



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TÍTULO**

**CONCORDANCIA DIAGNOSTICA ENTRE LA CLASIFICACIÓN OTORGADA AL  
PACIENTE EN EL ÁREA DEL TRIAGE Y LA ATENCIÓN DEL PRIMER CONTACTO  
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ No 1, COLIMA, COL.**

**TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIZACIÓN DE  
URGENCIAS MÉDICAS QUIRURGICAS**

**PRESENTA**

**ALMA ROSA QUINTERO GARCÍA**

**Asesores: Dra. C Alicia Martinez Contreras**

**Investigador Asociado B, HGZ No 1**

**M en C: Cristina Angélica Bayardo Quesada**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**HGZ No 1 COLIMA, COL. SEPTIEMBRE 2010**



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.

## RESUMEN

*Se considera importante la realización de este estudio por el alto impacto de la concordancia otorgada en el triage con el primer contacto y el impacto actual o futuro sobre una mejor atención en el servicio de urgencias a fin de identificar la verdadera urgencia y darle prioridad de atención médica a quien pelagra su vida.*

*Al conocerlas nos permitirá proponer alternativas y estrategias para realizar una buena clasificación otorgada en el triage con el primer contacto y disminuir el tiempo de espera para su atención de la urgencia real.*

*OBJETIVO GENERAL: Determinar la concordancia diagnóstica entre la clasificación otorgada al paciente en el área del triage y el primer contacto.*

*MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio transversal, descriptivo, Se tomaron de la base de datos de los pacientes que acudieron al servicio urgencias del Hospital General de Zona No.1 de Colima, reclutados del 1 de abril al 30 de septiembre del 2009. Criterios de inclusión: paciente con clasificación otorgada en el TRIAGE, paciente con clasificación en primer contacto. Criterios de exclusión: todo los paciente que no se han clasificados en le TRIAGE. Criterios de eliminación: pacientes sin registro adecuados, para su análisis.*

*RESULTADOS: los análisis de interpretación con un total de notas Medicas clasificadas son 9.121(86.47%), del Turno Matutino. Con un total de urgencias Reales 1,273 (13.94%), y urgencias Sentidas 7,848 (86.14%). Encontramos una congruencia entre trige y primer contacto Con los códigos rojos y naranjas (50%), y los siguientes códigos Amarrillo, verde, azul mayor del (80%). De acuerdo al código de colores internaciones clasificadas en triage fue el siguiente. Rojo 4 (0.0004%), Naranja 126 (0.0138%), Amarrillo 1,217 (13.34%), Verde 4.324 (47.40%), Azul 3,341 (36.62%). En el primer contacto fue el siguiente. Rojo 2 (0.0002%), Naranja 68 (0.0074), Amarrillo 1,294 (14.87%), Verde 4,145 (45.44%), Azul 3,708 (40.59%). De acuerdo al tiempo de espera menos de 15 minutos 2 (2.19%), 30 minutos 78 (11.63%), 60 minutos 1,294 (14.18%), 90 minutos 4,145 (45.44%), 120 minutos 3,703 (40.45%). con valor P estadísticamente no significativo.*

*CONCLUSIONES: Se encontró congruencia entre el triage y primer contacto el rojo naranja, mayor en amarrillo verde y azul.*

## ABSTRACT

It is considered important to carry out this study for the high impact of the agreement given in the triage to first contact and the current or future impact on better care in the emergency department to identify the real urgency and give priority attention who care to life threatening.

To know we will propose alternatives and strategies for a good rating given at triage with the first contact and reduce waiting times for real emergency care.

**GENERAL OBJECTIVE:** To determine the diagnostic concordance between the classification given to the patient in the triage area and the first contact.

**MATERIAL AND METHODS:** A cross-sectional study, were taken from the database of patients attending the emergency service of the Hospital General de Zona No. 1, Colima, recruited from April 1 to September 30, 2009. Inclusion criteria: patient classification given in the triage, patient classification in first contact. Exclusion criteria: all the patients that were not classified will triage. Elimination criteria: patients without adequate records for analysis.

**RESULTS:** The analysis of performance with a total of 9121 medical notes are classified (86.47%), the morning shift. With a total of real urgency 1.273 (13.94%), and emergency Heartfelt 7.848 (86.14%). We found a congruence between wheat and codes first contact with reds and oranges (50%), and the following code yellow, green, blue greater (80%). According to the color-coded triage hospitalization was classified as follows. Red 4 (0.0004%), Orange 126 (0.0138%), yellow 1.217 (13.34%), Green 4324 (47.40%), Blue 3.341 (36.62%). In the first contact was as follows. Red 2 (0.0002%), Orange 68 (0.0074), yellow 1.294 (14.87%), Green 4.145 (45.44%), Blue 3.708 (40.59%). According to a timeout less than 15 minutes 2 (2.19%), 30 min 78 (11.63%), 60 minutes 1.294 (14.18%), 90 minutes 4.145 (45.44%), 120 minutes 3.703 (40.45%). P value not statistically significant.

**Conclusions:** There was consistency between the triage and first contact orange red, the more in yellow green and blue.

# INDICE

<b>1.-TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>2.- NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES</b>	
2.1- investigador y asesores	
2.2 - GRADO DE ESTUDIOS	
2.3- LUGAR DE TRABAJO	
<b>3.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>4.- MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
4.1 - ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
4.2- ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO	18
<b>5.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>23</b>
<b>7.- OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
7.1- General	
7.2- Específicos	
<b>8.- MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>25</b>
8.1 - Diseño del estudio	
8.2- Definición del universo de estudio	
8.3 - Criterios de inclusión	
8.4 - Criterios de exclusión	
8.5 - Criterios de eliminación	
8.6 - Procedimiento de selección de la información, fuentes, métodos y procedimientos de recolección de los datos.	

<b>9.- PROCEDIMIENTO</b>	<b>30</b>
<b>10.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>31</b>
<b>11.- CALCULO TAMAÑO MUESTRAL</b>	<b>32</b>
<b>12.- CONSIDERACIONES ÉTICA</b>	<b>33</b>
<b>13.- RECURSOS</b>	<b>36</b>
13.1.- Humanos,	
13.2- físicos,	
13.3- financieros	
<b>14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>37</b>
<b>15.- RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>16.- DISCUCCION</b>	<b>62</b>
<b>17.-CONCLUSIONES</b>	<b>63</b>
<b>18.-BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>64</b>
<b>19.- ANEXO</b>	<b>65</b>

### **3.- INTRODUCCIÓN**

Es conocido que el hecho de que la concordancia otorgada en el área de TRIAGE tendrá una mejor atención en primer contacto en tiempo de espera para su atención, a si como congruencia de ambas.

El creciente fenómeno de masificación de los servicios de urgencias, conlleva en mucha ocasiones a un desequilibrio entre la demanda y los recursos existentes y esto condiciona que los pacientes que acuden a los hospitales no sean atendidos de forma oportuna. Este tiempo de espera que se genera como consecuencia, puede empeorar el pronóstico de algunos estados clínicos que, en otras condiciones, se habrían beneficiado de una atención más rápida.

Esta situación, junto con la reciente aplicación de conceptos y técnicas de calidad a la actividad asistencial, ha impulsado que en los últimos años se estén desarrollando sistemas de ordenamiento de los mismos de forma más justa, es decir, que los pacientes que más necesitan sean atendidos antes y que los que puedan esperar sin riesgo pueden ser atendidos más tarde.

Con base en lo anterior podemos definir triage como el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda recursos disponibles, los pacientes con mayor urgencia sean atendidos inmediatamente. Esta clasificación debe hacerse en un tiempo corto y de forma ágil y efectiva, para que no pierda su razón primaria de ser, atendido en primer contacto a si como la concordancia de ambas.

## **4.- ANTECEDENTES**

### **DEFINICIÓN**

TRIAGE SE DERIVA DEL FRANCÉS TRIER QUE SINGNIFICA *escoger seleccionar o elegir o clasificar.* (1,2)

*Según Cook y Sinclar el triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades. En el manual de Advanced.* (1,2)

*Trauma Life Support (ATLS), el triage se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esta definición contempla el triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.).* (2)

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Las guerras napoleónicas, básicamente la de Speyer en 1867, sientan las bases de los sistemas de selección y calificación de pacientes. El barón Dominique Jean Larrey, jefe médico de las tropas, recibe del Emperador Napoleón Bonaparte una orden siempre, pero controvertida los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla solo deben llevarse al hospital aquello que puedan restablecerse, para lograr este propósito entrena al personal militar sanitario en la identificación de lesiones favoreciendo el traslado de los soldados con potencial de recuperación al puesto medico para recibir los cuidados por



parte de los médicos militares. (1) Su uso se inició en el campo de batalla; fue el proceso mediante el cual los soldados con heridas mortales eran dejados a un lado para morir mientras aquellos con lesiones menores serias recibían tratamiento. Desde la perspectiva militar la prioridad era dada a los soldados con heridas o lesiones tratables quienes deberían regresar rápidamente al campo de batalla. (1,2, 3,)

## **EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COLORES**

Todos los sistemas de clasificación que ha sido desarrollado tienen como fundamento categorizar a los pacientes para decidir su prioridad de atención médica pre hospitalario, transportación médica definitiva. Con finalidad de hacer mas objetivo los sistemas, internacionales se ha adoptado un código de colores que independiente mente el sistema que utilicemos, dividir a los paciente en cuatro categorías. (2, 3,4)

ROJO UNO paciente critico, potencialmente recuperable, que requiere atención médica inmediata.

AMARILLO DOS paciente grave que requiere atención medica mediata.

VERDE TRES paciente con lesiones leves, que puede postergarse su atención medica sin poner en riesgo su integridad física

NEGRO CERO paciente con lesiones mortales por necesidad o fallecidos en el lugar

## **HISTORIA**

*A partir de los años 1970s se le dio una nueva dimensión al concepto de triage civil; el objetivo de éste era la identificación rápida y adecuada de aquellas víctimas de trauma con lesiones graves para asegurarle la atención en un centro de trauma. Así mismo, que aquellos pacientes con lesiones menores no fueran trasladados, para evitar el uso inadecuado del servicio de urgencias. (1)*

*Recientemente, los sistemas de triage en urgencias se han implementado debido al congestionamiento el cual ocurre por muchas causas, entre ellas, la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del paciente de resolver rápidamente todos sus problemas de salud por la disponibilidad inmediata de las ayudas diagnósticas e implemento médicos; el espacio inadecuado; personal médico o personal de apoyo insuficiente; ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores que hacen un uso inapropiado de la sala de urgencias. De acuerdo con las estadísticas norteamericanas, se ha estimado que 15% a 50% de los pacientes que acuden a Urgencias presentan problemas menores.*

*La palabra triage proviene del término francés trier que significa "seleccionar o escoger", "elegir o clasificar" y a la hora de utilizarse en un servicio de urgencias se refiere al proceso de recepción y acogida por parte del personal sanitario para su posterior clasificación en niveles de gravedad que determinarán la prioridad en la atención, así como adaptar las necesidades del paciente al medio hospitalario derivándolo a donde mejor convenga, atendiendo a diversas variables como: disponibilidad de recursos, medio físico, demanda de atención en el Servicio, etc. (1,2)*

Originalmente la palabra triage en la terminología sanitaria se refería a la clasificación de los heridos y su ubicación en situaciones militares, desastres o catástrofes civiles, de ahí que algunas organizaciones como la SEEU (Sociedad española de Enfermería de Urgencias) prefieran hablar de "Recepción, acogida y clasificación" (RAC) aunque el término triage es el más aceptado. Se empezó realizando en los años sesenta en hospitales de USA y comenzó a implantarse en nuestro país a finales de los ochenta y principios de los noventa. (4,5)

El método más utilizado es aquel en que la enfermera realiza el triage sola o con el apoyo de un médico que habitualmente realiza consulta rápida, que es como se ha venido haciendo en el Servicio de Urgencias del Hospital de Salnés desde su puesta en marcha. (5)

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de triage que van desde los 3 a los 5 niveles de clasificación siendo estos últimos (MTS- Manchester, ATS -Australia, CTAS -Canadá, etc.) considerados los más fiables por su mayor discriminación. En principio nos decantamos por un sistema estructurado en 4 niveles de clasificación para no tener que modificar los actuales registros de Enfermería del servicio y porque no parece necesario tanta discriminación en un Servicio que sólo dispone de triage durante 10 horas y el nº de urgencias se establece en un rango habitual de 70-90 pacientes, de todas maneras se dejan las puertas abiertas para que en la próxima revisión del protocolo se adopte un sistema de 5 niveles aunque para ello será precisa una mayor formación del personal. (5)

## **ETAPAS DEL TRIAGE**

Una pregunta constante de los sistemas de atención de urgencias es. Donde 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 fina. (1, 2,6)

- *TRIAGE DE CAMPO.* Que se realiza en la propia escena de la emergencia, en lugar designado para este fin por el responsable del sistema de comando en incidentes. En este puesto de triage, un técnico en urgencias médico nivel avanzado, seleccionará y clasificará a los paciente, efectuando el etiquetado de cada uno, de acuerdo al código de colores. En este lugar se inicia la estabilización del paciente y se le prepara para su transporte, sobre la base de su prioridad, a sus lesiones sobre, a los medios disponibles y a la unidad hospitalaria receptora. (1,2, 6)
- *TRIAGE EN LA SALA DE URGENCIAS.* En algunos casos se sugiere incluso, se destino un área previo a la entrada de urgencias para regular el flujo de pacientes. El responsable de triage en este sitio debe ser un médico cirujano ampliamente capacitado y con experiencias en el manejo masivo de víctimas. En esta etapa, además de priorizar las lesiones, se debe decidir a que área hospitalaria se destina al paciente, quirófano, terapia intensiva, observación, etc. (1.2.6)

- *TRIAGE HOSPITALARIO POR ÁREAS.* esta etapa nuevamente reclasifica los paciente que han sido asignados a una área para optimizarlos recursos. La responsabilidad del triage en cada área del hospital debe ser el médico responsable de cada una de ellas. Por ejemplo, los destinados a cirugía deben ser evaluados por el jefe de cirugía quien decide por prioridad quien o quienes ingresan al quirófano. De la misma forma se hace selección en otra aéreas hospitalarias. (1,2,6)
- *TRIAGE NO PROFESIONAL.* Es realizado por una recepcionista o técnica quien registra el paciente y lo envía a la sala de espera. (1,2,6)
- *TRIAGE BÁSICO.* es realizado por una enfermera profesional quien valora el paciente, determina las necesidades prioritarias y le asigna una área de tratamiento. (1,2,6)
- *TRIAGE AVANZADO.* Es realizado por una enfermera profesional e incluye la valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnostico, un examen físico limitado en caso necesario, documentación y referencia a la valoración medica. (1,2,6)
- *TRIAGE MEDICO.* Es realizado por el médico. Esta función algunas veces se mezcla con el tratamiento definitivo. (1,2,6)

- *TRIAGE EN EQUIPO. La enfermera y el médico funcionan como un equipo. (1,2,6)*
- En nuestro medio, se utilizan las modalidades de triage médico, el triage no profesional y el triage básico realizado por la enfermera profesional. Una limitante observada es la poca disponibilidad de enfermeras profesionales y el costo del cubrimiento durante las 24 horas con este recurso. (1,2,6)

### **EVOLUCION DEL TRIAGE**

La primera descripción sistemática en medicina civil la realizó E. Richard Weirman en Baltimore en 1964. (7, 8)

El triage moderno se desarrolló en Australia, en donde se describió en 1977 utilizando cinco categorías: inmediato, urgente, puntual, no- urgente y rutinario. (7, 8)

Inglaterra diseñó el "Manchester Triage System" (MTS), esta escala clasifica al paciente que llega al área de urgencias en 5 categorías, tomando como base 52 motivos de atención. (7, 8)

En Canadá se desarrolla el "Canadian Triage and Acuity Scale" (CTAS), este sistema asigna 5 niveles con casi los mismos colores. (7, 8)

El anterior sistema es tomado como base para el “Model Andorra de Triage” (MAT), que se utiliza en el Principado de Andorra. (7, 8)

Este método a su vez se difundió y adoptó en España, con el nombre de “Sistema Español de Triage” (SET) clasifica a los pacientes en 5 niveles. (7.8)

Clasificación	Color
I Resucitación	Rojo
II Emergencia	Naranja
III Urgencia	Amarillo
IV Poco urgente	Verde
V Sin urgencia	Azul

Clasificación	Tiempo aproximado de espera
---------------	-----------------------------

I Resucitación	0 minutos
II Emergencia	10 minutos
III Urgencia	30 a 60 minutos
IV Poco urgente	61 a 120 minutos
V Sin urgencia	121 a 240 minutos

### **TRIAGE EN DESASTRES**

*En estado de guerra, el triage se clasifica de la siguiente manera: (1, 2, 3, 4, 5)*

- Negro: *cuando es cadáver o las posibilidades de recuperación son nulas.*
- Rojo: *el paciente puede sobrevivir y la actuación médica debe ser inmediata.*
- Amarillo: *es un paciente diferible para ser vigilado mientras se le puede atender.*
- Verde: *paciente levemente lesionado, puede caminar y su traslado no precisa medio especial.*



## **TRIAGE DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

*En la mayoría de los hospitales, la tendencia es establecer cinco niveles de gravedad: (1,2, 3, 4, 5)*

- Nivel 1 o rojo: *precisa de la atención por el médico de forma inmediata.*
- Nivel 2 o naranja: *la atención por el médico puede demorarse 10 minutos.*
- Nivel 3 o amarillo: *la atención por el médico puede demorarse 1 hora.*
- Nivel 4 o verde: *la atención por el médico puede demorarse 2 horas.*
- Nivel 5 o azul: *la atención por el médico puede demorarse cuatro horas*

## **IMPLANTACIÓN DEL TRIAGE EN MÉXICO**

Desde la década de los 90's, se han venido implantando a nivel mundial el procedimiento de clasificación de pacientes en los servicios de urgencias. Australia fue el primer país donde se implantó este sistema y publicado en 1993. Luego le siguieron Canadá (1995), Inglaterra (1996), Estados Unidos (1999), Andorra (2000) y recientemente España. (7, 9)

*Se inicia formalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en julio de 2005, en 39 Hospitales Generales de Zona del país.*

*Se definen 28 categorías sintomáticas para su aplicación.*

Adaptación del Sistema Español de Triage, que cuenta con 32 categorías y 14 subcategorías.

**Resucitación: (rojo)**

Estado del paciente caracterizado por alteraciones funcionales agudas y graves, con riesgo inminente para la vida o la integridad y función de alguno de sus órganos y que requiere de atención médica inmediata desde su llegada al servicio de urgencias. (10)

**Emergencia: (naranja)**

Estado del paciente caracterizado por alteraciones funcionales agudas y graves, con riesgo para la vida o la integridad y función de alguno de sus órganos y requiere atención médica dentro de los siguientes 10 minutos posteriores de su llegada al servicio de urgencias. (10)

**Urgencia: (amarillo)**

Estado del paciente caracterizado por alteraciones funcionales agudas o sub-agudas de severidad moderada, que tienen la potencialidad de afectación para la función, un órgano o la vida y que requiere atención médica dentro de los siguientes 30 minutos a partir de su llegada al servicio de urgencias. (10)

**Urgencia menor: (verde)**

Estado del paciente caracterizado por alteraciones funcionales sub-agudas o crónicas de baja gravedad, sin riesgo inminente para la función, un órgano o la vida y que requiere de atención médica dentro de los siguientes 120 minutos posteriores a su llegada al servicio de urgencias.(10)

### ***Sin urgencia: (azul)***

*Estado del paciente caracterizado por posibles alteraciones funcionales sub-agudas o crónicas de baja o nula gravedad, situación de afectación a la salud personal que el individuo o la familia percibe como amenazante, pero que desde el punto de vista clínico- médico no implica riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función y que puede ser atendida dentro de las siguientes 4 horas posteriores a su llegada al servicio de urgencia. (10)*

### **ESCALA DE PRIORIDADES**

***Crisis:*** *pacientes que tienen que ser valorados de inmediato por el médico y requieren hospitalización. Son aquellos que pueden presentar un infarto agudo del miocardio, accidente vascular cerebral, la alteración del nivel de conciencia y los signos vitales anormales. (9,10)*

***Emergencia:*** *este cuidado debe ser dado en un período de una a dos horas en urgencias y la hospitalización es posible. Son ejemplos el asma moderada, la deshidratación, la pielonefritis, la sospecha de apendicitis, sepsis. (9,10)*

***Urgencia:*** *significa que el cuidado es necesario en las primeras 24 horas. Los signos vitales son normales y la hospitalización es improbable. Incluye la infección de vías urinarias no complicada, dolor de garganta, dificultad respiratoria leve, laceraciones menores, trauma ortopédico menor y dolor lumbar. (9,10)*

***No urgente:*** *es el paciente con signos vitales normales; puede pedir una cita médica. (9,10)*

## **EL SISTEMA DEL TRIAGE EN EL IMSS**

*El Instituto Mexicano del Seguro Social atiende más de 15 millones y medio de urgencias al año, siendo los traumatismos, las infecciones respiratorias y gastrointestinales, diabetes mellitus y sus complicaciones, los principales motivos por los que acude el paciente de emergencia al Instituto. (11,12)*

*Del total de urgencias, sólo el 25% son “reales”; corresponden a un estado clínico del paciente que pone en riesgo su vida o la función de un órgano, mientras que el otro 75% restante representa las “urgencias sentidas”, siendo aquellas en las que el paciente o familiar las percibe como amenazantes, pero desde el punto de vista médico no implican un riesgo grave a la salud, a pesar de requerir atención médica. (11,12)*

*Por ello, en el servicio de urgencias de los hospitales del IMSS, desde hace tres años, se instaló el sistema Triage, a fin de identificar la verdadera urgencia y darle prioridad de atención médica a quien peligra su vida. (11,12)*

*Con este sistema, desde el momento en que el paciente llega al servicio de urgencia, es atendido por un médico y de acuerdo a esta valoración se asigna una de las cinco categorías establecidas para su atención, dándole prioridad a aquellos casos en que su estado clínico pone en riesgo la vida, el órgano o el sistema. (11,12)*

*Entre las urgencias sentidas más comunes se encuentran las infecciones de vías respiratorias altas, trastornos gastrointestinales, diarreas sin deshidratación, lumbalgias, vértigo y otitis. Las reales más frecuentes están asociadas a la diabetes mellitus y a enfermedades del corazón. En cada servicio de urgencias se cuenta con un equipo multidisciplinario para ofrecer una atención integral, constituida por el médico, enfermera,*

trabajadora social y el auxilio de la asistente médica y personal para transporte de pacientes, además del apoyo de la logística administrativa. (11,12)

## **CINCO NIVELES DE CLASIFICACION DE ACUERDO A LOS PADECIMIENTOS**

*Nivel de Clasificación I o Rojo: choque hipovolemico III, IV, coma, disnea grave grado III, IV, hemorragias, traumatismo ocular, quemadura extensas y profundas, traumatismo penetrante de abdomen y torax, infarto agudo al miocardio, dolor moderado en embarazo de 22 semanas, traumatismo en pediatría Glasgow menor de 9 en traumatismos craneocefalico severo, etc. (3, 4, 5,12)*

*Nivel de Clasificación II o naranjado: cheque hipovolemico grado II, disnea grado II,III, estridor, dolor intenso súbito de torax abdomen o renal, trombo embolicas, fiebre en paciente diabético, diarrea, vomito en paciente diabético, agresividad, intento de suicidio, agitación focalización neurológica, cefalea de inicio súbito, epistaxis incontrolada, traumatismos embarazadas, torsión testicular, fracturas expuestas, etc. (3,4,5,12)*

*Nivel de Clasificación III o Amarillo: somnolencia, disnea I, II, sensación de cuerpo extraño en laringe y nasal, oído, edema y erupción generalizada, brote psiquiátrico agudo, fiebre igual o arriba de 40 g, epistaxis con hipertensión, hipertensión descompensada, diabetes mellitus descompensada, quemadura de área ocular, fiebre en embarazadas, retención de orina entre 8 a 12 horas , etc. (3,4,5,12)*

*Nivel de Clasificación IV o Verde: dolor torácico leve , otorrea con fiebre, edema subagudo en extremidades, hematoquexia mínima no activa,*

*cistouretritis, dolor en ojo ligero rojo, infección de vías respiratorias, epistaxis recurrentes, otalgia leve a moderada, sangrado mínimo, etc. (3,4,5,12)*

*Nivel de Clasificación V o Azul: febrícula, dolor torácico, abdominal leve, heridas superficiales, conjuntivitis, infección de vías respiratorias altas, padecimientos de más de una semana, epistaxis no activa, etc. (3, 4, 5,12)*

## **5.- JUSTIFICACION**

*Se considera importante la realización de este estudio por el alto impacto de la concordancia otorgada en el triage con el primer contacto y el impacto actual o futuro sobre una mejor atención en el servicio de urgencias a fin de identificar la verdadera urgencia y darle prioridad de atención médica a quien pelagra su vida.*

*Al conocerlas nos permitió proponer alternativas y estrategias para realizar una buena clasificación otorgada en el triage con el primer contacto y disminuir el tiempo de espera para su atención de la urgencia real.*

*En el servicio de urgencias, del HGZN1 de colima, el total de consultas otorgadas anual en los 4 turnos matutino, vespertino, nocturno, jornada acumulada, son 66,167 mil, de este solo las urgencias reales son 20% y urgencias sentidas de 72.9%, las no clasificadas 7.1%, todos los pacientes son clasificados en la área del triage el 100% así como las mayoría de las consultas en el servicio de urgencias con clasificadas verde, azul el resto amarillas, naranja. (13)*

*con una estancia en el servicio de observación y primer contacto mayor de 8 horas 24%, y menor de 8 horas 74%, (13)*

*En el servicio de urgencias del hospital de colima cuenta con una pirámide poblacional adscripta de la unidades de médico familiar como UMF 19, 18, 16, 11, 9, 6, 5. 2,540.270 mil, los derechohabientes no usuarios son 3,140.900 mil así como envíos de otras unidades de Manzanillo y Tecoman. (14)*

Con las 10 primeras causas de morbilidad anual del 2008 son:

*Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, faringitis aguda, infección de vías respiratorias superiores de sitios múltiples, rinofaringitis agudas, dorsalgias, otros trastornos del sistema urinario, dolor abdominal y pélvico, fiebre de origen desconocido, gastritis y duodenitis, estado asmático, luxación, esguince y torcedura de articulaciones, diabetes mellitus. (15)*



## **6.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*El desconocer cuál es la concordancia de la calificación otorgada en el servicio del primer contacto, que en ocasiones impide atender las verdaderas urgencias reales.*

*El desconocimiento de estos factores con lleva a la falta de de realización de la atención primordial en el servicio de urgencias a fin de identificar la verdadera urgencia y darle prioridad de atención médica a quien peligra su vida.*

*Ya que la mayoría de la atención que se da en el servicio de urgencias es de urgencia sentida.*

*Considerando que es muy importante la clasificación del triage nos preguntamos.*

*¿Cuál es la concordancia diagnóstica entre la clasificación otorgada al paciente en el área del triage y en el primer contacto?*

## **7.- OBJETIVOS**

### **7.1- OBJETIVO GENERAL.**

*1.1.-Determinar la concordancia diagnostica entre la clasificación otorgada al paciente en el área del triage y el primer contacto?*

### **7.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

*1.1.- Analizar la concordancia mediante la revisión de la nota médica de primer contacto con la clasificación otorgada en el TRIAGE.*

*1.2. - Conocer la frecuencia de las urgencias reales y las urgencias sentidas*

*1.3.- Conocer el total de las notas clasificadas en la area del triage en el servicio de urgenicas.*

*1.4.- Analizar el tiempo de espera para su atención de las verdaderas urgencias en la clasificación del triage y de cuerdo al codico de colores internacionales.*

## **8.- MATERIAL Y METODOS**

### 8.1- TIPO DE ESTUDIO

*Es un estudio transversal, descriptivo,*

### 8.2- UNIVERSO DEL ESTUDIO

*Se tomaran aleatoria mente de la base de datos de los pacientes que acudan al servicio urgencias del Hospital General de Zona No.1 de colima, reclutados del 1 de abril al 30 de septiembre del 2009.*

### 8.3- UNIDAD DE OBSERVACIÓN

*1.- cualquier paciente que acudió al servicio de urgencias en el periodo de primero de abril al treinta de septiembre de 2009.*

### 8.4- PROTOCOLO DE ESTUDIO

*A todos los pacientes que acudio al servicio de urgencias que fueron clasificados en el triage valorados en el primer contacto se les practico el siguiente protocolo de estudio. En el periodo de abril a septiembre de 2009.*

Datos Generales: Clasificación rojo, naranja, amarillo, verde, azul

### 8.5- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

*1.- paciente que acudieron al servicio de urgencias de 01 de abril al 30 de septiembre de 2009.*

2.- paciente con clasificación otorgada en el TRIAGE

#### 8.6- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.- todos los paciente que no se han clasificados en el TRIAGE.

#### 8.7- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1.- Pacientes sin registros adecuados, para su análisis.

#### 8.9- Definición operacional de variable

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Interrelación</b>	<b>Medición</b>
Triage	La clasificación de los paciente de acuerdo ala su gravedad para su atención	Cualitativa	Nominal	Dependiente	En frecuencia y porcentaje

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Interrelación</b>	<b>Medición</b>
Color Rojo	Paciente que se encuentra grave y requiere atención inmediata	Cualitativa	Nominal	Dependiente	En frecuencia y porcentaje
Naranja	Paciente que se encuentra en emergencia y requiere atención mediata	Cualitativa	Nominal	Dependiente	En frecuencia y porcentaje
Amarillo	Paciente que requiere atención pero no ponen en peligro su vida y puede	Cualitativa	Nominal	Dependiente	En frecuencia y porcentaje

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Interrelación</b>	<b>Medición</b>
	esperar para su atención				
Verde	Paciente que cursa con urgencias mínima y puede esperar para su atención no ponen en peligro su vida	Cualitativa	Nominal	Dependiente	En frecuencia y porcentaje
Azul	Paciente que no tiene ningún riesgo en su vida puede darse cita o esperar para su atención	Cualitativa	Nominal	Dependiente	En frecuencia y porcentaje

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Interrelación</b>	<b>Medición</b>
Condición clínica del paciente	El estado de salud en que se encuentra el paciente para valorar y clasificar la urgencias para su aten.	Cualitativa	Nominal	Dependiente	En frecuencia y porcentaje
Atención oportuna	En menos tiempo de espera para su atención en el servicio de urgencias	Cualitativa	Nominal	Dependiente	Frecuencia y porcentaje
Concordancia	Que exista relación igual en los dos	cualitativa	Nominal	Dependiente	Frecuencia y

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Interrelación</b>	<b>Medición</b>
	servicio de triage con el primer contacto				porcentaje

### **9.-PROCEDIMIENTO**

*Se inicio en el servicio de urgencias partir de abril a septiembre 2009. Pasando visita en el consultorio del triage para verificar que las notas médicas estén clasificadas y tengas la fecha de su llegada al servicio de urgencias (día y hora) y así mismo recolectar las notas de primer contacto para analizar la congruencia. Se procede analizar las variables, color otorgado en el triage, tiempo que transcurrió para su atención y si concuerda con el tiempo que establece el color asignado, si fue verdaderamente una urgencia real (número de urgencias de reales y urgencias sentidas), si se cumple con el tiempo establecido en la clasificación del triage, y se realizo un análisis de los resultados obtenidos así llegar al objetivo del proyecto de investigación.*



## **10- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### *10.1.- Pruebas no para métricas.*

- *Medidas de tendencia central.*
- *Gráficas, tabla de datos, poligonales, gráfica de barras y percentiles*

### *10.1.- Pruebas no paramétricas.*

- *Desviación estándar, la media con 95% Intervalo de confianza para la diferencia el valor P.*

### *10.1-PROCESO DE MEDICIÓN*

*Congruencia otorgada en la clasificación del triage y primer contacto.*

## **11.- SELECCIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

*A todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias que fueron clasificados en el triage valorados en el primer contacto se les practico el siguiente protocolo de estudio. En el periodo de abril a septiembre de 2009.*

*Clasificación roja, naranja, amarillo, verde, azul*

## **12.- CONSIDERACIONES ÉTICAS**

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-206-SSA1-2002, REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO Y ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MEDICA. (16)

### **DECLARACIÓN DE HELSINKI**

1. *La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.(17)*
  
- 2.-*El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. (17)*
  
- 3.- *La clasificación de riesgo I de Salud*

*Diario Oficial de la Federación México, diciembre 7, de 1998 inciso 4*

### **Urgencia Médica Real. (México).**

Urgencia: 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. (18)

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 (Diario Oficial de la Federación México, diciembre 7, de 1998 inciso 4.9). Rango del 20-30% de todas las urgencias que se ingresan a un hospital. Considerando la definición se incluyen: (18)

- \* La Dificultad respiratoria repentina (disnea súbita).
- \* La Hemorragia activa por cualquier vía.
- \* El Dolor torácico súbito y persistente (aun coronario).
- \* Pérdida del conocimiento sin recuperación espontánea.
- \* *Heridas extensas y/ o amputación.*
- \* *Las crisis convulsivas.*
- \* *Parálisis súbita de cualquier extremidad.*
- \* *Ingestión de sustancias tóxicas*
- \* *Presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas.*

- \* *Retención aguda de orina.*
- \* *Mordeduras o piquetes de animales venenosos.*
- \* *Quemaduras de 1° grado > al 15% de SCT,*
- \* *Quemaduras de 2° grado >10% y de SCT 3° grado > 5%*
- \* *Quemaduras de cara, articulaciones, genitales, aun con menos porcentaje.*

### ***Urgencia Médica Sentida. (México).***

*Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe a 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. (18)*

### **13.- RECURSOS HUMANOS**

*ALUMNA: Dra. Alma Rosa Quintero García.*

*Asesor: Dra. C. Alicia Martinez Contreras*

*Dra. Cristina Angélica Bayardo Quesada.*

*Físicos: propios del servicio de Urgencias del Hospital General de Zona N1 colima, col. Computadoras, libretas, plumas, lápiz, borrador, sacapuntas, hojas de papel, plumones, etc.*

**14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2009-2010**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>EN E</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MA Y</b>	<b>JUL</b>	<b>JUL</b>	<b>AG</b>	<b>SEP</b>	<b>OC T,N OV</b>	<b>DIC, ENE</b>	<b>FEB MA RS O</b>	<b>AD RI MA Y JU NI O</b>	<b>JUL AG OT SEPT</b>
<b>REALIZACIÓN PROYECTO</b>	XX	XX												
<b>REGISTRO COMITÉ INVESTIGACIÓN</b>			XX											
<b>RECOLECCION DE MUESTRA</b>				XXX	XXX	XXX	XX X	XXX	XX					
<b>PRUEBA PILOTO</b>				XXX										
<b>TRATAMIENTO ESTADISTICO</b>									XX X	XXX	XXX			
<b>RADACCION</b>											XXX	XXX	XXX	
<b>INFORME FINAL</b>													XXX	XXX

## **15- RESULTADOS**

*Durante 6 meses que comprendieron de abril a septiembre 2009. Se revisaron las notas medicas que fueron clasificados en El servicio de triage y primer contacto, con un total de notas Medicas clasificadas son 9.121 (86.47%), del Turno Matutino del Hospital General de Zona No1.*

*Con un total de urgencias Reales 1,273 (13.94%), y urgencias Sentidas 7,848 (86.14%).*

*Encontramos una concordancia entre triage y primer contacto*

*Con los códigos rojos y naranjas (50%), y los siguientes códigos Amarillo, verde, azul mayor del (80%).*

*De acuerdo al código de colores internaciones clasificadas en triage fue el siguiente. Rojo 4 (0.0004%), Naranja 126 (0.0138%), Amarillo 1,217 (13.34%), Verde 4.324 (47.40%), Azul 3,341 (36.62%).*

*En el primer contacto fue el siguiente. Rojo 2 (0.0002%), Naranja 68 (0.0074), Amarillo 1,294 (14.87%), Verde 4,145 (45.44%), Azul 3,708 (40.59%).*



*Se aplico la prueba estadística la media la desviación estándar y valor P. siendo todas Estadísticamente no significativa.*

*De acuerdo al tiempo de espera menos de 15 minutos 2 (2.19%), 30 minutos 78 (11.63%), 60 minutos 1,294 (10.18%), 90 minutos 4,145 (40.44%), 120 minutos 3,703 (35.45%).*

GRAFICAS:

ABRIL: TRIAGE; Rojo 2 (0.0%), Naranja 1 (0.0%),

Amarrillo 99 (10.47%), Verde 356 (37.67%), Azul 478 (50.58).

PRIMER CONTACTO: Rojo 2 (0.0%), Naranja 5 (0.05%),

Amarrillos 126 (13.33%), Verde 362 (38.30%), Azul 440 (46.56%).

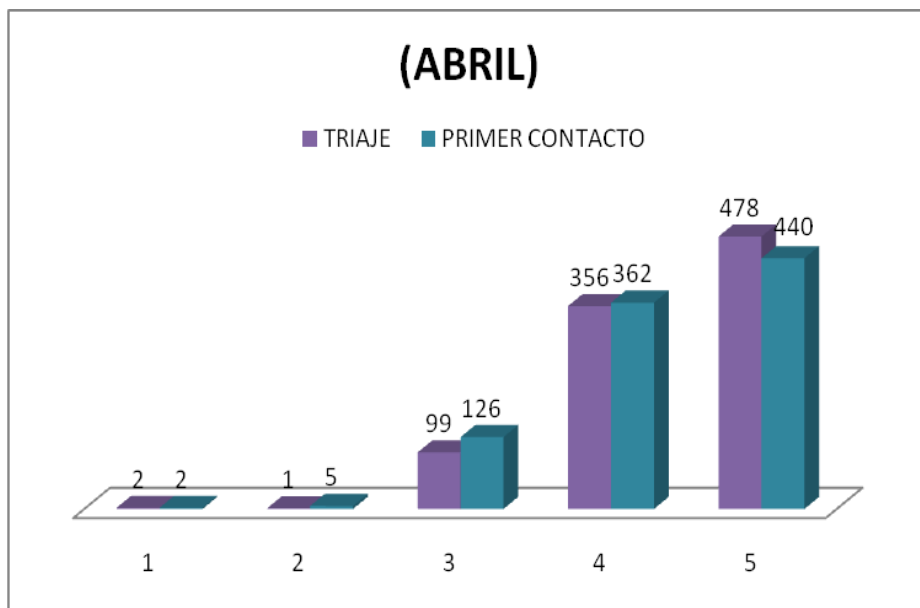


Figura1. Total de clasificados tanto en el triage como primer contacto

## TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES (ABRIL)

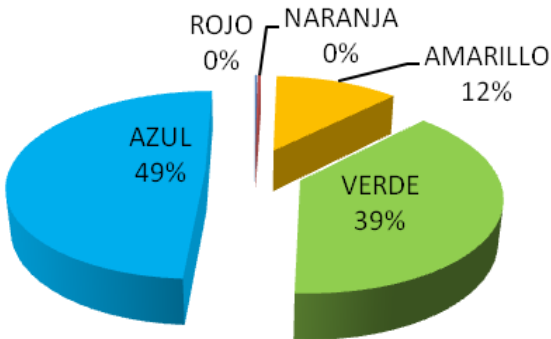


Figura 2. Porcentaje total en triage, primer contacto

MAYO: TRIAGE; Rojo 2 (0.0%), Naranja 32(0.015%),

Amarillo 367(17.20%), Verde 1068 (50.07%), Azul 664 (31.12%).

PRIMER CONTACTO: Rojo 0 (00%), Naranjas 17 (0.07%),

Amarillo 265 (12.42%), Verde 921 (43.17%), Azul 930 (43.60%).

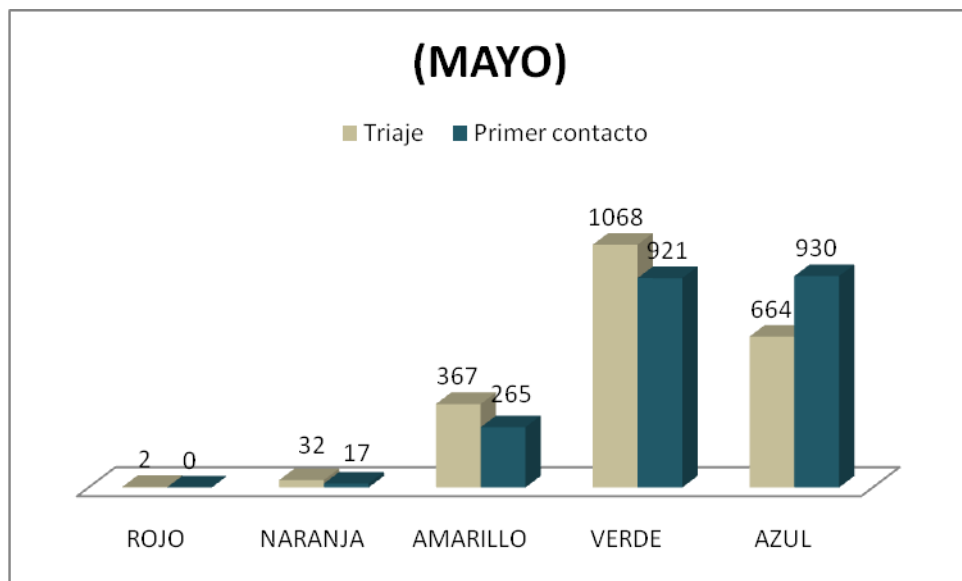


Figura 3 total de clasificados tanto en triaje como primer contacto



Figura 4 porcentaje total en triage, primer contacto

JUNIO: TRIAGE; Rojo 0 (00%), Naranja 31 (0.014%),

Amarillos 317 (14.77%), Verde 1033 (48.15%), Azul 764 (35.61%).

PRIMER CONTACTO: Rojos 0 (00%), Naranjas 20 (0.09%),

Amarillo 215 (10.02%), Verdes 980 (45.87%), Azul 930 (43.35%).

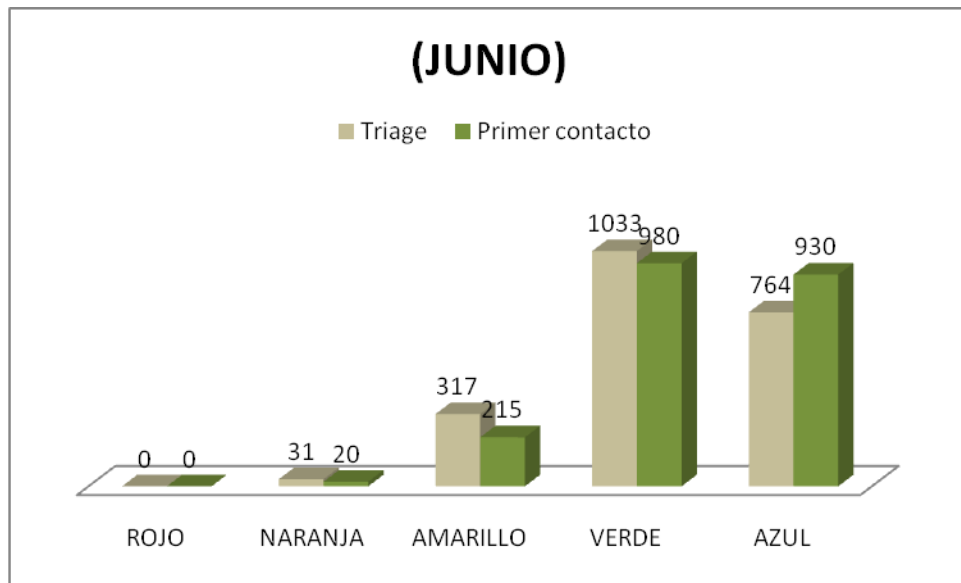


Figura 5 total de clasificados tanto en triage como primer contacto

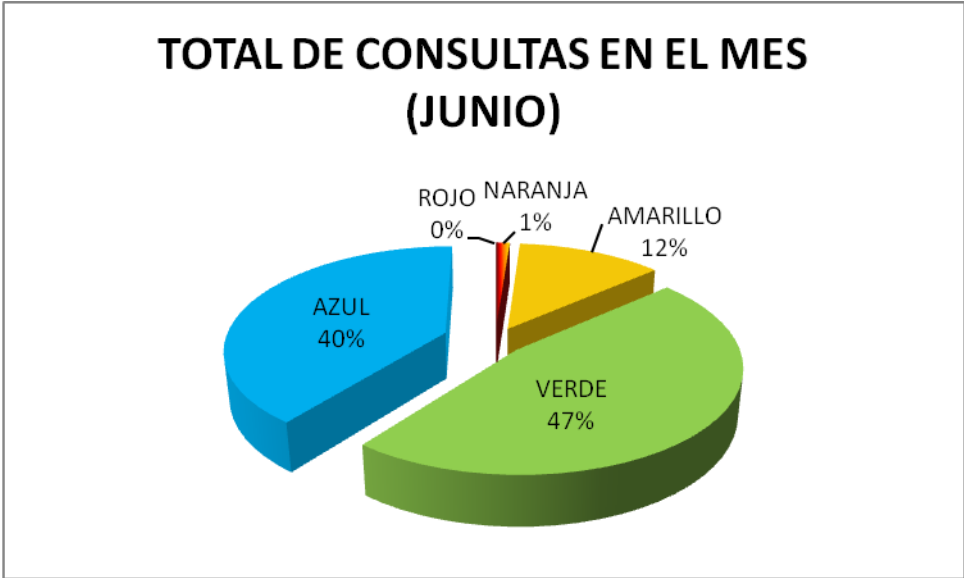


Figura 6 porcentaje total en triaje y primer contacto

JULIO: TRIAGE; Rojo 0 (0%), Naranja 5 (0.03%),

Amarillo 131 (10.39%), Verde 691 (54.84%), Azul 433 (34.36%).

PRIMER CONTACTO; Rojos 0 (0%), Naranja 2 (0.01%),

Amarillo 134 (10.63%), Verde 652 (51.74%), Azul 472 (37.38%),

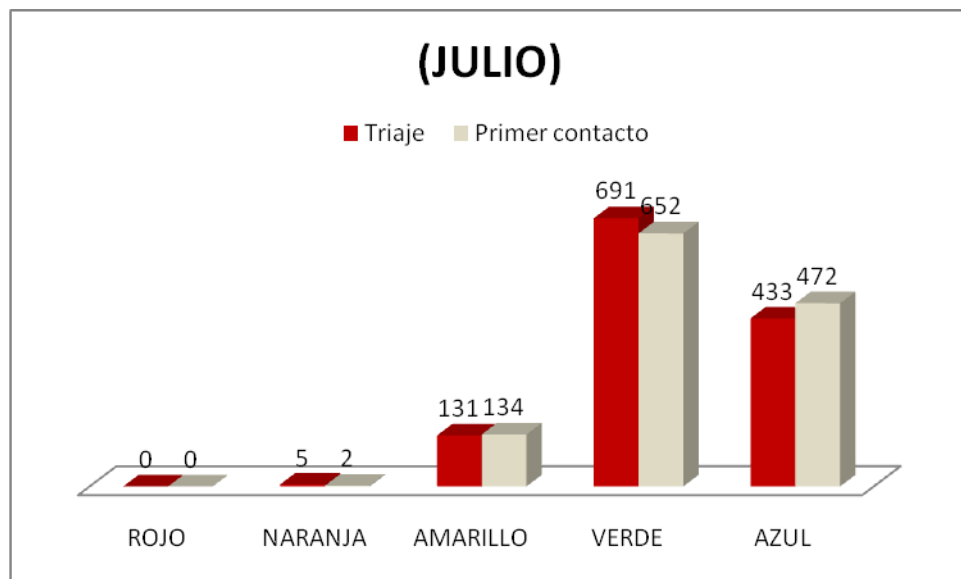


Figura 7 total de clasificados tanto en triaje como primer contacto



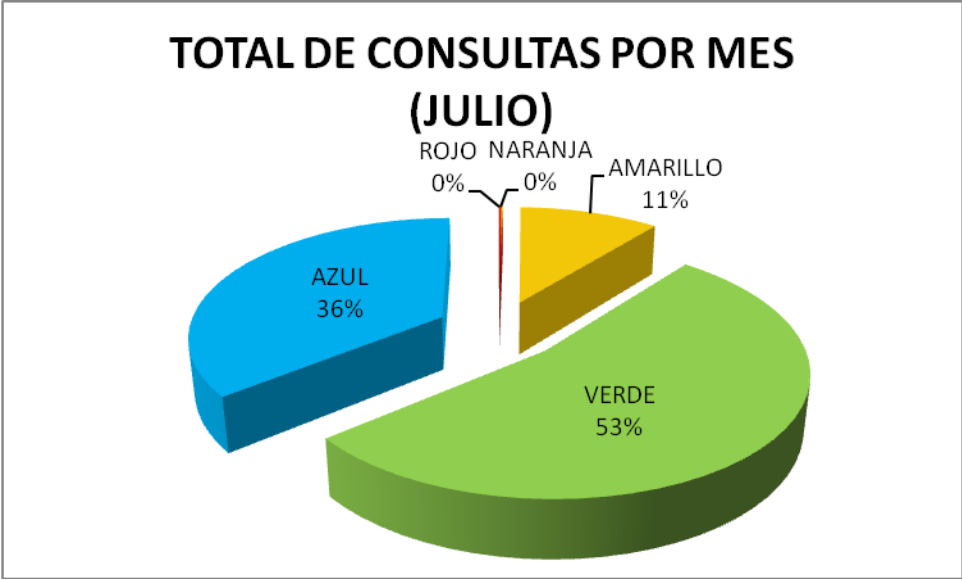


Figura 8 porcentaje total en triage y primer contacto}

AGOSTO: TRIAGE; Rojo 0 (00%), Naranja 25 (0.02%),  
Amarillo 184 (15.78%), Verde 537 (46.05%), Azul 422 (36.19%).

PRIMER CONTACTO; Rojo 0 (00), Naranja 4 (0.04%),  
Amarillo 182 (15.60%), Verde 680 (58.3 %), Azul 300 (25,72%).

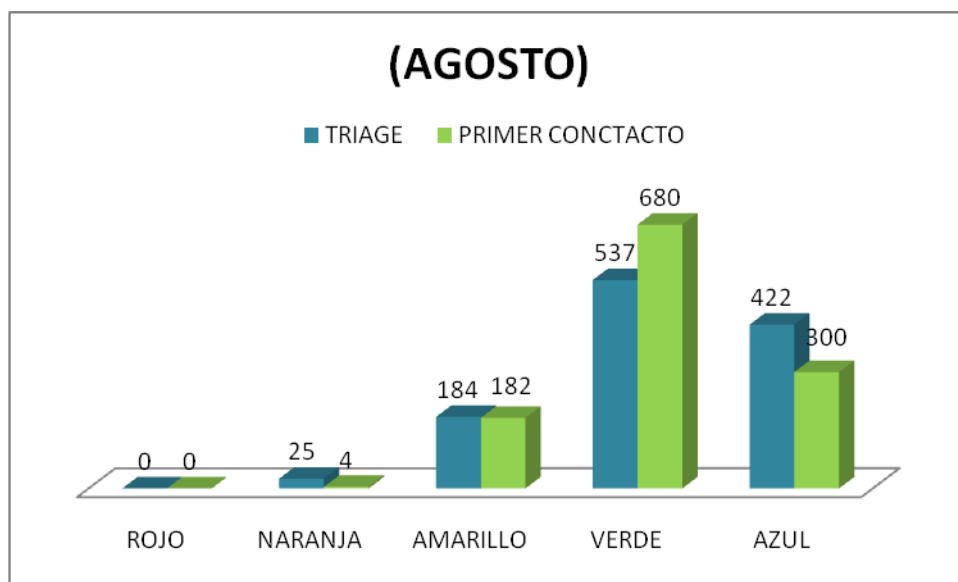


Figura 9 totales clasificados tanto en triage como primer contacto

## TOTAL DE CONSULTAS EN EL MES (AGOSTO)

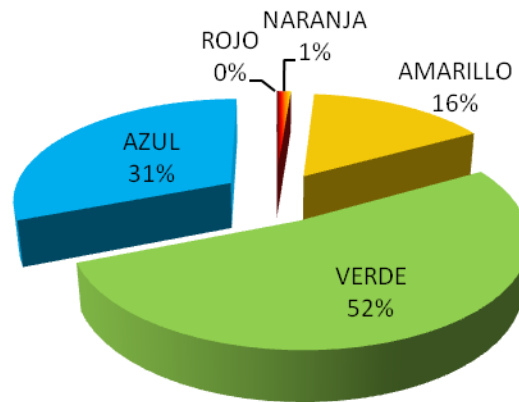


Figura 10 porcentaje tanto el triage y primer contacto

SEPTIEMBRE: TRIAGE; Rojo 0 (00%), Naranja 32 (0.02%),  
Amarrillo 211 (14.33%), Verde 639 (43.41%), Azul 580 (39.40%).

PRIMER CONTACTO; Rojo 0 (00%). Naranja 20 (0.13%),  
Amarrillo 270 (18.34%), Verde 550 (37.36%), AZUL 632 (42.93%).

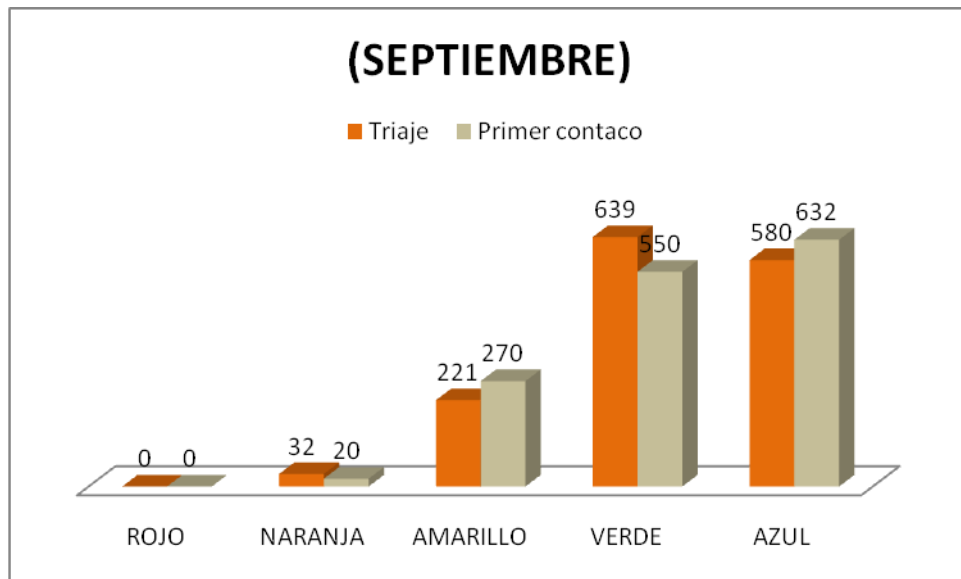


Figura 11 total de clasificados tanto en el traige como primer contacto

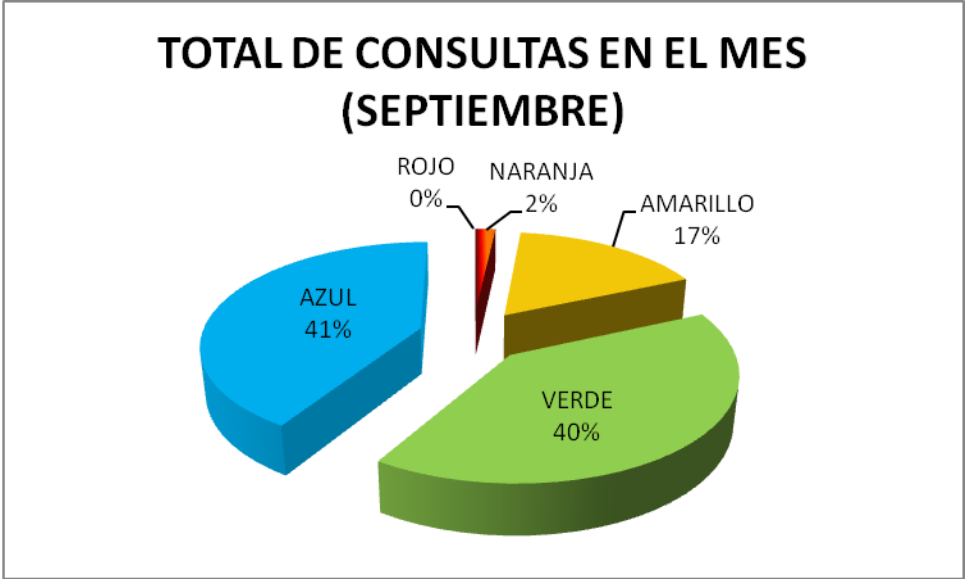


Figura 12 porcentaje total del traige y primer contacto

En la figura 13 se aprecia el total de consultas del mes y las notas clasificadas del mes de ABRIL con un porcentaje de (19.08%).

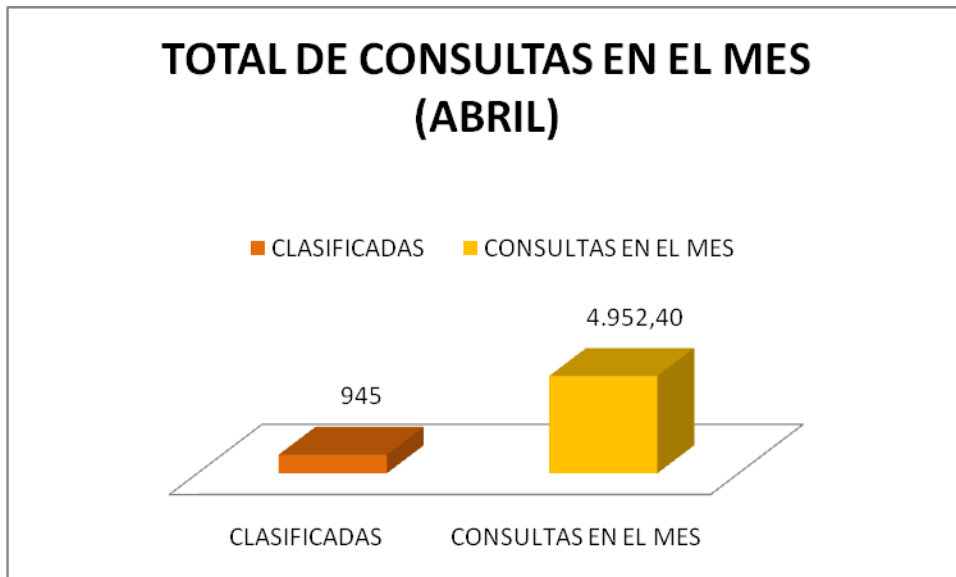


Figura 13

En la figura 14 muestra el total de consultas del mes y las notas Clasificadas que corresponde del mes de MAYO con un Porcentaje (25.16).

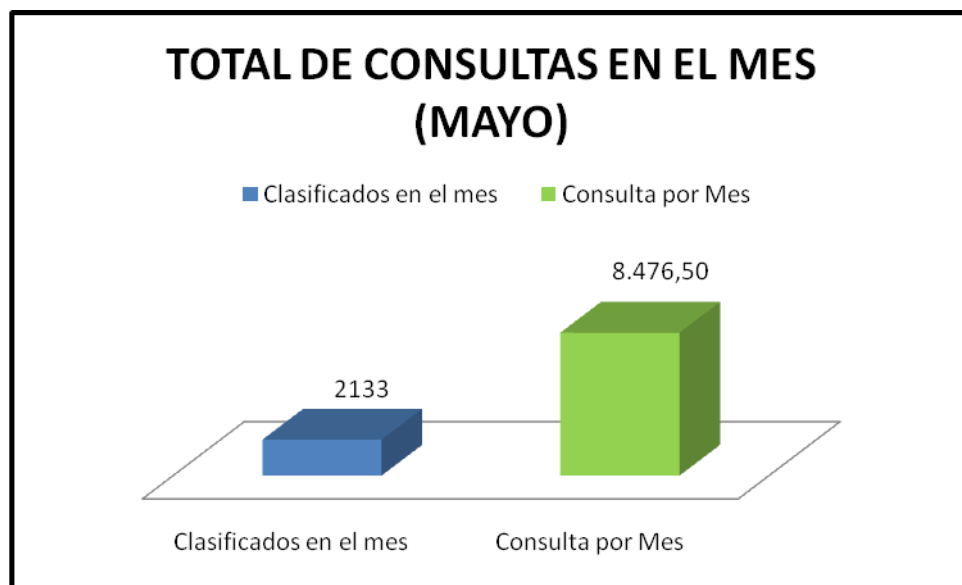


Figura 14

En la figura 15 se apresia el total de consultas por mes y las notas clasificadas en el mes de JUNIO con un porcentaje (38.93%).

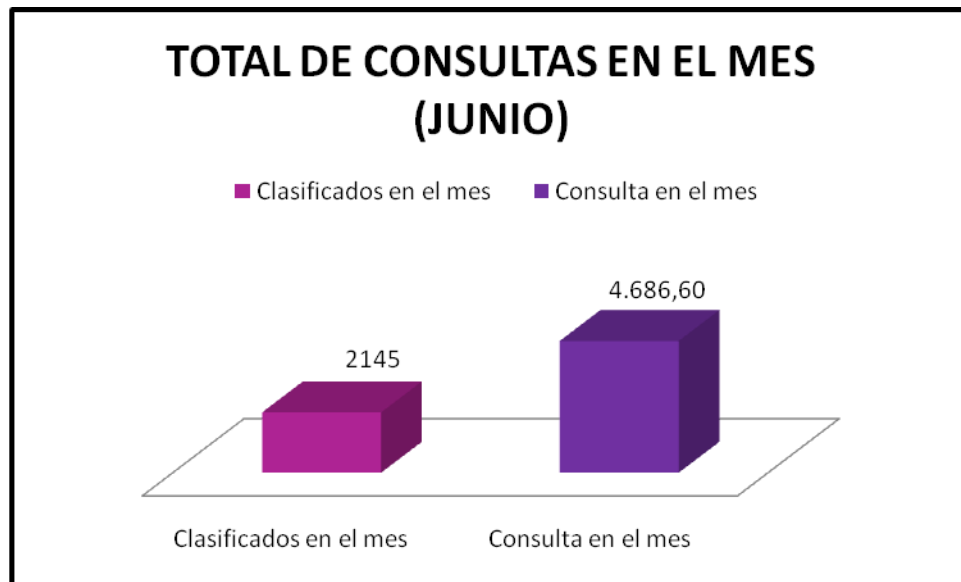


Figura 15.



Figura 16 apresia el total de consultas por mes y las notas clasificadas en el mes de JULIO con un porcentaje (26.88%).

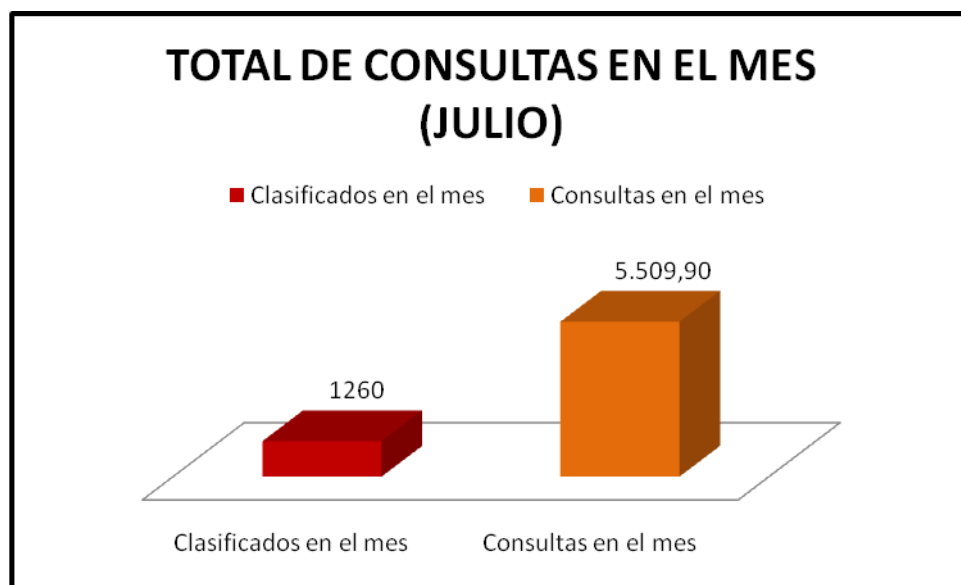


Figura 16

En la figura 17 se apresia el total de consultas por mes y las notas clasificadas en el mes de AGOSTO con un porcentaje (18.77).

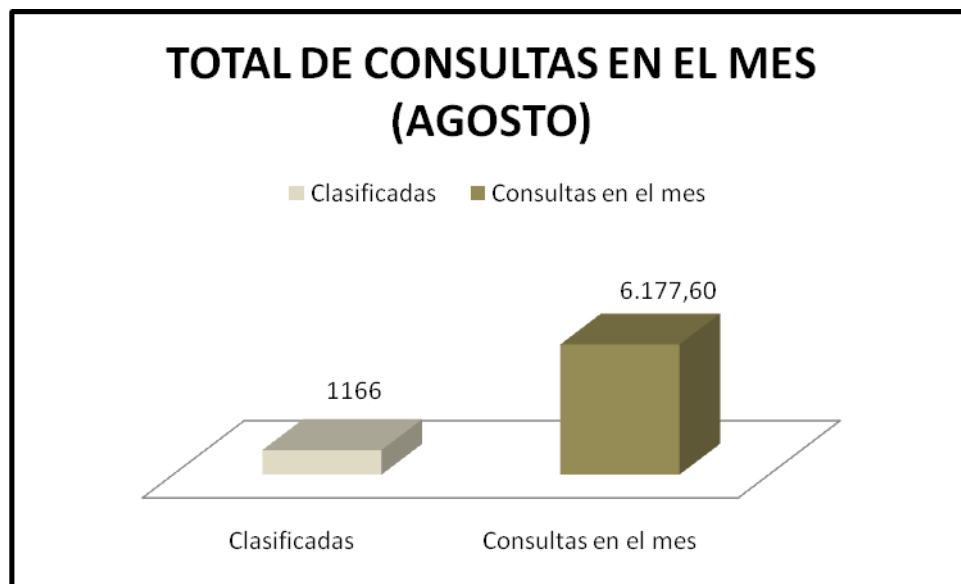


Figura 17

En la figura 18 se aprecia el total de consultas por mes y las notas clasificadas en el mes de SEPTIEMBRE con un porcentaje (17.76%).

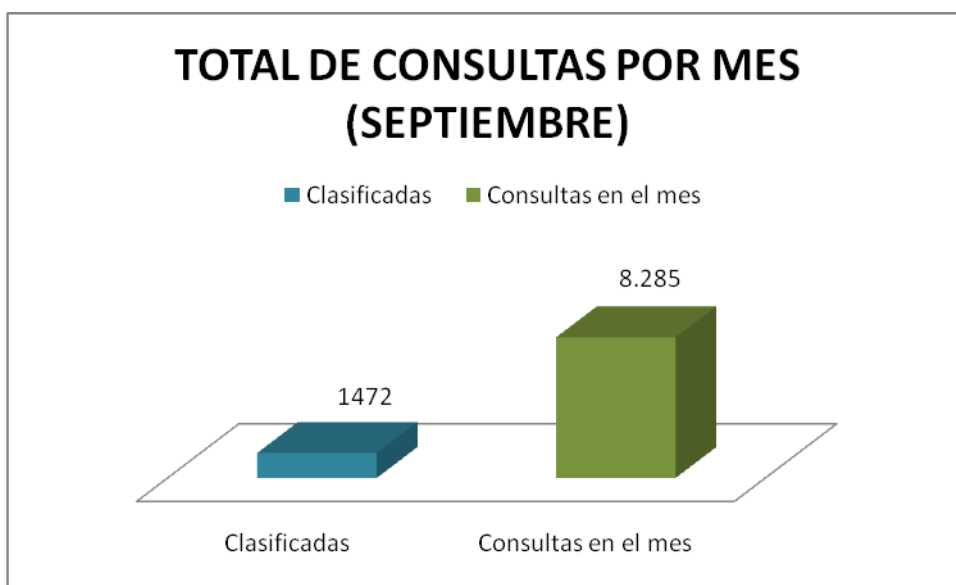


Figura 18

En la figura 19 se aprecia las consultas totales de los meses revisados del turno matutino y el total de clasificados a si como su porcentaje.

MESES	CLASIFICADOS	TOTAL DEL MES	PORCENTAJE
Abril	945	1,238.1	76%
Mayo	2,133	2,145	99%
Junio	2,145	2,171.6	98%
Julio	1,260	1,377.2	91%
Agosto	1,160	1,544	75%
Septiembre	1,472	2,071.2	71%

Figura 19

De acuerdo al código de colores internaciones clasificadas en triage fue el siguiente. Rojo 4 (0.0%), Naranja 126 (0.1%), Amarillo 1,217 (13.34%), Verde 4.324 (47.40%), Azul 3,341 (36.62%).

De acuerdo a la congruencia en la clasificación con el código de colores internaciones en el primer contacto fue el siguiente. Rojo 2 (0.0%), Naranja 68 (0.74), Amarillo 1,294 (14.87%), Verde 4,145 (45.44%), Verde 3,708 (40.59%).

	TOTAL DE TRIAGE CLASIFICADO		CONCORDANCIA PRIMER CONTACTO	
<b>ROJO</b>	4	(0.0004%)	2	(0.0002%)
<b>NARANJA</b>	126	(0.0138%)	68	(0.0074%)
<b>AMARILLO</b>	1,217	(13.34%)	1,294	(14.87%)
<b>VERDE</b>	4,324	(47.40%)	4,145	(45.44%)
<b>AZUL</b>	3,341	(36.62%)	3,708	(40.59%)

Figura 20 la concordancia de triage con primer contacto

Con un total de consultas reales en la clasificación por mes  
Tanto en triage como primer contacto.

Las urgencias reales la que se atendieron en el servicio de  
Urgencias fueron las siguientes.

Abril 141, Mayo 284, Junio 235, Julio 136, Agosto 186,

Septiembre 290 con un porcentaje del (13.94%).

Las urgencias sentidas la que se atendieron en el servicio de  
Urgencias fueron las siguientes:

Abril 802, Mayo 1,851, Junio 1,910, Julio 1,123, Agosto 980,

Septiembre 1,182 con un porcentaje del (86.14%).

	Prueba de muestras relacionadas	Diferencias relacionadas		Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		VALOR		
		Media	Desviación típ.		Inferior	Superior	T	GL	P
Par 1	TRIAGE-PRIMER CONTACTO	0,33333333	0,81649658	0,33333333	- 0,52352728	1,19019395	1	5	0,36321747
Par 2	TRIAGE - PRIMER CONTACTO	9,66666667	8,89194392	3,6301209	0,33514381	18,9981895	2,66290488	5	0,04472766
Par 3	TRIAGE - PRIMER CONTACTO	- 12,83333333	67,7684784	27,6663655	- 83,9519898	58,2853232	- 0,46386047	5	0,66224149
Par 4	TRIAGE - PRIMER CONTACTO	29,83333333	98,9998316	40,416512	- 74,0606183	133,727285	0,73814715	5	0,49359116
Par 5	TRIAGE - PRIMER CONTACTO	- 60,33333333	139,246065	56,8469681	- 206,463117	85,7964502	- 1,06132896	5	0,3370922

Los resultados estadísticos del triage y primer contacto.

Figura 2l

## 16.- DISCUCCION

*En nuestro estudio encontramos que la urgencias no real fue de 86.14%, en el estudio realizado en el hospital de Yucatán (Medico Francisco Javier Vega, director del Hospital General Regional del IMSS) se encontró que la urgencias sentida fue de 60%.<sup>(19)</sup>*

La búsqueda del servicio sin ser una urgencia puede deberse a varios factores, de los que podrían mencionarse la falta de información. <sup>(20)</sup>.

En nuestro estudio encontramos que el tiempo de espera para la atención de la verdadera urgencias fue menos de 15 a 30 minutos con (13.86%) por el personal médico a partir de su llegada a urgencias. Como ya indicaban B. Álvarez Álvarez y cols. En su estudio El paciente fue atendido en los primeros 30 minutos a partir de su llegada a urgencias (54.3%) <sup>(21)</sup>.

De acuerdo a la distribución por criterios de gravedad en el código rojo, naranja, amarillo (13.35%), repartiéndose el resto de las urgencias no graves los códigos verde, azul (84.02%). como ya indicaban B. Álvarez Álvarez y cols consultada en donde el porcentaje varía entre 18 a un 73% <sup>(21)</sup>.



## 17.- CONCLUSIONES

El sistema *triage*, en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona Núm. 1 del IMSS de Colima. Sirvió para demostrar en el turno matutino todos los que acudieron al servicio de urgencias la mayoría fueron clasificados de acuerdo al código de colores.

También permitió demostrar que las verdaderas urgencias fueron atendidas dentro de los primeros treinta minutos de su admisión.

Se encontró que la mayoría de las notas clasificadas son urgencias sentidas.

Se encontró concordancia entre el *triage* y primer contacto el rojo naranja, mayor en amarillo verde y azul.

Se encontró que durante el tiempo del estudio solo se lleva a cabo el *triage* en el turno matutino y en el resto no.

Este estudio abrirá pasos también para iniciar una campaña de concienciación a los asegurados, sobre el uso adecuado de un sistema de urgencias.

Se necesita mayor capacitación al personal médico de base, suplente y enfermería.

## 18.-BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Gerardo José Lescas Fernández. ATENCIÓN Y SELECCIÓN DE PACIENTES. Trauma, Vol. 9. Núm. 2, pp48-56 \* Mayo-Agosto, 2006.
- 2.-Lopez Resendiz José, Montiel Estrada María Dolores, Licona Quesada Raymundo. TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. Med. Int. Mex 2006; 22(4); 310-318.
- 3.- Rodríguez, A. Triage clasificación de víctimas de Emergencias y Desastres. Guías Básicas de atención médica pre hospitalaria, ministerio de protección social 2005. Anexo N.2, pp.119-132.
4. -Michael Murray, MD; Cols. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
- 5.- J. Gómez Jiménez. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias: 2003; 15:165-174.
6. - Lambe S, Washington DL, Fink A, et al. Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. Ann Emerg Med. 2002; 39:389-396
- 7.- Núñez Rocha Georgina Máximo, Flores Guerrero Francisco Javier cols. Tiempo de Espera en el triage una alternativa en el departamento de urgencias. Investigación Clínica 2004; 56(3); 314-320.
- 8.- Musarra Exposito MJ. El triage en Enfermería de urgencias: presente y futuro. Experiencias internacionales, Salud y Cuidados N°4; 5 de marzo 2003. ( <http://www.saludycuidados.net/musarra.htm>) ISSN 1578-9128.
- 9.- Gilboy N; Travers DA; Wuerz. Re-evaluating triage in the new millennium: a comprehensive Look at the need for standardization and quality. J Emerg,Nurs 1999; 25:468-473.
- 10- Añarte C. Cols Protocolo de triage IX Congreso Nacional de enfermería de urgencias: Noviembre 1996 Sevilla libro de comunicación.

11.-Órgano de Disfunción de la comisión nacional de Abordaje Medico: revista de Cona-med IMSS Vol. 12, N°3 Junio-Septiembre 2007.

12.-Plan Integral de calidad del IMSS, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco Distrito Federal; Marzo –Abril 1998-2000: Vol18, N°112: 24-36.

13.- Documento del IMSS, DEL HGZN1 formato de las estadísticas anual del 2008, del servicio de urgencias.

14.- Documento del IMSS SIMO DE Enero a Diciembre del 2008 del HGZ Num1.

15.-Documento del IMSS del HGZN1 información anual de morbilidad 2008.

16.- Norma oficial Mexicana NOM206-SSA1-2002.

17.- La declaración Helsinki. <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>.

18.- Reglamento de la Ley Federal de la salud en material de prestaciones de servicio de la atención en el servicio de urgencias.

19.-Tiempo de espera. El triage una alternativa en el Departamento de Emergencia. Rev Invest Clin 2004: 56(3); 314-320

20.- Motivo para la demanda de atención en el Servicio de Urgencias. Unidad médica N38, de Tampico del Instituto Mexicano del Seguro Social (México), Vol. 6, Núm. 1.1994; 1-3.

21.- Estudio del triage y tiempo de espera en un servicio de urgencias hospitalario. B Álvarez Álvarez, J. Gorostidi Pérez. Emergencia.Vol.10 Núm. 2, Marzo – abril 1998: pág. 100-104

***19. - ANEXO***

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NO SE REQUIERE.

