** Observacional, **TIPO DE ESTUDIO:** Descriptivo y Observacional. Retrospectivo y retrolectivo. **UNIVERSO DE TRABAJO:** Pacientes derechohabientes que pertenezcan al Hospital General de Zona No. 58 que acudan en el periodo comprendido entre el 1º de mayo al 31 de Julio del año 2017. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** 100% de los pacientes mayores de 16 años que acudan al Servicio de Urgencias **PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA:** La captación de la Información se obtendrá a partir de la hoja frontal del expediente, se recolectara la información en una hoja de datos y posteriormente se vaciara todo lo obtenido en una Base de datos para sacra medidas de tendencia central en la población mayor de 16 años que acuda al servicio en búsqueda de atención médica del 1º de mayo al 31 de julio del año 2017 en los turnos matutino, vespertino y nocturno.

## INTRODUCCION

El crecimiento de la población ha traído como consecuencia a nivel mundial un incremento en la demanda de atención de los servicios de salud, especialmente en el área de urgencias ya que estos forman una parte fundamental de los servicios médicos, debido a la atención esencial que se brinda en ellos a las diversas patologías.<sup>1</sup> Por tal motivo los diferentes sistemas de salud han sufrido una serie de variaciones con el objetivo de evitar la saturación, esperas prolongadas para recibir la asistencia inicial, la realización de pruebas diagnósticas innecesarias.<sup>2</sup> Desde el inicio de los sistemas de atención de urgencias y más aún, desde los albores de la civilización moderna, se presenta la necesidad de calificar a los pacientes para elegir el tipo de atención médica que necesitan y el medio de transporte para llevarlos a las incipientes instalaciones de salud.<sup>1</sup>

La saturación de los Servicios de urgencias Hospitalarias y su resultante, la incapacidad del sistema para actuar como una red de seguridad para el paciente, es un problema universal notable. El incremento de la demanda en los Servicios de Urgencias Hospitalarias conduce a habitaciones, pasillos y salas de espera saturadas, lo cual puede girarse en contra el propio personal y generarle auténticos problemas éticos al comprobar que son incapaces de ofrecer la asistencia necesaria con los escasos recursos existentes.<sup>3</sup> La Situación antes mencionada se refleja del siguiente modo:

- riesgo de complicaciones y seguridad de los pacientes
- agravamiento del dolor y sufrimiento del paciente y la familia
- largas demoras para la atención, son propicias para la insatisfacción del paciente y familiares
- aumento de los índices de pacientes en la sala de observación y falta de espacio para verdaderas emergencias
- prolongación de los tiempos de estancia en observación
- bajos resultados en la productividad y eficiencia
- riesgos en la integridad física del personal por violencia o agresividad de pacientes o familiares
- falta de oportunidad para la docencia, entrenamiento y capacitación
- mala relación médico paciente.<sup>4</sup>

Lo anterior da pie a que se produzcan errores médicos y omisiones graves o a que se realice una medicina defensiva y que aumente la frustración del personal sanitario. <sup>5</sup> Cuando no se pueden atender las necesidades existentes por la limitación de recursos es necesario un sistema para hacer frente a la situación y muchos hospitales utilizan un sistema de *TRIAGE*. El objetivo del triage es mejorar la calidad de emergencia atención y prioridad a los casos según los términos de derechos.<sup>6</sup> Debido a lo anterior se pretende que el triage sea el proceso que permite una evaluación del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.<sup>7</sup>

Los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) tienen la misión fundamental de responder a la demanda sanitaria urgente de la población ofertando una asistencia que, además de eficaz, eficiente y equitativa, tenga en la calidad uno de sus componentes principales. Al fin de

cumplir esta misión, los SUH están teóricamente diseñados para hacer frente a incrementos periódicos de la demanda asistencial, sin que ello comporte una disminución significativa de la calidad del servicio. No obstante, el sentir de los pacientes y de los profesionales que trabajan en los SUH es que, con frecuencia, este objetivo no se alcanza.<sup>8</sup> De no realizarse una adecuada clasificación de los pacientes para su atención se puede desarrollar de manera súbita una desproporción entre la oferta y la demanda del servicio.<sup>5</sup>

El proceso de clasificación de los pacientes que acuden al Departamento de Urgencias se ha convertido en una necesidad debido a la gran demanda de atención y a la saturación que, en ocasiones, sufre dicho servicio, sin realmente constituir situaciones de desastres, catástrofes o alguna otra contingencia masiva, o incluso corresponder únicamente a una urgencia real.<sup>5</sup> El área de Atención de emergencia es una de las zonas más sensibles en el cuidado de la salud. Esta sensibilidad se basa comúnmente en una combinación de factores como la urgencia y la no urgencia. La Universidad Australiana para la medicina de emergencia (ACEM) define hacinamiento como la situación del área de urgencias cuya función es entorpecida principalmente porque el número de pacientes esperando a ser visto.<sup>6</sup>

Actualmente se utilizan sistemas de *triage* estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico.<sup>7</sup> El sistema de *triage* estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento. El objetivo básico de la implantación de un sistema de *triage* estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser visitado; es decir, aumentar su seguridad, aunque el *triage* estructurado aporta mejoras en aspectos como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad.

La introducción del sistema de *triage* estructurado representa un cambio total en la forma de asistir a los pacientes y permite mejorar de forma continua la calidad asistencial. Con él se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos.

Previamente a la implantación de un sistema de *triage* estructurado es necesario tener un claro conocimiento de las características óptimas que ha de tener dicho sistema, sus principios y objetivos.<sup>9</sup> Derivado de esto la Organización Mundial de la Salud implemento que se deberán llevar a cabo acciones necesarias para el monitoreo de las acciones sustantivas en las áreas de Urgencias<sup>10, 11</sup>.

En nuestro país el monitoreo de los servicios de urgencias es coordinado por la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, representada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, facultada para su cooperación, difusión e integración con los servicios de salud de las 31 entidades federativas y el Gobierno de la Ciudad de México.<sup>10</sup> Así que con base al estudio “Un IMSS Sustentable, Eficiente y Cercano a la Gente” realizado desde el año 2013, el IMSS a través de una Consultora Internacional realizó un diagnóstico cuyo objetivo fue el identificar oportunidades de mejora en primer y segundo nivel para fortalecer el desempeño del IMSS.<sup>12</sup> Estableciendo que se deberán llevar a cabo acciones necesarias para el monitoreo de las acciones sustantivas en las áreas de Urgencias<sup>13</sup>

Actualmente con dos iniciativas principales en el Instituto Mexicano del Seguro Social que incluyen “gestión de camas” y “Mejora de atención en los servicios de urgencias” se promueve el apego a indicadores de calidad basados en tiempo de atención. <sup>11</sup> EL Hospital



General de Zona número 58 "Manuel Ávila Camacho" tiene una población adscrita hasta el año de 2014 de 546 825 derechohabientes con afluencia promedio al servicio de urgencias por día de 250 consultas.<sup>14</sup>

## ANTECEDENTES

El término "triage" se deriva de la palabra francesa Trier (para clasificar) que fue utilizado originalmente para describir la clasificación de los productos agrícolas. "Triage" es hoy en día, casi utilizado exclusivamente en contextos sanitarios específicos. <sup>4</sup> Este concepto fue utilizado de manera inicial en las guerras napoleónicas, el método se utilizaba cuando había muchos lesionados y los recursos eran limitados. La prioridad es para los pacientes con mayores en las condiciones más urgentes. Los servicios de urgencias utilizan el triage de manera diaria para valorar los recursos de los servicios y la atención de dichos pacientes.<sup>15</sup> Se acepta generalmente que el concepto de triage comenzó en la milicia y que se usó en el campo de batalla para enfocar Recursos médicos a los soldados heridos que tenían más probabilidades de Beneficio, ignorando las víctimas cercanas a la muerte o Lesiones no tratables.<sup>16</sup>

A principios del siglo XIX, en Francia, un médico cirujano del ejército de Napoleón, Las guerras napoleónicas, básicamente la de Speyer en 1867, sientan las bases de los sistemas de selección y clasificación de pacientes. El Barón Dominique Jean Larrey (1766 – 1842) recibe del Emperador Napoleón Bonaparte una orden simple, pero controvertida: "*Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla, sólo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse*" y derivado de un análisis de esta situación se dio cuenta que para mejorar la supervivencia de los soldados era necesario atender primero y de la forma más rápida a los más graves. Él aunque nunca llegó a utilizar el término triage pero fue el primero en actuar antes de que acabara la batalla, ignorando el rango y bando del soldado, y considerando la prioridad de su asistencia dependiendo de las lesiones que presentaban.<sup>1, 17</sup> Es así que el triage sanitario se desarrolló en el campo de batalla por dar prioridad a los soldados heridos con la finalidad de conocer el estado de éstos y saber cuándo podrían volver al campo de batalla. Durante el siglo siguiente, esta práctica se extendió por todos los campos de batalla, de esta forma los soldados que no podían ser operados inmediatamente eran mantenidos en las mejores condiciones posibles. El triage ha sido una ayuda muy importante en tiempos de guerra.

La clasificación de los pacientes se ha venido realizando, de manera formal o informal, desde que se crearon los Departamentos de Urgencias en un afán por mejorar la organización en el funcionamiento del servicio y la atención del paciente. <sup>5, 17</sup> Durante el siglo XIX se introdujo un tipo de priorización en las áreas de urgencias llamadas en ese entonces como "plantas de accidente" en los hospitales, sin embargo no se puede hablar de una descripción sistemática del triage en los servicios de urgencias hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 1964.<sup>9</sup> Desde la perspectiva de las teorías éticas, triage es comúnmente visto como un ejemplo clásico de justicia distributiva, las direcciones la cuestión de cómo beneficia y afecta debe ser distribuido dentro de una población. Lo es utilizado tradicionalmente en la literatura ética como un ejemplo de un conflicto ético de presionar entre los utilitarios principio para hacer el mayor bien para el mayor número, el principio de igual respeto para todos, al principio de no maleficencia y el principio de no abandono.<sup>4</sup>

Es importante definir también algunos conceptos del área de urgencias

Departamento de urgencias.

Es una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes o no, donde los pacientes se presentan solos o mediante referencia. Los cuidados deben ser con un alto estándar de calidad y donde la comunidad percibe la necesidad de atención aguda o urgente, incluyendo la admisión hospitalaria, para proporcionar esta atención la sala de urgencias debe ser organizada y administrada por personal que idealmente conozca de las urgencias (urgenciólogo) específicas de ese servicio, además de contar con conocimientos de administración.<sup>16</sup>

#### Unidad de Reanimación

Uno de los componentes del Departamento de Urgencias es la Unidad de Reanimación y, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana sobre la regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los Servicios de Urgencias de los establecimientos de atención médica, se debe disponer de manera obligatoria de una Sala de Choque o Unidad de Reanimación. La Unidad de Reanimación es el área destinada para la atención de aquellos pacientes que arriban a Urgencias y que ameritan tratamiento médico inmediato, ya que la vida o función de algún órgano está en riesgo inminente, y se destina a la estabilización inicial del paciente y a la realización de diversos procedimientos invasivos necesarios para conseguir dicho objetivo.<sup>5</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, una urgencia médica se define como toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien tome la decisión, requiere una atención médica inmediata es decir todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata. <sup>5, 18</sup> La Organización Mundial de la Salud también define urgencia sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". Esta definición lleva implícita la heterogeneidad de la urgencia (causa diversa y gravedad variable) y engloba aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso (imprevisto o inesperado), y aspectos subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención), que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución, lo que indica, por una parte, que todas las urgencias no son iguales, y por otra, que urgencia y gravedad no son sinónimos.<sup>18</sup>

Definir urgencia nos lleva a indagar sobre su origen en el idioma español. Se conoce como *Urgencia* que significa: *cualidad de lo que necesita ser solucionado de inmediato*.

En México se denomina *urgencia* a todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata que requiere de tratamiento en un espacio determinado de las unidades prestadoras de servicio denominado: *Servicio de Urgencias*, que es el conjunto de áreas y equipamiento destinado a la atención de urgencias, ubicado dentro de un establecimiento de atención médica<sup>19</sup>

En el año de 1998 el Diario Oficial de la Federación agrega las siguientes definiciones de urgencia real y sentida.

#### Urgencia Médica Real

Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata. Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata

## Urgencia Médica Sentida

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe o siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. Las cifras varían entre los países pero su rango va de 80-85% de todas las urgencias.<sup>4, 15, 16</sup>

Especialista en Medicina de Urgencia. Urgenciólogo.

Es aquel médico que realiza el reconocimiento inmediato; exploración inicial; tratamiento y disposición de una población de diferentes pacientes en respuesta a una enfermedad aguda o lesión. El tratamiento que provee el urgenciólogo es episódico por naturaleza y envuelve un amplio espectro de condiciones médicas y de conducta, se trata de una especialidad donde el diagnóstico y tratamiento se realiza de manera conjunta, sin depender de tiempo "decisión Making" ya que de haber retrasos en el tratamiento el paciente podría fallecer o empeorar su condición clínica.<sup>15</sup> En la década de 1960, Weinerman y colaboradores publicaron la primera descripción sistemática del uso de una clasificación de los pacientes civiles que acuden al Departamento de Urgencias. El término *triage* es un neologismo derivado del vocablo francés *trier* (clasificar, repartir los diferentes elementos de un conjunto en grupos, de acuerdo con criterios) y se define actualmente como el método de la medicina de emergencias y desastres llevado a cabo para la selección de los pacientes, basándose en las prioridades de atención y privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.<sup>5</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud (APS) como "...un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema". La estrategia de renovación de la APS en las Américas llama a los países de la región a: i) completar la implementación de la APS allí donde este proceso haya fallado (la agenda inconclusa); ii) fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos, y iii) a incorporar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano. <sup>9</sup> Una pregunta constante de los sistemas de atención de urgencias es ¿Dónde se debe hacer triage?, la respuesta es contundente: en todos los escalones de la atención médica, tantas veces como sea necesario. Es preciso establecer que el triage es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los pacientes y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificar la respuesta final.<sup>1</sup>

Los objetivos del sistema de *triage* en el Departamento de Urgencias son:

1. Identificar rápido a los pacientes en situación de riesgo vital.
2. Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que acude al Departamento de Urgencias.
3. Disminuir la congestión en las áreas de tratamiento del Departamento de Urgencias, lo que mejora el flujo de pacientes.
4. Asegurar las prioridades en función del nivel de clasificación.
5. No es objetivo del *triage* hacer diagnóstico, sino sólo priorizar.<sup>5</sup>

Iserson y Moskop describen el requisito de tres condiciones para triage en la práctica de emergencia:

1. Al menos tener moderada escasez de recursos existente.
2. Un trabajador de salud (a menudo llamado a un "oficial de triage") evalúa las necesidades médicas de cada paciente, basadas en un breve examen.
3. El oficial de triage utiliza un sistema establecido o Plan (*triage*), generalmente basado en un algoritmo o un conjunto de criterios para determinar un tratamiento para cada paciente.<sup>6</sup>

La relativamente reciente aparición de la especialidad de urgencias médico quirúrgicas (menos de 60 años en Estados Unidos de Norteamérica y 25 años en México) explica el que no se cuente con estándares universales y obliga inicialmente a la realización de estudios para conocer las características de cada Departamento de Urgencias y, posteriormente, establecer medidas que mejoren su funcionamiento. El punto fundamental del triage es la siguiente: no todos aquellos que necesiten una forma particular de cuidado de la salud, como medicina, terapia, cirugía, trasplante, cama de cuidados intensivos, puede obtener acceso inmediato a él. <sup>6</sup> Los servicios de urgencia son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado y recursos especiales a pacientes en riesgo de perder la vida, una función o algún órgano, con una disponibilidad inmediata y durante las 24 horas del día. Desafortunadamente la percepción diferente que tienen al respecto los distintos profesionales de la salud y los pacientes, genera una serie de consecuencias importantes sobre la eficiencia y organización de las unidades hospitalarias.<sup>17</sup>

En los últimos años se han establecido estrategias tendentes a mejorar la atención que se ofrece en los servicios de urgencia, entre ellas mejoras estructurales, cambios organizativos, aumento y especialización de las plantillas, que han resultado en una mejora indiscutible de la oferta, tanto en calidad como en cantidad, así como en un aumento progresivo y constante de la demanda, condición que explica que de forma cíclica aparezcan fenómenos de saturación, aglomeración, esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial y la realización de pruebas diagnósticas. Esta situación se repite en distintos ámbitos y países en los que los orígenes del problema pudieran ser diferentes, pero con los mismos efectos.<sup>17</sup> El individuo elabora un autodiagnóstico tras la sensación de pérdida de salud, que es el determinante de la demanda, en relación con el conocimiento personal de la oferta de recursos sanitarios, y decide acudir al punto donde cree que su atención va a ser más efectiva, en ausencia de criterios éticos o de gasto. Así, es evidente que la conceptualización subjetiva de un determinado proceso como urgente es una característica inherente al individuo, que ha ido asimilando y asumiendo a lo largo de los últimos años, como consecuencia del desarrollo psico-antropológico, económico y social y que depende de diversos elementos determinantes, clasificados como predisponentes (edad, sexo, raza, educación, actividad laboral, tamaño familiar), facilitadores (renta individual, disponibilidad y accesibilidad de los recursos) y de necesidad (percepción del estado de salud y grado de limitación de las actividades por problemas específicos). <sup>10</sup> El uso inadecuado del servicio de urgencias está por arriba de lo informado internacionalmente. Los factores asociados podrían resolverse al mejorar los procesos de las unidades de primer nivel <sup>17</sup> Los pacientes no urgentes provocan aglomeraciones, demora en la atención de pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, largos tiempos de espera, «fugas» de pacientes que optan por marcharse sin que se les atienda, e incluso episodios de violencia. <sup>5</sup> Por consiguiente, la espera en el departamento de urgencias no sólo contribuye a la insatisfacción de pacientes, también puede resultar en retrasos en diagnóstico y tratamiento. Un sistema de clasificación Ideal debería priorizar el cuidado del paciente por gravedad para que la atención se otorgue dentro de un razonable marco de tiempo. Dentro de unos límites razonables, el deber de todo servicio de urgencias hospitalario, con independencia del volumen de pacientes que recibe y de la gravedad de éstos, es proveer un nivel de atención y asistencia uniforme las 24 horas del día, los 7 días de la semana. <sup>3, 20</sup> Estos servicios (servicios de urgencias) soportan una fuerte presión asistencial, con períodos de espera superiores a los que serían deseables, y con frecuencia se encuentran colapsados. Lo que se asocia a una percepción subjetiva de disfunción y, en última instancia, de una calidad dispensada inferior a la deseable. A pesar de que durante los últimos años se ha asistido a un interés creciente por evaluar la calidad que dispensan los Servicios de Urgencias Hospitalarias no existen datos en la bibliografía que confirmen o refuten esta teoría. <sup>8</sup>

Algunas condiciones que han resaltado como causa de este incremento en la demanda y que se manifiesta específicamente en la consulta son el crecimiento y envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de patologías crónicas y, en gran medida, la utilización del servicio de urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes. El uso creciente de los servicios de urgencias por problemas no urgentes supone una preocupación generalizada por dos razones fundamentales:

1. El uso del servicio de urgencias por condiciones que pueden resolverse desde los primeros niveles de atención frecuentemente revela problemas de acceso a estos servicios. Este aspecto que, en los estudios estadounidenses se atribuye a problemas de accesibilidad económica, se repite en otros países con sistemas sanitarios muy diferentes que garantizan la cobertura universal, donde la falta de accesibilidad cultural o administrativa tiende a suplirse con la utilización de los servicios de urgencias.

2. El exceso de gastos para el sistema de salud asociado con el tratamiento de problemas no urgentes en los servicios de urgencias, con la consecuente utilización de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados y consumo de oportunidad, ligados a fenómenos de aglomeración y prolongación de tiempos de espera. Aunque el costo inicial de la atención en el servicio de urgencias de un problema no urgente podría considerarse mínimo, el resultado final supera el gasto que se derivaría de una atención en el primer nivel de atención.<sup>17</sup> Numerosas limitaciones se encajan en el proceso de validación de escalas de triage. Métodos de validación de la escala de triage en los países desarrollados no pueden ser apropiadas y repetible en países en desarrollo. Incluso en países desarrollados existen problemas de conceptualización de métodos de validación. Un nuevo enfoque de validación consensuado ha sido construido y recomendado para el desarrollo de una configuración del país. El método Delphi, un proceso de validación consensual, se avanza como una más adecuada alternativa para la validación de escalas de triage en los países en desarrollo <sup>21</sup>

Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del triage moderno. Sistemas de clasificación están diseñados para ayudar a las decisiones de asignación en este sentido. Cuestiones éticas son consideradas en cada caso de emergencia. Un estudio realizado por Anderson-Shaw et al ha sugerido que los pacientes hospitalizados a través de los servicios de urgencias a menudo atraviesan por dilemas éticos que afectan significativamente su internamiento y los resultados generales de salud. Hay necesidad de más investigación con respecto al uso de la consulta ética en estos servicios. <sup>6</sup> Muy a menudo la evaluación médica es una duplicación de la Evaluación de triage. <sup>23</sup>

Versiones iniciales de triage directrices tenían tres niveles de categorización. En su mayoría denominadas emergentes, urgentes y no urgentes. Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triage para los servicios de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triage (Australian Triage Scale: ATS). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triage que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triage de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triage, incluyendo el australiano:

- La Escala canadiense de triage y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) (introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente).
- El Sistema de triage de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triage de Manchester en 1996).
- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triage (Emergency Severity Index 5 level triage: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los E.E.U.U. en 1999).
- El Modelo andorrano de triage (Model Andorra de triatge: MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de

triage por la Societat Catalana de Medicina d'Urgencia (SCMU) en 2002 y como estándar andorrano por la Societat Andorrana d'Urgencies i Emergencies (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente. En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triage (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triage.<sup>9</sup>

Actualmente, la mayoría de los sistemas de *triage* utilizan una escala de cinco niveles de priorización (con base en su confiabilidad, reproducibilidad y validación estadística) para clasificar a los pacientes, <sup>5</sup>Los estudios han revelado que triage de cinco niveles sistemas es más eficaz, válido y confiable <sup>6</sup> 22

**Table 1 Five-level Triage Systems**

System	Countries	Levels	Patient should be seen by provider within
Australasian Triage Scale (ATS)	Australia	1 - Resuscitation	Level 1 - 0 minutes
	New Zealand	2 - Emergency	Level 2 - 10 minutes
		3 - Urgent	Level 3 - 30 minutes
		4 - Semi-urgent	Level 4 - 60 minutes
		5 - Nonurgent	Level 5 - 120 minutes
Manchester	England	1 - Immediate (red)	Level 1 - 0 minutes
	Scotland	2 - Very urgent (orange)	Level 2 - 10 minutes
		3 - Urgent (yellow)	Level 3 - 60 minutes
		4 - Standard (green)	Level 4 - 120 minutes
		5 - Nonurgent (blue)	Level 5 - 240 minutes
Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)	Canada	1 - Resuscitation	Level 1 - 0 minutes
		2 - Emergent	Level 2 - 15 minutes
		3 - Urgent	Level 3 - 30 minutes
		4 - Less urgent	Level 4 - 60 minutes
		5 - Nonurgent	Level 5 - 120 minutes

Table 2-2 Five-level Triage Systems

6

Con base en el sistema de cinco prioridades antes mencionado, actualmente existen cinco modelos de *triage* hospitalario de uso universal:

- a) Escala de *triage* Australiana
- b) *Triage* del Departamento de Urgencias de Canadá
- c) Sistema de *triage* de Manchester
- d) Índice de gravedad de urgencia
- e) Sistema de *triage* Andorranos<sup>5</sup>

Las escalas de triage de 5 niveles tienen un alto grado de reproducibilidad y permiten observar una correlación entre el nivel de urgencia y una amplia variedad de medidas que se correlacionan con la gravedad y complejidad de los pacientes (sustitutos de gravedad y complejidad). Se ha generado suficiente grado de evidencia científica sobre su idoneidad, como para ser recomendadas por las sociedades científicas a nivel internacional.<sup>9</sup> Estas escalas de triage de 5 niveles son:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica de hasta 10 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente, con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora de atención de 60 minutos.

- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.

- Nivel V: No urgencia. Poca complejidad de la patología o cuestiones administrativas, citas, etc. Demora de hasta 240 minutos.<sup>5,9</sup>

#### Intervalos de tiempo

Se estimaron los tiempos de espera ideales de acuerdo a los tiempos de estancia los cuales se determinaron así:

1) Valoración de triage: el tiempo de inscripción en el servicio de urgencias hasta el inicio de triage, que debe ser  $\leq 10$  minutos

2) el tiempo total de realización del triage en que la enfermera completa evaluación.  $\leq 5$  minutos

3) registro del paciente – al tiempo de espera paciente del registro inicial hasta la evaluación el médico que debe ser menos de 5 minutos.

4) tiempo en que se inicia la valoración médica y la disposición final y por último, 15 minutos, 30 minutos, 60 minutos y 120 minutos para las categorías CTA I, II, III, IV y V respectivamente

5) la longitud total de la estancia

6) proporción de pacientes salir sin ser visto (LWBS) por un médico, que debe ser  $< 2\%$ .<sup>20</sup>

Y de aquí se desprenden los indicadores de calidad del triage:

1. Índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico: El estándar establecido se sitúa en  $\leq$  al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias. Se subdivide este indicador en: *pacientes sin ser clasificados*: Porcentaje de pacientes que deciden dejar urgencias después de su llegada y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados. Este índice está afectado directamente por la calidad del triage, y *pacientes clasificados*: pacientes clasificados que deciden dejar urgencias antes de ser visitados por el médico.

2. Tiempo llegada/registro - triage: El tiempo desde la llegada del paciente a urgencias hasta el momento que se inicia la clasificación. El Indicador de tiempo llegada/registro - triage se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo  $\leq 10$  min sobre el total de pacientes clasificados. Se establece un estándar  $>$  al 85%. Complementariamente establecemos un Indicador de tiempo registro-triage  $\leq 15$  minutos, con un estándar  $>$  al 95%.

3. Tiempo de duración del triage: Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea  $\leq$  a 5 minutos en  $> 95\%$  de los pacientes clasificados.

4. Tiempo de espera para ser valorado: Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en  $\leq$  a 2 horas desde su clasificación y el 100% en  $\leq$  a 4 horas<sup>9</sup>

#### OBJETIVOS DEL SISTEMA ESTRUCTURADO DE TRIAJE

Los objetivos del sistema de triage estructurado son:

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia para garantizar su seguridad (disminuir su riesgo).
- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en un cuarto de urgencias o el centro hospitalario más adecuado para trasladar un paciente que se presenta o es atendido por un dispositivo de asistencia extra hospitalaria.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los cuartos de urgencias.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, asegurando la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Permitir una información fluida a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente, dando información sobre cuáles son las necesidades de

exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas preliminares y el tiempo de espera probable.

- Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de los cuartos de urgencias y emergencias, (urgencia y complejidad de las patologías que se atienden), con la finalidad de optimizar recursos y mejorar su gestión (mejorar la eficiencia).
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros asistenciales. Este punto es crítico para mejorar la gestión de las urgencias y emergencias, allá donde se producen, y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Mejorar la calidad de las organizaciones en la asistencia a las urgencias. 9

Por tal motivo la disponibilidad de un sistema de triage estructurado de cinco niveles válido, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan hacer el triage de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable, es una manera fundamental para mejorar la eficiencia de los Servicios de Urgencias y Emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos. El sistema de triage estructurado ha de definir un estándar de motivos de consulta a Urgencias y ha de tener suficiente solidez científica para ser aplicado tanto a los niños como a los adultos, independientemente del tipo de hospital o servicio de Urgencias hospitalarias, centro de Urgencias de atención primaria, servicio de Emergencias extra hospitalarias. 17

El sistema de triage estructurado ha de ser realizado por profesionales los sanitarios y ha de tener un carácter multidisciplinario con participación de enfermería con implicación médica, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de Urgencias.

La informatización del triage permite reducir la variabilidad en la aplicación de la escala de triage, favoreciendo el manejo clínico de los pacientes, el análisis de la casuística y la comparación de cargas de trabajo, como a base para la auditoría y la mejora de la calidad de los Servicios de Urgencias y Emergencias.

El triage estructurado se ha de realizar las 24 horas del día, con independencia del tipo de paciente o del centro o servicio de Urgencias donde se aplique. 17

De acuerdo a la iniciativa "Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución" (SUMAR) los "tiempos de espera para recibir la consulta en urgencias", el tiempo estándar es 15 minutos, en 2011 solo tres estados alcanzaron el estándar siendo el mejor tiempo a nivel nacional para la atención en urgencias en 2011 de 12.2 minutos y el peor fue 52.1 minutos. El Promedio Nacional de 25 minutos por lo que con base en la Norma Oficial Mexicana 004 se propuso agregar a la hoja inicial de atención en urgencias las horas que a nivel internacional se consideran como indicadores:



Nombre	Edad	Sexo	Fecha	Hora (Registro)
Fecha de Nacimiento	Triage		Hora (Triage)	Hora (Atención)
Domicilio	Calle, Numero Ext. e Int., Colonia, Delegacion o municipio, ciudad, C.P.			No. de Exp
Motivo de Atención: Antecedentes importantes				
Frec. Cardíaca	Respiratori	TA	Temperatura	Talla
				Peso
				Sup. Corporal
Interrogatorio:				
Exploración Física:				
Laboratorio:				
Gabinete:				
Diagnósticos:				
Tratamiento:				
Interconsultas solicitadas (fecha y hora) Anexar formato o solicitud de interconsulta:				
Nombre, firma y cédula del médico que elaboró la r			Fecha y firma del paciente	
Observaciones:				

10

Con lo que se espera encontrar:

## BENEFICIOS

### Económicos

- El costo promedio de un tratamiento clasificado como baja prioridad en áreas de Urgencias, es de \$1864 a \$2841 pesos por visita y el de un caso clasificado como alta prioridad va desde \$4366 hasta \$6097 pesos por visita. (Calculating the Cost of Emergency Care, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Emory University, Atlanta, GA.)
  - El Entorno nacional del uso de las Unidades de Reanimación en un estudio realizado en el Departamento de Urgencias de un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Monterrey se encontró que hasta el 0.3% de los pacientes que arriban a la Unidad de Reanimación se encuentran catalogados como nivel I y el 7.4% correspondieron al nivel II de la escala de prioridades internacional. Otro estudio, realizado en el Hospital General Regional 25 del IMSS en la Ciudad de México demostró que la frecuencia de realización de procedimientos invasivos realizados en la Unidad de Reanimación fue elevada y que hasta un 35.3% de los pacientes que arribaron de manera inicial a ésta, fueron enviados posteriormente a la sala de observación. 5, 10
- Ejes principales de la estrategia sumar
- a. mejorar la efectividad y la resolución
  - b. homologar criterios para la atención de pacientes en base a severidad y complejidad con fundamento en la herramienta de clasificación de TRIAGE
  - c. apoyar la derivación de pacientes el programa sumar propone reforzar la continuidad de atención y derivación de pacientes con el debido respaldo y justificación
  - d. impulsar un modelo de gestión en el área de urgencias mejora en la organización y uso de guías de práctica clínica
  - e. promover la atención digna en los servicios de urgencia promover medidas para proporcionar trato digno y derecho a una información clara. 4, 24

Modelo de Triage del IMSS					
Nivel de gravedad	Tipo de atención	Color	Área de atención	de	Tiempo de atención
I	Reanimación	Rojo	Choque		Inmediato
II	Emergencia	Naranja	Choque		Inmediato
III	Urgencia	Amarillo	Primer contacto		menor o igual a 30 minutos
IV	Urgencia Menor	Verde	Primer contacto o UMF		menor o igual a 120 minutos
V	Sin Urgencia	Azul	Primer contacto o UMF		menor o igual a 180 minutos

El Instituto Mexicano del Seguro Social busca mejorar la atención en los servicios de urgencias con el PROGRAMA INSTITUCIONAL 2013 – 2018 bajo los siguientes objetivos:

Incrementar la satisfacción de los usuarios

Lo cual se pretende alcanzar con los siguientes objetivos

Reducir los tiempos de espera para recibir atención

Garantizar la atención médica previa al trámite administrativo (registro y consulta de vigencia)

Implementar área de observación intermedia

Establecer un mecanismo para enviar de forma consensuada a pacientes sin urgencias o con urgencias menores a Unidades de Medicina Familiar.

Garantizar el tiempo de espera para recibir atención con base en el nivel de gravedad establecido en triage <sup>12</sup>



## Compromisos del IMSS en atención a urgencias

No negar la atención al paciente sin urgencia o con urgencia menor y garantizar atención y tiempo de espera

Fomentar el envío consensuado de pacientes sin urgencias o con urgencias menores a Unidades de Medicina Familiar con urgencias o servicios de atención médica continua mediante acuerdos de calidad <sup>12</sup>

## ❖ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital General de Zona número 58 "Las Margaritas" ubicado en el municipio de Tlalnepantla de Baz del Estado de México contiene a una población diversa procedente de las Unidades de Medicina Familiar 51, 58, 63, 66, 80, 187 y 192 distribuidas en los municipios de Tlalnepantla de Baz y Nicolás Romero con una población procedente de los municipios de Villa del Carbón, Nicolás Romero, Tlalnepantla de Baz y Naucalpan de Juárez, sumando una población derechohabiente de **546 825** al año 2016. Se ha documentado en el área de triage de alrededor de **2690** consultas y valoraciones por mes en promedio y por día correspondiente a un promedio de **270** consultas representando una distribución aproximada del 38% para el turno matutino, 35% para el vespertino y 27% para el nocturno situación que provoca desequilibrio entre la demanda y la atención ya que el área de urgencias cuenta con dos camas de choque (unidad de reanimación) y 20 camillas del área de observación intermedia y 20 camas de primer contacto, lo cual se refleja en retraso en la valoración del paciente y saturación del área de urgencias obstaculizando la detección y manejo oportunos influyendo en la morbi mortalidad del paciente. En el Instituto Mexicano del Seguro Social con la reciente integración de las iniciativas de Gestión de camas y mejora de las áreas de Urgencias uno de los objetivos principales es el de reducir tiempos de espera, basado en la escala de cinco niveles asignados a un color de acuerdo a la prioridad clasificada dado que se ha demostrado su confiabilidad, reproducibilidad y validación estadística y en apego a los indicadores internacionales de tiempo de espera que incluyen 5 momentos los cuales incluyen: 1). el tiempo de inscripción en el servicio de urgencias hasta el inicio de triage, que debe ser igual o menor de 10 minutos, 2). tiempo total de realización del triage en que la enfermera o médico completa evaluación que deberá ser igual o menor de 5 minutos, 3). al tiempo de espera del paciente en su registro inicial con la asistente médica hasta la evaluación el médico que debe ser menos de 5 minutos, 4). tiempo en que se inicia la valoración médica y la disposición final que corresponde a atención inmediata, 15 minutos, 30 minutos, 60 minutos y 120 minutos para las categorías I rojo, II naranja, III amarillo, IV verde y V azul respectivamente y 5) la longitud total de la estancia; por lo que la pregunta de investigación será:

¿Cuál es el apego al procedimiento de triage en el servicio de urgencias comparando los turnos matutino, vespertino y nocturno en el Hospital General de Zona número 58 "Las Margaritas" del 1º de mayo al 31 de julio del año 2017?

### ❖ **OBJETIVO GENERAL**

- Conocer el apego al procedimiento de triage en el servicio de urgencias adultos del Hospital General de Zona 58 de los turnos matutino, vespertino y nocturno en el periodo comprendido del 1º de mayo al 31 de julio del año 2017.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Reconocer y comparar el apego al procedimiento del triage de urgencias adultos en cada uno de los turnos matutino, vespertino y nocturno
- b) Determinar la edad y género de los pacientes que acuden por atención médica al servicio de urgencias.
- c) Identificar la frecuencia de cada código de color asignado a los pacientes evaluados en el área de triage.
- d) Analizar la concordancia entre el color asignado a cada paciente en el área de triage y el tiempo máximo de espera.
- e) Enumerar los motivos de consulta más frecuentes por los que acude el paciente a solicitar atención al servicio de urgencias

## ❖ JUSTIFICACIÓN

El triage o clasificación de pacientes en los servicios de urgencias es un proceso sanitario fundamental que se ha de realizar en condiciones óptimas y por personal calificado, dicho proceso lleva implícita la priorización de cada paciente que conlleva un gran impacto para la adecuada canalización de recurso a cada caso en particular y que será reflejado en la morbimortalidad de cada paciente. Como parte de las iniciativas del Instituto Mexicano del Seguro Social mismas que iniciaron en el periodo 2013-2014 con base en pruebas piloto llevadas a cabo en diferentes hospitales del país se propusieron las modificaciones de puntos clave para la atención hospitalaria que se estiman de acuerdo a la satisfacción del usuario y se evalúan conforme a indicadores de calidad los cuales se miden por tiempos de atención en diversas áreas, dos de ellas son gestión de camas y mejora de atención en urgencias donde se pretende disminuir el tiempo de espera y la atención oportuna del paciente en el área correspondiente a clasificación otorgada de acuerdo a la severidad del padecimiento detectado, El Instituto Mexicano del Seguro Social busca mejorar la atención en los servicios de urgencias con el PROGRAMA INSTITUCIONAL 2013 – 2018 bajo los siguientes objetivos: Incrementar la satisfacción de los usuarios, Lo cual se pretende alcanzar con los siguientes objetivos, Reducir los tiempos de espera para recibir atención, Garantizar la atención médica previa al trámite administrativo (registro y consulta de vigencia), Implementar área de observación intermedia, Establecer un mecanismo para enviar de forma consensuada a pacientes sin urgencias o con urgencias menores a Unidades de medicina familiar y Garantizar el tiempo de espera para recibir atención con base en el nivel de gravedad establecido en triage **Dirección de Prestaciones Médicas – Coordinación de Atención Integral en Segundo nivel; Unidad de Planeación Estratégica Institucional, Programa Institucional IMSS 2013-2018**

por lo que dada la reciente modificación del procedimiento del área de triage consideramos relevante conocer el desarrollo del mismo en nuestro hospital en el periodo del 1º de mayo al 31 de julio del año 2017, reconociendo el apego a dicho procedimiento en función al tiempo transcurrido desde la llegada del paciente al área de urgencias, la asignación del color o prioridad y la atención médica recibida y que se relaciona con el grado de urgencia asociado a la situación clínica con capacidad para provocar deterioro en la salud del paciente panorama que permitirá la identificación de problemáticas a resolver ya que a pesar de existir protocolos de selección de pacientes de acuerdo a la prioridad de atención (triage), en ocasiones la gran demanda provoca una saturación del servicio y se refleja en una deficiencia de la calidad en la atención de los pacientes.

## ❖ **HIPOTESIS**

El apego al procedimiento de triage en el área de urgencias por parte de los médicos y/o enfermeras del turno matutino es mayor que en los turnos vespertino y nocturno hospital general de zona 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo del 1º de mayo al 31 de julio del año de 2017

## ❖ **MATERIAL Y METODOS**

El estudio se llevará a cabo en el Hospital General de Zona 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo este un hospital de segundo nivel con localización urbanizada al que se tiene acceso por vialidades terrestres y que se encuentra ubicado en la dirección del Bulevar Manuel Ávila Camacho sin número en la colonia "Las Margaritas" del municipio de Tlalnepantla de Baz del Estado de México.

- **DISEÑO**

- **TIPO DE ESTUDIO:**

- Descriptivo y Observacional ya que el investigador presenciara y documentara y expresara estadisticamente los fenomenos sin modificar intencionadamente las variables.

- Retrospectivo y retrolectivo ya que la captacion de los datos se realiza de informacion previamente recolectada para otros fines.

- Transversal ya que de acuerdo al fenomeno del tiempo no se dara seguimiento y los resultados se captan solo una vez.

- **UNIVERSO DE TRABAJO:**

- Pacientes derechohabientes que pertenezcan al Hospital General de Zona No. 58. Que acudan en el periodo comprendido entre el 1º de mayo y el 31 de julio del año 2017

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- 100% de los pacientes mayores de 16 años que acudan al Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 58.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes menores de 16 años de edad.

- **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- Pacientes que no fueron valorados de forma inicial en el área de Triage y pacientes no derechohabientes.



❖ **PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA**

- El estudio se realizara en el servicio de urgencias en el área de triage del Hospital General de Zona No. 58, del Instituto Mexicano del Seguro Social, a toda la población mayor de 16 años que acuda al servicio de urgencias en búsqueda de atención médica durante el periodo del 1º de mayo al 31 de julio del año 2017 en los turnos matutino, vespertino y nocturno

❖ **SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

- La captación de la Información se obtendrá a partir de la hoja frontal del expediente, inicialmente se recolectara la información en una hoja de datos y posteriormente se vaciara todo lo obtenido en una Base de datos.

❖ **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRÁ**

- Los resultados se analizarán mediante estadística descriptiva en base a proporciones y medidas de tendencia central; tablas de contingencia y de acuerdo a resultados pruebas de correlación.

## ❖ **ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES**

- Variables dependientes:
  - Apego a los indicadores de tiempo de clasificación en triage y atención de acuerdo a color por índice d gravedad asignado.
  
- Variable independiente:
  - ✓ Hora de llegada al área de urgencias
  - ✓ Hora de inicio de Triage
  - ✓ Hora de termino de triage
  - ✓ Hora de atención/valoración médica
  - ✓ Hora de registro
  - ✓ Color asignado
  - ✓ Destino
  - ✓ Edad
  - ✓ Genero
  - ✓ Motivo de consulta
  - ✓ Turno

❖ **CUADRO DE VARIABLES**

Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Definición Operacional	Definición Conceptual	Consistencia y Validez
Hora de llegada al área de triage	Cuantitativa continua	Expresada en horario de acuerdo al sistema ISO	Hora en la que el paciente arriba al hospital	Hora en la que se recibe al paciente en el área de urgencias	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Hora de inicio del triage	Cuantitativa Continua	Expresada en horario de acuerdo al sistema ISO	Hora en la que ingresa el paciente al área asignada de triage	Hora en la que el médico o enfermera asignado al área de triage recibe y evalúa al paciente	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Hora de término del triage	Cuantitativa Continua	Expresada en horario de acuerdo al sistema ISO	Hora en la que el paciente egresa al área asignada de triage	Hora en la que el médico o enfermera asignado al área de triage clasifica al paciente	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Hora de registro	Cuantitativa Continua	Expresada en horario de acuerdo al sistema ISO	Hora en la que la asistente médica lleva acabo el registro y comprueba la vigencia del paciente en el censo del triage	Hora que la asistente médica anota en la hoja de triage de acuerdo al momento del registro del paciente	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Hora de atención y valoración médica	Cuantitativa continua	Expresada en horario de acuerdo al sistema ISO	Hora que el médico de primer contacto consigna en la nota médica de triage de inicio de la atención	Hora registrada en la nota médica inicial del paciente	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Color asignado	Cualitativa Nominal	Azul Verde Amarillo Naranja Rojo	Color correspondiente a la Escala de clasificación de acuerdo a la	Escala de cinco colores otorgado al paciente de acuerdo a la	Va a hacerse dentro del mismo estudio.

			gravedad del paciente para recibir la atención médica	necesidad del paciente	
Destino	Cualitativa Nominal	Unidad de medicina familiar Unifila Primer contacto Área de choque	Área física médica donde el paciente recibe la atención médica requerida	Espacio físico y/o servicio médico donde el paciente recibe atención a su problemática	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Edad	Cuantitativa Discreta	Expresado en años	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la valoración en triage	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la valoración en triage	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Genero	Cualitativa Nominal	Expresado como hombre o mujer	Fenotipo correspondiente al paciente	Fenotipo correspondiente al paciente	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Turno	Cualitativa Nominal	Matutino Vespertino Nocturno	Horario laboral en la que el paciente acude a solicitar atención	Horario laboral en la que el paciente acude a solicitar atención	Va a hacerse dentro del mismo estudio.
Motivo de Consulta	Cualitativa Nominal	Síntomas presentados	Síntoma o síntomas detonantes del disconfort del paciente	Conjunto de signos y síntomas que provocan malestar en el paciente que acude al servicio de urgencias	Va a hacerse dentro del mismo estudio.

## ❖ **RECURSOS HUMANOS Y FACTIBILIDAD**

- Los recursos humanos, institucionales y económicos a emplear en la elaboración de esta tesis como los sistemas computarizados, espacio físico, papelería y archivos, se encuentran disponibles sin utilización de recursos económicos adicionales o excesivos. Como se trata de un estudio descriptivo se ajusta a las normas institucionales sin interferir en los tratamientos o vigilancias médicas. Por lo que se considera el estudio factible desde el punto de vista personal, institucional y económico.

## ❖ **RECURSOS MATERIALES**

- Físicos: Expediente.
- Económicos: Copias, Computadora, Internet, Impresiones digitales

❖ **CRONOGRAMA**

<b>ACTIVIDAD</b>	Agosto 2016	Sept 2016	Mayo 2017	Agosto 2017	Sept 2017	Octubre 2017	Nov 2017
<b>Redacción del Protocolo</b>							
<b>Presentación al comité de investigación</b>							
<b>Recolección de los datos</b>							
<b>Captura de los datos</b>							
<b>Interpretación de los datos</b>							
<b>Análisis estadístico de datos</b>							
<b>Redacción de Tesis</b>							
<b>Presentación de Tesis</b>							
<b>Publicación de tesis</b>							

Planeado y realizado pyr

## ❖ **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO**

- Redacción del Protocolo: Realización del mismo.
- Presentación al Comité y aprobación: Se realiza el Protocolo y se presenta al comité.
- Concordancia: De acuerdo a las correcciones y notas que sugiera el revisor se retomaran para hacer una nueva revisión y posteriormente una segunda presentación del Protocolo.
- Captura de Datos: Por medio de la hoja de datos se captara la información obtenida de la hoja frontal del expediente, posteriormente se vaciara lo obtenido en una Base de datos.
- Análisis estadístico de los datos: Se realizara por medio de cuadros, realizando la distribución de la información, de acuerdo a frecuencias. También se realizaran gráficas.
- Redacción de Tesis: Ya obtenidos los datos y realizado el análisis estadístico se redactaran los resultados, la discusión y conclusiones del estudio. Describiremos el comportamiento de nuestra población en estudio y analizaremos las medidas de tendencia de las características que obtuvimos, comparando nuestra información con los datos de otros estudios realizados en nuestro país y a nivel mundial.
- Presentación de Tesis: Cumpliendo con nuestro objetivo principal de su realización, daremos a conocer los resultados por medio de la presentación ante las autoridades y el personal Médico del HGZ No. 58

## ❖ **CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO**

Únicamente se evaluará estudios de archivo por lo que no es necesario carta de consentimiento informado. Dicha información obtenida será confidencial, no utilizándose para otros fines. De acuerdo a la Ley General de Salud el riesgo del estudio es mínimo. El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos y requerimientos para llevarlo a la práctica, utilizando materiales proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por el investigador.

Se apega a la ley general de salud de la República Mexicana y a las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social respetando los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial establecidos en 1975 y enmendados en Edimburgo en el año 2000 ya que se considera lo mejor para el paciente durante la realización de la atención médica, protegiendo la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los pacientes que participan en investigación. No requiere de autorización por escrito de familiares o pacientes ya que esto no influyen el manejo y la evolución de los pacientes.



❖ **CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

- Nuestra investigación se registrará por las normas de la Ley General de Salud en base a los Artículos 96, 100, 101 y 102 en lo correspondiente a Investigación para la salud y a las Normas del IMSS en materia de Investigación.

❖ **RIESGO**

La investigación no representa riesgo de ninguna índole al investigador ni a los sujetos de estudio y de acuerdo a los principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos vigentes en el acuerdo de la *DECLARACION DE HELSINKI*.

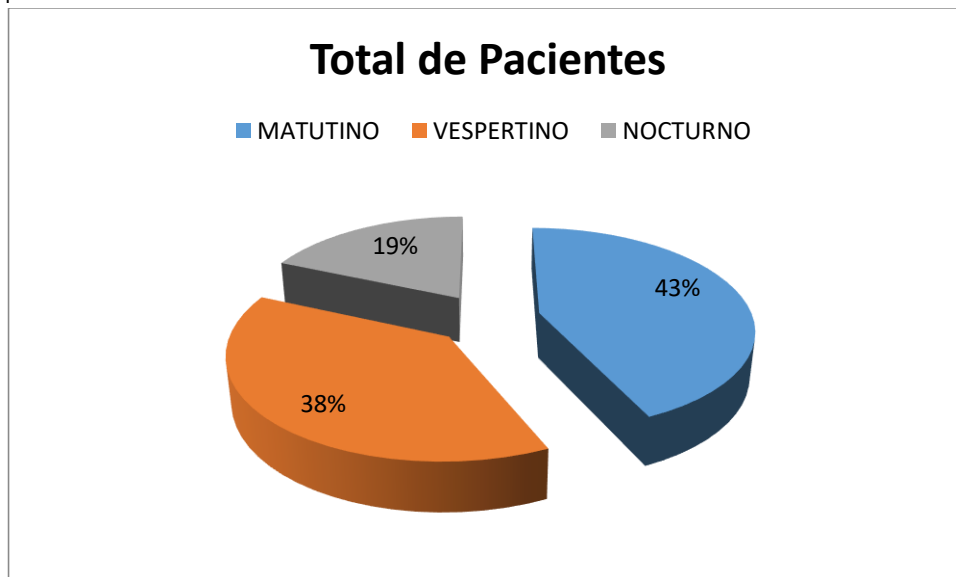
## RESULTADOS

De acuerdo a los hallazgos encontrados en el presente estudio se reporta que en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al 31 de julio del presente año se recibió una afluencia de 7123 pacientes en total en los turnos matutino, vespertino y nocturno como se muestra a continuación:

Tabla 1

TOTAL DE PACIENTES	
MATUTINO	3079
VESPERTINO	2726
NOCTURNO	1318
TOTAL	7123

Grafica 1



Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

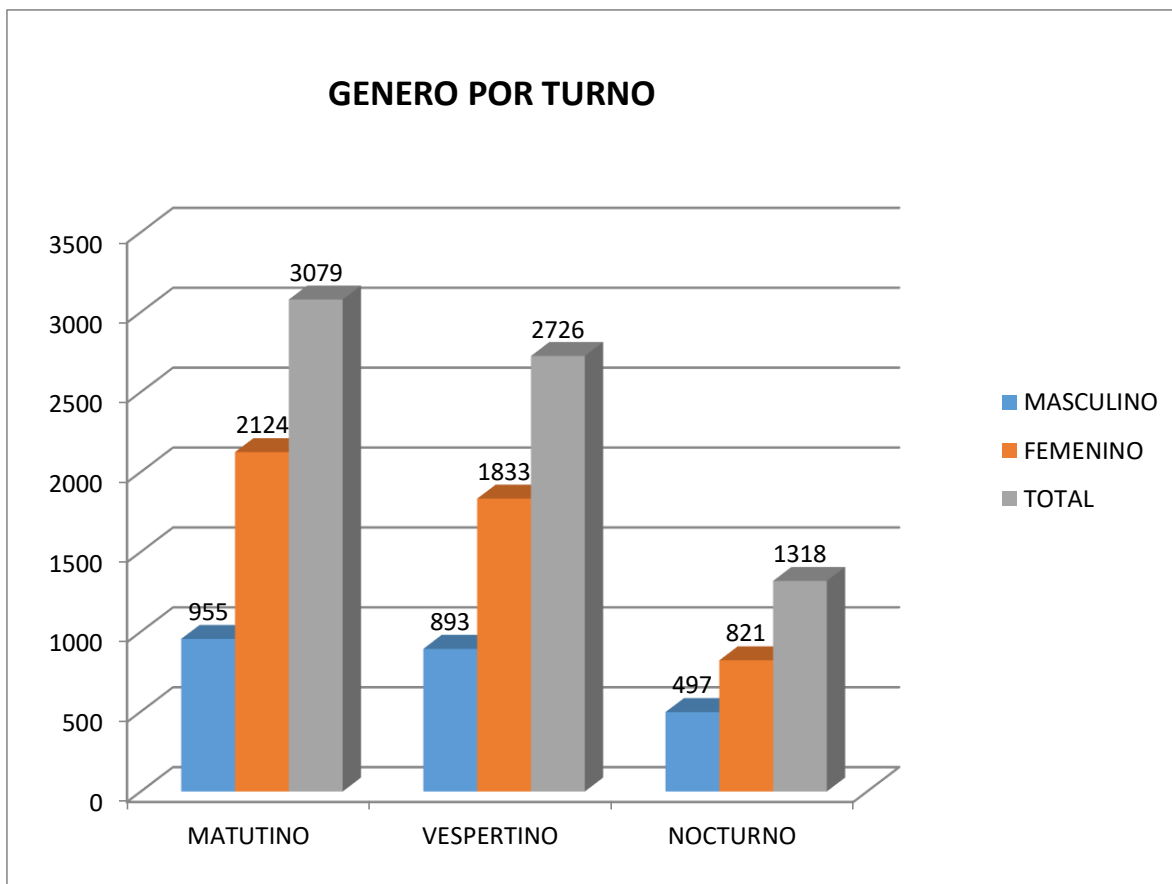
De esta afluencia se encontró además que por género corresponde con una inclinación al género femenino con un 67% y un 33 % para el género masculino como se muestra en la tabla 2

Tabla 2

GENERO	PORCENTAJE	CANTIDAD
MASCULINO	33	2345
FEMENINO	67	4778
TOTAL	100	7123

Lo que corresponde por turno a la siguiente distribución:

Grafica 2



Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

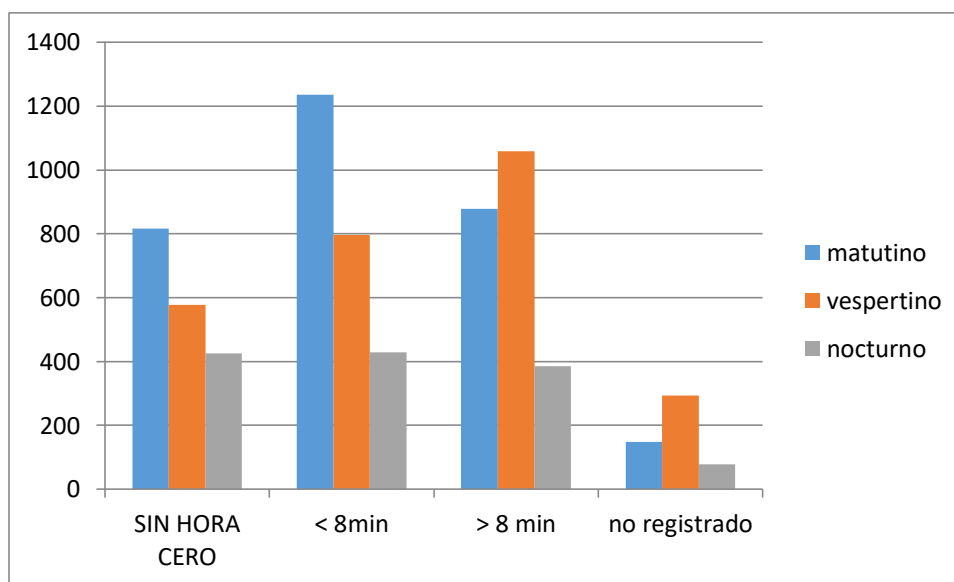
El inicio del triage dentro del rango establecido con respecto a la hora de llegada al hospital fue 58% para el turno matutino, 42% para el turno vespertino y en el turno nocturno fue de 52%. Tabla 3

Tabla 3

Inicio triage					TOTAL
TURNO	SIN HORA CERO	< 8min	> 8 min	no registrado	
matutino	817	1235	878	149	3079
vespertino	578	796	1059	293	2726
nocturno	425	429	386	78	1318

Grafica 3

### INICIO DEL TRIAGE



Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

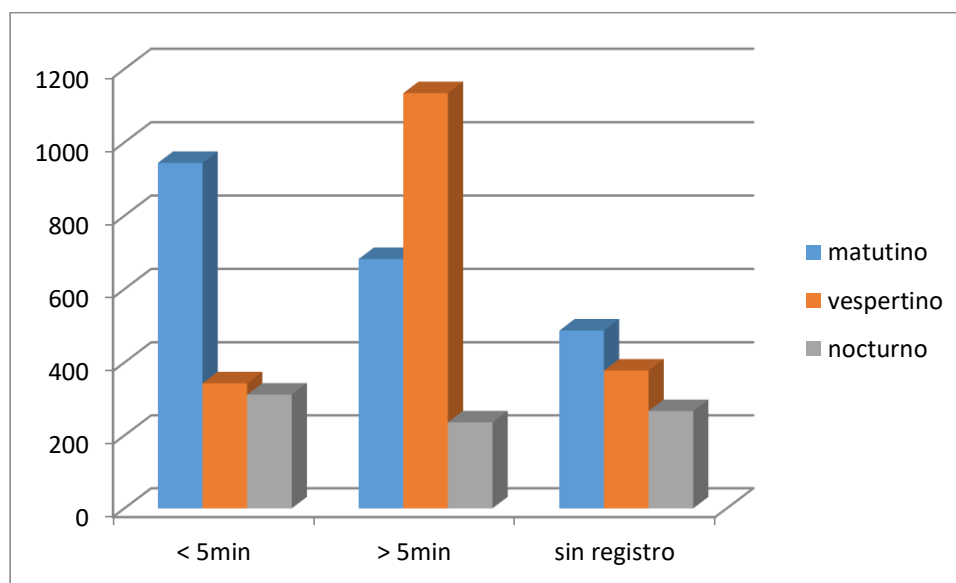
Se muestra el registro del término del triage con respecto a la hora de inicio del mismo, sin embargo existió una omisión del registro importante. Para el turno matutino 58 %, el turno vespertino 23% y para el turno nocturno 56%. Tabla 4

TABLA 4

Termino triage				
Turno	< 5min	> 5min	sin registro	total
Matutino	944	682	487	2113
vespertino	343	1134	378	1855
Nocturno	312	236	267	815

Grafica4

### TÉRMINO DEL TRIAGE



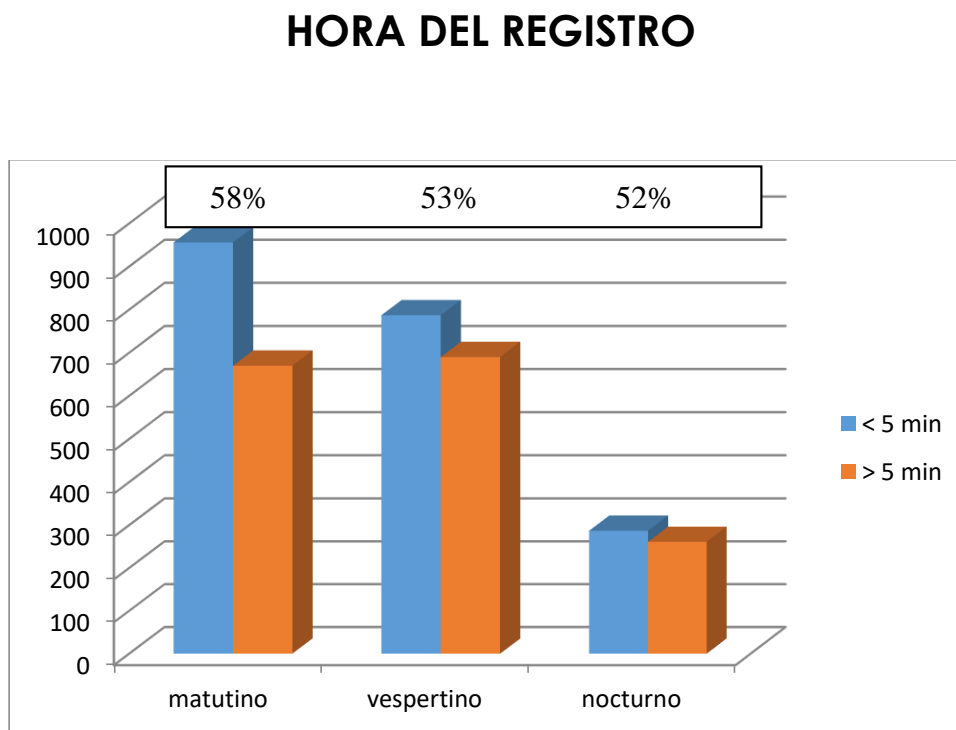
Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

En los grupos de expedientes de pacientes analizados se encuentra que el turno matutino realizó la hora de registro antes de los 5 minutos después de la realización del triage en un porcentaje del 58%, el vespertino 53% y el turno nocturno 52%.

TABLA 4

<b>HORA DE REGISTRO</b>			
TURNO	< 5 min	> 5 min	TOTAL
matutino	956	670	1626
vespertino	787	690	1477
nocturno	287	261	548

Grafica 4

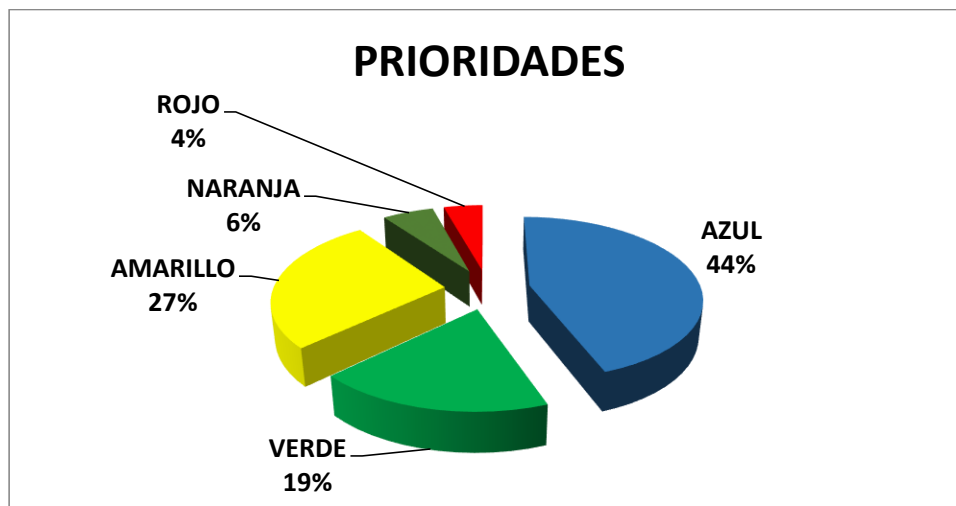


Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

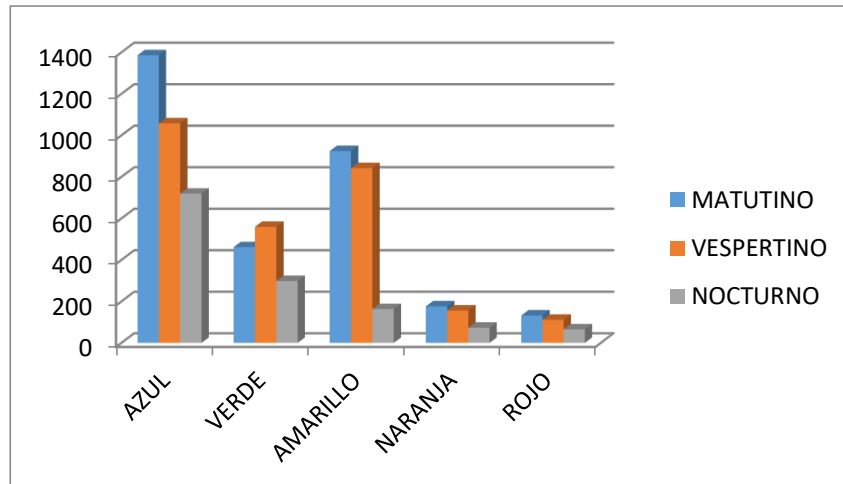
En cuanto al color asignado por prioridad se encontró que la prioridad AZUL fue la más frecuente en los tres turnos. Tabla 5

Tabla 5 <b>COLOR ASIGNADO</b>			
	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO
AZUL	1386	1058	719
VERDE	461	559	298
AMARILLO	924	842	163
NARANJA	176	156	73
ROJO	132	111	65
TOTAL	3079	2726	1318

Grafica 5



Grafica 5.1



Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

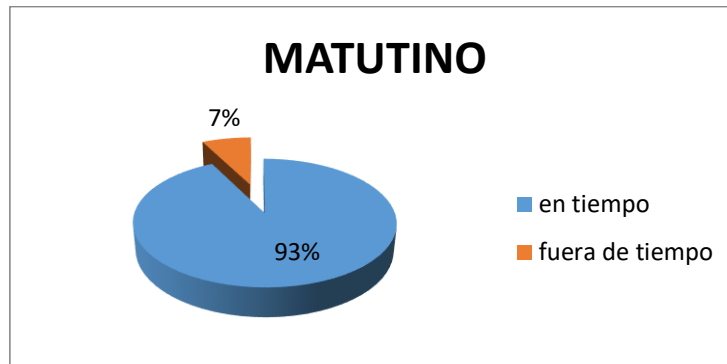
Se documentó también que en cuanto a la prioridad el rango de tiempo asignado se cumplió con base en los indicadores de la siguiente forma.

Tabla 6

	SI	NO	<b>MATUTINO</b>
AZUL	1312	74	1386
VERDE	443	18	461
AMARILLO	793	131	924
NARANJA	171	5	176
ROJO	130	2	132
<b>TOTAL</b>	<b>2849</b>	<b>230</b>	<b>3079</b>

Grafica 6





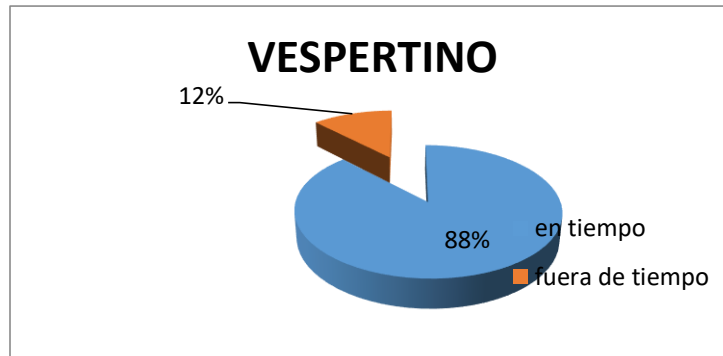
Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Tabla 6.1

	SI	NO	<b>VESPERTINO</b>
AZUL	961	97	1058
VERDE	543	16	559
AMARILLO	634	208	842
NARANJA	150	6	156
ROJO	107	4	111
<b>TOTAL</b>	<b>2395</b>	<b>331</b>	<b>2726</b>

Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Grafica 6.1



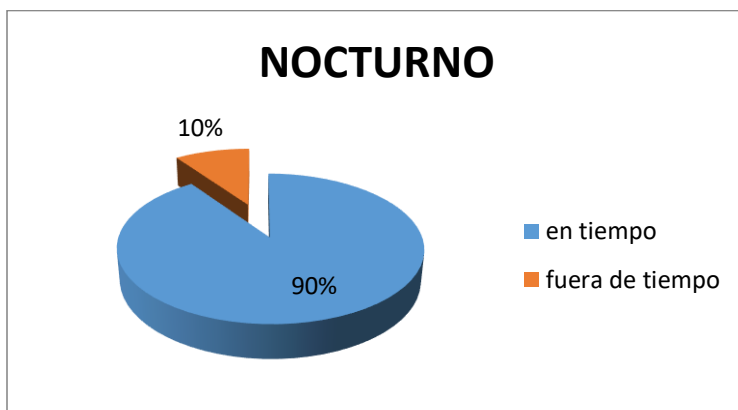
Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Tabla 6.2

	SI	NO	<b>NOCTURNO</b>
AZUL	662	57	719
VERDE	142	21	163
AMARILLO	255	43	298
NARANJA	69	4	73
ROJO	62	3	65
<b>TOTAL</b>	<b>1190</b>	<b>128</b>	<b>1318</b>

Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Grafica 6.2



Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Tabla 7 CAUSAS DE ATENCION MEDICA POR TURNO

CAUSA	TURNO	matutino	vespertino	nocturno	total
dolor abdominal		725	345	77	1147
dolor torácico		448	454	277	1179
Fiebre		386	458	278	1122
déficit neurológico		279	160	84	523
Disnea		188	174	126	488
Ictericia		24	35	9	68
Diarrea		172	143	76	391
Tos		104	128	136	368
vómito		80	15	9	104
mareo		21	32	12	65
cefalea		312	356	149	817
cuerpo extraño en ojo		39	51	2	92
lumbalgia		21	31	1	53
hemorragia transvaginal		12	16	1	29
hematemesis y melena		48	77	4	129
debilidad		21	8	0	29
alteraciones para la micción		95	98	24	217
otros		104	145	53	302
TOTAL		3079	2726	1318	7123

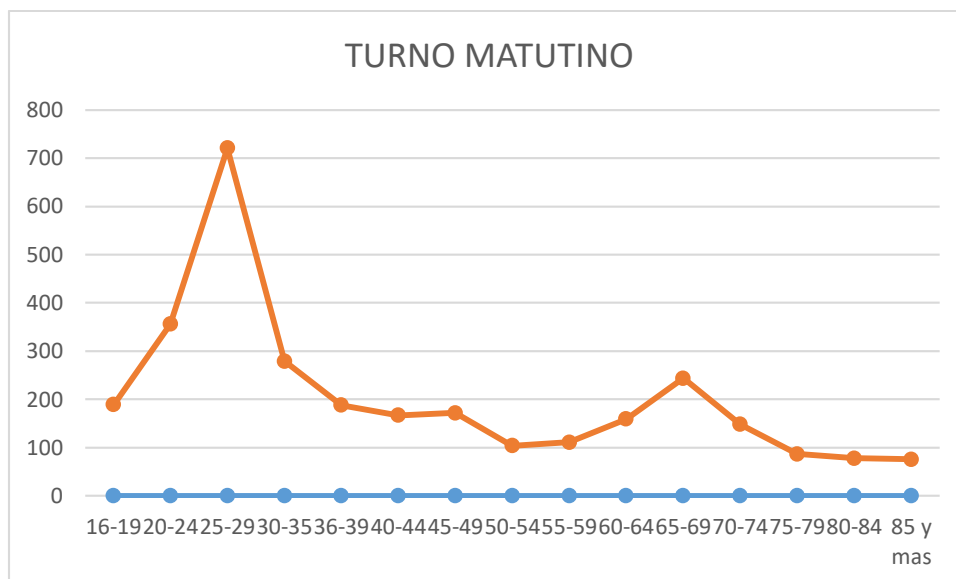
Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Tabla 8 DISTRIBUCION DE GRUPO ETARIO POR TURNO

edad	turno	matutino	vespertino	nocturno	Total
16-19		189	136	54	379
20-24		356	124	77	557
25-29		721	111	87	919
30-35		279	245	71	595
36-39		188	174	64	426
40-44		167	357	99	623
45-49		172	243	76	491
50-54		104	228	137	469
55-59		111	115	146	372
60-64		159	132	123	414
65-69		244	326	159	729
70-74		148	259	79	486
75-79		87	132	67	286
80-84		78	77	56	211
85 y mas		76	67	23	166
total		3079	2726	1318	7123

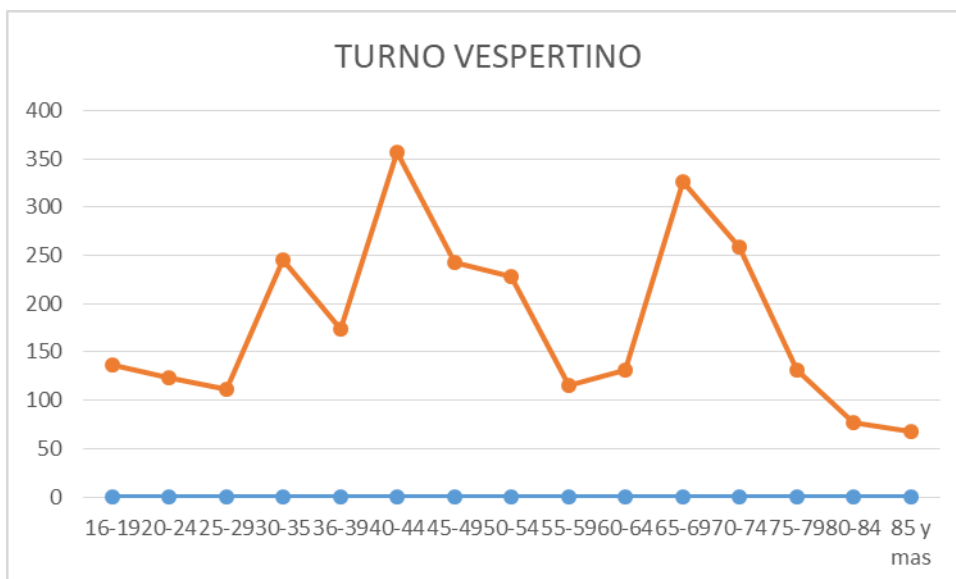
Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Grafica 8.1



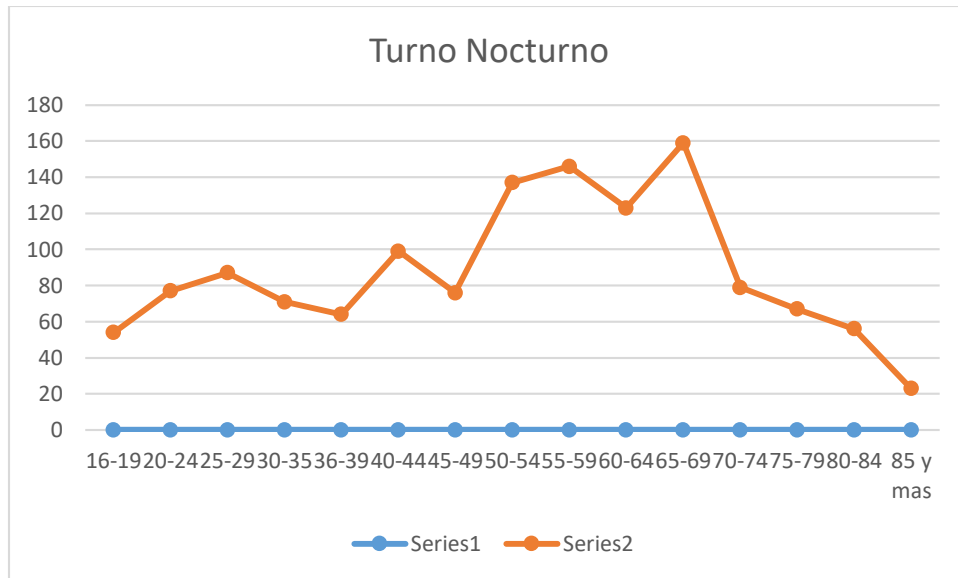
Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Grafica 8.2



Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

Grafica 8.3



Fuente: datos obtenidos en encuesta de estudio "Comparación del apego al procedimiento de Triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital General de Zona no. 58 IMSS en el periodo comprendido entre el 1° de mayo al el 31 de julio de 2017"

## Discusión

Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir el apego al procedimiento de triage en el servicio de urgencias adultos en los turnos matutino, vespertino y nocturno del hospital general de zona no. 58 IMSS con un número de 7123 pacientes atendidos. sobre todo se pretendió examinar cual fue el mayor apego estimado por el porcentaje de indicadores de tiempo alcanzados de acuerdo a la clasificación asignada. Así mismo se hace mención de la cantidad porcentual de las características de los pacientes con base en su género, edad y motivo de consulta.

A continuación se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en este estudio se deduce que la afluencia de pacientes es mayor en el turno matutino como se expresó gráfica y porcentualmente en el capítulo de resultados con un porcentaje del 43% de la población total, circunstancia que podría estar asociada con la disponibilidad para el desplazamiento hasta la unidad médica en cuestión y además se infiere mayor disposición de recursos, dicha situación se encuentra en correlación con la literatura donde se menciona a título de entrevista con los usuarios que "hay más eficiencia y rapidez en la mañana" (25). De la población que acude a un servicio de urgencias pertenece al género femenino reflejándose con un porcentaje del 62 al 68% similar en los tres turnos.

Se identificó con respecto a la hora cero, hora definida como la hora de llegada del paciente al hospital que en un 25% no fue registrada por diversas razones mismas que no se identificaron en su totalidad pero de forma presencial en el servicio de urgencias por circunstancias de logística el personal seguridad no se encontraba, el reloj checador disfuncionó en algunos casos y el guardia omitió el llenado de forma manual entre algunas de los motivos encontrados. Para el restante 75% se encontró que el 35% se realizó en tiempo indicador, del 65% restante un 19% no se consignó inicio de triage. El turno matutino obtuvo el mayor porcentaje de inicio de triage con respecto al resto de turnos. Se registró del mismo modo que el turno matutino alcanzó el 44% del indicador en la realización de termino de triage en un tiempo inferior a los 5 minutos a diferencia del turno vespertino y nocturno con un porcentaje de 18% y 38% respectivamente. En lo que respecta a la hora de registro se debe comentar que los porcentajes son muy similares con un 58%, 53% y 52% sin embargo cabe aclarar que en algunos casos la nota inicial de acuerdo a la severidad del caso se requirió posterior o simultáneamente a la atención del paciente. las prioridades es decir, la asignación de severidad por el esquema de colores ya mencionado fue similar en los tres



turnos, más del 59% para los turnos matutino y vespertino a diferencia del turno nocturno donde alcanzó el porcentaje de 77 % para las urgencias sentidas (azul y verde) circunstancia que es concordante con la literatura.(4, 15 y 16). De este porcentaje se desprende el apego al procedimiento de triage con base en el tiempo de atención mismo que para el turno matutino fue del 92.5%, 87% para el turno vespertino y finalmente para el turno nocturno fue de 90%, cabe señalar que se presentaron casos en los que el código de color cambió con respecto a las condiciones del paciente. La causa de atención fue diversa sin embargo difieren nuestros hallazgos en el turno matutino de lo obtenido en la literatura donde se registra que el motivo de atención más frecuente dentro de las causas no traumáticas es el dolor torácico(26), en nuestro estudio fue registrado el más frecuente el dolor abdominal a diferencia de los turnos vespertino y nocturno donde si coincide, cabe mencionar que por la naturaleza de la patología esto podría ser esperado. De manera global coincide con nuestro estudio.

## Conclusión

Tras describir y analizar los diferentes resultados obtenidos con el presente estudio se procede ahora a realizar la conclusión que sirva para consolidar lo obtenido al tiempo que suponga una futura línea para nuevas investigaciones.

La iniciativa de la implementación de triage en el área de urgencias es prioridad para la mejora de la atención del paciente, en nuestro estudio se demuestra con base en nuestro planteamiento que el apego con base en los indicadores de calidad referidos al tiempo empleado en cada uno de los turnos fue mayor en el turno matutino, las características de la población son muy similares, el turno vespertino fue el que con base en los indicadores sigue en mayor apego sobresaliendo que en el turno matutino hubo una valoración médica de acuerdo a la severidad asignada en triage a cada caso en un 92% de forma concordante, para el turno vespertino en un 88% y para el turno nocturno fue del 90%, la población por causa difiere sustancialmente entre el turno matutino y el vespertino y nocturno estos últimos dos comparten más características con respecto a la variable mencionada de causa de atención, así mismo se observa que por grupos de edad los turnos vespertino y nocturno fueron similares en los grupos etarios con los picos más altos para los grupos de 65 a 69 y 40 a 44 años de edad, siendo que para el turno matutino predominó el grupo de 25 a 29 años de edad, lo que podría explicarse por los horarios laborales y por la naturaleza de sus sintomatologías. Aquí habrá de mencionarse que durante la realización de este estudio se encontraron características distintas inherentes a cada turno que no corresponde mencionar en esta investigación por lo que se considera conveniente elaborar futuros análisis por turno para identificar sus fortalezas y debilidades y a estas últimas encontrar el reforzamiento.

Por otro lado se debe comentar que el turno matutino tiene acceso al servicio de unifila de las unidades de medicina familiar y solo una unidad de medicina familiar con servicio de atención médica continua.

Retomando la Hipótesis que se mencionó en la realización del protocolo de estudio de este tema, que a la letra dice "El apego al procedimiento de triage en el área de urgencias por parte de los médicos y/o enfermeras del turno matutino es mayor que en los turnos vespertino y nocturno hospital general de zona 58 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo del 1º de mayo al 31 de julio del año de 2017", con base en lo encontrado en este estudio se comprueba la hipótesis debido a que el porcentaje obtenido de acuerdo al análisis estadístico previamente descrito proporcionalmente hubo mayor número de casos donde el periodo de realización de cada área se llevó a cabo en tiempo de acuerdo a los indicadores institucionales obtenidos.

## **IMPACTO**

El INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL actualmente mantiene vigente los programas prioritarios para la mejora de la atención del paciente de entre los cuales destaca la iniciativa de TRIAGE.

De los objetivos principales que se mencionan para lograr esta iniciativa destaca que al reducir los tiempos de atención se obtendrá eficiencia en la atención médica, adecuada ubicación del paciente con base en la clasificación de la severidad de su sintomatología para iniciar oportunamente la atención requerida y emplear adecuadamente el recurso de cada unidad es decir, disminuir costos, por lo que es importante que estudios similares sean llevados a cabo periódicamente en cada unidad para conocer e investigar las fortalezas y debilidades de cada turno para disminuir los factores que ralenticen el proceso de atención en los servicios de urgencias. Cabe mencionar que la población total recibida en el periodo de realización de este estudio fue de 8833 de los cuales fueron, de acuerdo a los criterios de eliminación, fueron descartados 1710 casos debido a que no fueron requisitados más de un horario índice, situación que diluye los porcentajes alcanzados. Por lo anterior consideramos que este estudio da pie a la realización de estudios similares en lo sucesivo para identificar y describir problemáticas y proponer soluciones de forma individualizada.

## ❖ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Illescas-Fernández GJ. Triage: atención y selección de pacientes. TRAUMA 2016 mayo-agosto; Vol. 9. Num. 2 pp 48-56
2. Consejo de Salubridad General. Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel. Guía de referencia rápida 2013 p.2
3. M. Sánchez, A. J. Smally. Comportamiento de un servicio de urgencias según el día de la semana y el número de visitas. Emergencias 2007;19:319-322
4. Reyes-Flores A. Triage en la sala de urgencias. Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas. 2010.
5. Moreno. J. R et al. Aplicación de los criterios de ingreso a la Unidad de Reanimación en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital General «La Raza». Archivos de Medicina de Urgencia de México. Vol. 4, Núm. 2 - Mayo-Agosto 2012 pp 51-58. <http://www.medigraphic.com/archivosdemedicinadeurgencia>
6. Aacharya et al. BMC Emergency Medicine 2011, 11:16 <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/16>
7. Soler W Et al. "Triage: a key tool in emergency care". *Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33 (Supl. 1): 55-68
8. O. Miró et al.- indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial *med clin (barc)* 2001; 116: 92-97
9. Josep Gómez- Jiménez J et al, "Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias". Washington, pag 33 D. C.: OPS, © 2011. 60 págs
10. Primer encuentro de Responsables Institucionales y Estatales de Calidad – 2015 Dirección General Adjunta de Calidad en Salud Departamento de Monitoreo, Mejora y estandarización de los Servicios de Salud
11. Despliegue Nacional IMSS 2016 "Mejorar los Servicios de Urgencias"
12. Dirección de Prestaciones Médicas – Coordinación de Atención Integral en Segundo nivel; Unidad de Planeación Estratégica Institucional, Programa Institucional IMSS 2013-2018
13. Primer encuentro de Responsables Institucionales y Estatales de Calidad – 2015 Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Departamento de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los Servicios de Salud
14. ARIMAC Estadística Interna del Hospital General de Zona 58
15. Villatoro Martínez A. "DEFINICIONES BÁSICAS EN MEDICINA DE URGENCIA". <http://www.reeme.arizona.edu/materials/medicina/urgencia.pdf>
16. Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, Diario Oficial de la Federación, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
17. Loría-Castellanos J et al, Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital *Cir Cir* 2010;78:508-514
18. Zaragoza, M, Evolución de la Frecuentación en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2009;21:339-345]
19. Greta Miranda Cerda. ¿Qué es una urgencia? Archivos de Medicina de Urgencia de México. Vol. 4, Núm. 2 - Mayo-Agosto 2012 pp 81-84

20. Naser B Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation in a tertiary care center in Saudi Arabia. Elkum et al. BMC Emergency Medicine 2011, 11:3 <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/3>
21. Michele Twomey, Limitations in validating emergency department triage scales. *Emerg. Med. J.* 2007;24:477-479. <http://emj.bmj.com/cgi/content/full/24/7/477>
22. López Resendiz J, Montiel Estrada MD, Licona Quezada R. Triage en el servicio de urgencias. *Medicina interna de Mexico*. Julio-Agosto 2006; 22 (4).32
23. F Subash, F Dunn. Team triage improves emergency department efficiency. *Emerg Med J* 2004;21:542-544. doi: 10.1136/emj.2002.003665
24. Gómez Jiménez Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *emergencias* 2006;18:156-164
25. Pasarín M, Fernandez de Samamed M. razones por que acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. *La poblacion opina*. *Gac Sanit* 2016; 20(2): 91-100
26. Fraga Macias J, Aguilera Campos A. Motivos de llamada a los servicios médicos de emergencia en México: Definiendo prioridades. *Archivos de Medicina de Urgencia de Mexico* 2010;2 (2): 60-67

**ANEXOS**

**HOJA DE REGISTRO**

<b>Expediente</b>	<b>Llegada (hora)</b>	<b>Inicio triage (hora)</b>	<b>Termino triage (hora)</b>	<b>Hora de la atención</b>	<b>Color asignado</b>	<b>Registro (hora)</b>	<b>destino</b>	<b>Genero (H/M)</b>	<b>edad</b>	<b>tur no</b>	<b>Motivo de consulta</b>