



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA DE URGENCIAS.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SINALOA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 32.
GUASAVE, SINALOA**

**“PRIORIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS CON EL SISTEMA TRIAGE”**

**PARA ELGRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS
PRESENTA:**

CESAR CARLOS GALLARDO ALDANA.

GUASAVE, SINALOA

2014



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.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 32

**QUE PARA OBTENER ELGRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE
URGENCIAS PRESENTA:**

CESAR CARLOS GALLARDO ALDANA.

**DR. DURAN GALVEZ OMAR IVAN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE
URGENCIAS PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No. 32, GUASAVE, SINALOA.**

DRA. PAULA FLORES FLORES

**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
CULIACAN, SINALOA.**

GUASAVE, SINALOA

2014

INDICE GENERAL

1.- Marco teórico	5
1.1.-Antecedentes científicos.....	7
1.2.- Antecedentes históricos.....	8
2.- Planteamiento del problema.....	10
3- Justificación.....	11
3.1.-Distribución.....	17
3.2.- Prioridades de la enfermera de TRIAGE.....	20
4.- Objetivos	21
4.1.- Generales	21
4.2.- Específicos	21
5.- Metodología	23
5.1.-Tipo de estudio.	23
5.2.-Diseño de Investigación.....	23
5.3.-Población, lugar y tiempo de Estudio.....	23
5.4.-Tipo de muestra y tamaño de la misma.....	23
5.5.-Criterios de selección	24
5.6.-Criterio de inclusión	24
5.7.-Criterio de Exclusión.....	24
5.8.-Criterio de Eliminación.....	24

6.-Variables	25
6.1.- Operacionalidad de variables	25
7.-Instrumento de recolección de datos.	28
8.-Método o procedimiento para captar la información	29
9.-Análisis Estadístico	30
10.-Recursos	31
10.1.- Recursos humanos.....	31
10.2.- Recursos materiales	31
11.- Cronograma de actividades	32
12.- Resultados	33
13.-Discusión.....	35
14.- Conclusiones.....	40
15.- Referencias Bibliográficas.....	41
16.- Anexos y Graficas	45

1.- MARCO TEORICO

TRIAGE de urgencias y emergencias

Se trata del proceso de clasificación tanto para los que acuden a un Servicio de Urgencias, hospitalario o extra hospitalario. Entendemos por TRIAGE de urgencias el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa según su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y revaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico. El triage de emergencias extra hospitalario tiene dos componentes: (1) Triage telefónico, entendido como el proceso de clasificación de los pacientes por el Centro Coordinador o Regulador de Emergencias, con base en la valoración protocolizada de su grado de urgencia, de forma que se establezcan los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y se active el mejor recurso de atención para su caso y/o el mejor medio de transporte sanitario al centro sanitario más adecuado, independientemente del orden de la demanda asistencial; y (2) el Triage de Emergencias, entendido como el proceso de clasificación de los pacientes por un equipo sanitario de atención pre hospitalaria, de acuerdo a la valoración protocolizada de su grado de urgencia, de forma que se establezca los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y el mejor medio de transporte sanitario al centro sanitario más adecuado.

En los hospitales, generalmente es realizado por el personal de enfermería.

En la actualidad quizás es el que más se está desarrollando, fundamentalmente en los hospitales. Hasta ahora se utilizaban distintas sistemáticas, en los distintos hospitales con validez variable. En los últimos años se han creado distintas escalas en Canadá (*Canadian Triage and Acuity Scale*) basado en el australiano, Reino Unido (*Manchester Emergency Triage System*), Estados Unidos (*Triage Scale Standardization*), Andorra (Modelo Andorrano de Triage) basado en el canadiense y Australia (*The Australasian Triage Scale*).

En España se han realizado dos adaptaciones, que se están implantando en varios hospitales:

- El "SET", Sistema Español de Triage, que resulta de una adaptación del "MAT", Modelo Andorrano de Triage. En él hay 650 motivos de consulta distribuidos en 32 categorías sintomáticas, que con datos del interrogatorio y unos datos exploratorios básicos, clasifican con 5 niveles de urgencia.
- El "Manchester", basado en el sistema del mismo nombre del Reino Unido. A partir de 51 motivos de consulta y a través de unas preguntas dirigidas en un diagrama. Es decir según la respuesta si/no, se produce la clasificación, con 5 niveles de gravedad.

En estos momentos hay grupos de trabajo en varias comunidades autónomas (Navarra, Comunidad Valenciana...) para crear otros programas alternativos.

La tendencia actual, en la mayoría de los hospitales, es la de establecer 5 niveles de gravedad, según la posible demora en su atención:

- *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 hasta 10 minutos.
- *Nivel 3 o amarillo*: la atención por el médico puede demorarse hasta 60 minutos.
- *Nivel 4 o verde*: la atención por el médico puede demorarse hasta 2 horas.
- *Nivel 5 o azul*: la atención por el médico puede demorarse hasta 4 horas.

1.1 ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La palabra TRIAGE proviene del término francés trier que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar” y a la hora de utilizarse en un SUH 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.

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.

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 do Salnés desde su puesta en marcha.

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.

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

Con el propósito de proporcionar un servicio oportuno y eficiente, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) informa a los derechohabientes sobre el sistema implementado en los servicios de urgencias, que considera la severidad de las afectaciones de salud que presente un paciente.

El sistema conocido como TRIAGE, contribuye para que derechohabientes diferencien las urgencias reales y sentidas, explicó la titular de la Jefatura de Prestaciones Médicas de la delegación del IMSS, María de Lourdes Carranza Bernal.

El sistema TRIAGE tiene cinco clasificaciones, que pueden ser diferenciadas con colores: Color rojo para los casos de resucitación, que es el 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.

Color naranja para emergencia o estado del paciente que requiere atención médica dentro de los siguientes 10 minutos posteriores de su llegada al servicio de urgencias.

Color amarillo para urgencia o 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.

La clasificación del color verde o urgencia menor del sistema TRIAGE es para el 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.

Y la última clasificación es el color azul o clasificación de “sin urgencia” es para el 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 urgencias.

La especialista informó que en 2012 en el Hospital General Regional (HGR) No.1 hasta 75 por ciento de las atenciones en esta área fueron falsa alarma, debido a que por cualquier padecimiento menor, el paciente o sus familiares, desean que sea atendido con prontitud, no considerando una verdadera necesidad médica.

Carranza Bernal exhortó a los derechohabientes para que se informen sobre este sistema y sobre cuáles son los tipos de padecimientos que ameritan la atención inmediata en el servicio de urgencias y solicitarlo con mucha responsabilidad sólo en caso de una urgencia real con el fin de mantener los servicios de urgencias sin sobrecarga en forma innecesaria para poder otorgar atención oportuna de las verdaderas urgencias que ponen en riesgo la vida de cualquier persona.

Cabe recordar que el servicio de atención médica a urgencias está disponible en todas las unidades hospitalarias de la Delegación Guerrero y está en funciones las 24 horas de los 365 días del año.

En las Unidades de Medicina Familiar (UMF) se denomina como Atención Médica Continua (AMC) y se ofrece como un servicio médico de primer contacto para todos los derechohabientes que requieran atención repentinamente.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TRIAGE en urgencias es la clasificación de los pacientes basado en su condición actual de salud, define además la prioridad para la atención de un paciente en el servicio de urgencias según la gravedad de su estado clínico y esta valoración clínica la realiza una enfermera profesional y/o médico, es importante resaltar que en un TRIAGE no se diagnóstica.

El sistema TRIAGE solo determina la prioridad de la urgencia según la patología. Sirve para determinar el tiempo máximo de espera para ser atendido en la institución (nivel de clasificación: I, II, III, IV), para informar a los pacientes y sus familias, para brindarle seguridad al paciente.

Se clasifica en: I. Pacientes que presentan una situación que amenaza o pone en riesgo la vida. II. Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital. III. Pacientes que presentan un problema de salud que no compromete la integralidad del paciente. IV. Paciente con problema no agudo que no asiste a consulta externa y espera ser atendido en urgencias por una molestia menor o crónica.

En caso de que por falta de recursos no pudiera cumplirse con estos tiempos se debería retirar, es decir volver a valorar la situación del paciente. Cabe señalar que a nivel hospitalario el triaje es una actividad especializada de los servicios de emergencia o urgencia, que se caracteriza por un registro escrupuloso de las funciones vitales, escalas e índices diversos, los que son constantemente evaluados para mejorar los resultados, evitando el sobretriaje o subtriaje, asegurando la calidad de atención.

Los programas referidos, aunque engloban teóricamente el nivel extra-hospitalario, no reflejan las características diferentes en este medio.

3.- JUSTIFICACION:

El profesional o profesionales que realicen la clasificación de los pacientes en un servicio de urgencias con Triage estructurado han de tener tacto, paciencia, capacidad de comprensión y discreción. Han de tener capacidad organizativa y resolutive en situaciones difíciles. Han de ser capaces de reconocer a los pacientes realmente enfermos mediante la correcta aplicación de una escala de triage normalizada.

El médico y/o personal del triage ha de tener acceso rápido o estar en contacto con el área de recolección administrativa del servicio y con el área de espera de los pacientes. Ha de recibir a los pacientes y sus familiares de una cálida empática, en un ambiente seguro íntimo, privado y con máxima confidencialidad. Ha de conocer perfectamente la escala aplicada, realizar una rápida evaluación clínica, recogiendo los datos expresados por el paciente y entrevista; cuando sea necesario, para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta y la situación fisiológica del paciente y documentar dicha valoración.

El médico y/o personal del triage es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc.

En esta etapa el enfermero también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un triage debido a lo evidente de su patología.

Esta parte del proceso se realizará a ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado, preferiblemente en una dependencia habilitada a tal fin dotada de medios simples.

El Médico y/o personal del triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, así como una breve historia (antecedentes y alergias conocidas) y

valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente (Ver en el anexo 1 “Ayuda y herramientas de triage”).

En primer lugar llevará a cabo una entrevista breve en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente, desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes. La entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje que el paciente pueda comprender.

Mientras realiza la entrevista el enfermero hará una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner la vida del paciente en peligro, a continuación valora al paciente si lo cree necesario para la posterior clasificar al paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.

En algunos casos se hará necesario la toma de constantes (FC,TA,Tª,Sat O2, etc), que han de ceñirse a aquellas que sean elementales para su valoración y la realización de pruebas simples (glucemia capilar).

Se recomienda la utilización del pulsioxímetro de mano como herramienta importante de la enfermera de triage.

Se considera la parte clave del proceso, en algunos artículos se habla de ella como triage en sí, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención facultativa.

El Triage de Enfermería se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.

- **Nivel I (ROJO):** Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación). Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata. Presenta cianosis central y periférica, palidez grisácea, livideces, frialdad acra. Respiración ausente, lenta o superficial. Sin pulsos periféricos o muy débiles, bradicardia y TA imperceptible. Inconsciente y poco o nada reactivo. Su atención debe ser inmediata. Dentro de este nivel se encontrarían:

Ejemplos: En este nivel se podrían encuadrar:

- -Coma.
 - -Estatus convulsivo.
 - -Hemorragia Digestiva Alta inestable.
 - -HDA aguda.
 - -Disnea aguda más estado crítico.
 - -Isquemia de miembros.
 - -Síncope con alteración de constantes-
 - -Hemoptisis aguda o con estado crítico.
 - -Dolor Torácico o con características isquémicas.
 - -Estados de agitación
 - -Diabetes descompensada.
 - -Traumatismos graves.
 - -Fracturas de miembros más signos de gravedad.
 - -Quemados más signos de gravedad.
 - -Traumatismos torácicos más signos de gravedad.
 - -Traumatismos abdominales más signos de gravedad.
 - -PCR
 - -Pre-PCR
 - -Poli traumatizado grave.
-
- **Nivel II (NARANJA):** esta denotan lesiones de riesgo que requieren de atención inmediata para aumentar la posibilidad de supervivencia del paciente, estos pacientes suelen recibir una respuesta y atención rápida para lograr estabilizarlos para recibir los cuidados adecuados. Son prioridad para ser transportados fuera de la unidad en caso de ser necesario.

Ejemplos: Pacientes en choque,

- Estado epiléptico o convulsivo,
- Paro Cardíaco o respiratorio,
- Dificultad para respirar,
- Fracturas o golpes graves,

- Traumas (cráneo, cadera)
- Heridas graves,
- Parto en curso,
- Intento de suicidio,
- Abuso sexual,
- Embarazadas con sangrado,
- etc.

Los signos apreciables en este nivel serian:

- Impresión general de gravedad.
- Piel y mucosas.- Palidez, cianosis, petequias, hipo perfusión peri-férica.
- Respiración.- Disnea, taquipnea, ruidos respiratorios, tiraje costal, aumento del trabajo respiratorio, estridor.
- Circulación.- Taquicardia, bradicardia, pulso filiforme.
- Neurológico.- Confusión, estupor, obnubilación, agitación, ansiedad.

.Nivel III (AMARILLO): En este Nivel se indica que un paciente tiene lesiones que no amenazan su vida y que pueden esperar para recibir la atención médica.

A estos pacientes se les proporcionan analgésicos y líquidos para ayudarlos a sentirse mejor hasta que reciban la atención médica adecuada para su sintomatología grave o moderada.

Ejemplos:

- Tos con expectoración y fiebre,
- Cuerpo extraño en el ojo, oído,
- Dolor de cabeza,
- con síntomas asociados,
- Signos de infección de herida quirúrgica,
- Heridas que necesitan puntos que no involucren órgano vital,
- Embarazadas sin sangrado,
- Dolor de pecho de más de 5 días,
- Dolor abdominal etc.

•

- **Nivel VI (VERDE):** Agudo no crítico. Estos pacientes han presentado sintomatología leve que no requieren de atención inmediata, las lesiones en la piel, cortes y heridas se limpian y desinfectan para evitar las infecciones pero generalmente el tratamiento adicional será en la consulta externa con su médico familiar.
- Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. Suponen una parte importante del grueso de pacientes que acuden al Servicio. Promedio de espera para recibir la atención médica será de hasta 1 hora con 20 min.
- Entre las patologías que se pueden encuadrar en este apartado tenemos:
 - Estado pos crítico.
 - Cefalea brusca.
 - Paresia y alteraciones del habla.
 - Ingesta medicamentosa.
 - HDA estable.
 - Vértigo con afectación vegetativa.
 - Síncope sin alteración de constantes.
 - Síndromes piramidales.
 - Dolor torácico de características no isquémicas.
 - Urgencias psiquiátricas: psicosis agresivas, intentos autolíticos.
 - Dolor abdominal.
 - Quemaduras agudas.
 - Heridas sin signos de gravedad.
 - TCE consciente.
 - Vomito sin sangre.
 - Diarrea sin deshidratación, alergias,
 - enfermedades crónicas.
 - malestar general.

- **Nivel V (Azul):** Son aquellos pacientes que presentan procesos banales y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente. En aras de una buena calidad asistencial deberían ser atendidos por una molestia menor o crónica así que deben ser remitidos a la consulta externa con su médico familiar y pueden esperar hasta de 4 horas o 72 horas con su médico familiar. Entre los procesos que nos podemos encontrar en este grupo están:

Ejemplos.

- Estreñimiento.
- Cefalea crónica sin síntomas asociados.
- Cólico menstrual.
- Oalgias.
- Odontalgias.
- Dolores inespecíficos leves.
- Traumatismos y esguinces leves.
- Miembros dolorosos sin signos de isquemia.
- Enfermos con patología no aguda, remitidos o no.
- Dolores osteomusculares sin signos de fracturas
- Procesos gripales.

Se debe considerar la clasificación como un proceso continuo, donde podamos ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante la espera del paciente que necesiten una nueva asignación, esto incluye la sala de espera. Ante una situación difícil y comprometida en el momento de clasificar, la enfermera siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor, consultando si es preciso con un facultativo.

Al establecer los niveles de prioridad la enfermera deberá diferenciar entre la prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales: ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc. También se tendrán en cuenta factores externos como la hora del día, la presión asistencial, etc.

La clasificación no debe considerarse algo cerrado ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores que afecten al paciente .Ej.: un niño con fiebre de 39.5°C debe priorizarse más que un adulto con la misma temperatura; una hemorragia moderada debe ser tratada antes en una persona que padece una anemia crónica, etc.

La clasificación es una de las partes del proceso que más afecta al paciente , ya que de ella se derivará su posible espera, por lo tanto es necesaria una información precisa y clara de sus resultados .Es imprescindible aclararle al paciente o sus familiares el grado de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar y porqué. Con una buena información inicial se evitan problemas posteriores.

Una vez realizada la Clasificación la enfermera marcará el nivel de gravedad en la Hoja de Enfermería de Urgencias.

3.1.- Distribución.

Tras la clasificación del paciente la enfermera de triage debe ser la mejor preparada para decidir en ese momento cual es el área del servicio de urgencias donde mejor atención se le prestará.

Por lo tanto esta profesional debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio: qué áreas están más saturadas, la presión asistencial, la cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados. En base a estas circunstancias tomará sus decisiones aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el triage, no debe dejarse en ningún modo cerrado, porque como se ha explicado anteriormente el triage es un proceso abierto y las circunstancias tanto del usuario como del servicio son cambiantes.

Distribución según niveles de gravedad:

- **Paciente ROJO o paciente crítico:** será acompañado rápidamente al Box de Críticos o Reanimación alertando al resto del personal de la llegada, así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización. Se seguirá el protocolo de actuación en pacientes críticos. Se propone que el

personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 médico, 2 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería.

- **Paciente NARANJA o paciente agudo no crítico:** Pacientes que superan la valoración ABC (vía aérea ventilación y circulación) pero cuya situación es de potencial deterioro.

Pasan a box de reanimación o consulta adecuada (trauma en caso de accidente, general de EKG en caso de dolor torácico, etc.) Dentro de este grupo nos encontraríamos con cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámico

• **Paciente AMARILLO o agudo inestable:** se derivará según su gravedad

O disponibilidad del servicio al Box de Críticos o a un Box General. Se

Propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes es: 1

Médico, 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería.

- **Paciente VERDE o agudo estable:** se derivará a un box general o a la consulta rápida dependiendo de su estado. Si es una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en la consulta se trasladará a un Box. Si se prevé que precisará de las siguientes técnicas: EKG, Punción Lumbar, Sondaje Vesical, Sondaje Nasogástrico, Canalización vía o extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con yeso, administración de O₂, se pasará siempre a un Box del interior donde será valorada por Enfermería.
- **Paciente AZUL o de patología banal:** el paciente será atendido en la consulta rápida por el médico encargado de la misma con la ayuda de la enfermera de TRIAGE cuando sea preciso.

IMPORTANTE

- Los pacientes vistos en Consulta de primer contacto son seguidos por el médico de TRIAGE mientras estén en la sala de espera de resultados. Se encarga en la medida de lo posible de su traslado a otras zonas del hospital.
- Si los pacientes de Consulta de primer contacto pasaron a camas de Observación guiados por las enfermeras responsables de la zona interior.
- Una vez realizada la Distribución la asistente de ventanilla comunica al paciente y a su familia donde será atendido y donde debe realizar su espera.
- La Enfermera de Triage informa a sus compañeras de Boxes generales de los pacientes que serán pasados a los mismos así como de sus principales problemas.
- La Enfermera de Triage informa al facultativo de Consulta de primer contacto de los pacientes que tiene por atender.
- Ante la existencia de 2 ó más enfermos por valorar el orden de atención se establece:
 1. Atendiendo al de mayor gravedad.
 2. En caso de similar gravedad al que antes haya llegado al Servicio.

A la vista de la bibliografía consultada y a pesar de no haber coincidencia en el número de etapas se puede concluir que este tiene cuatro bien diferenciadas, aunque en algunos casos alguna de ellas no se tiene en cuenta (los protocolos de los hospitales J.R. Jiménez y Cabueñes se centran más en valoración y clasificación) y en otros casos se incluyen en otras (SEMES y SEEU incluyen la distribución en la clasificación). Las etapas no han de ser necesariamente sucesivas y que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea. Son:

PRIORIDADES DE LA ENFERMERA DE TRIAGE:

El médico de primer contacto de TRIAGE en nuestro Servicio de Urgencias acumula un gran número de tareas a realizar, lo cual le puede llevar en ocasiones a una saturación excesiva de su trabajo y de las tareas a realizar, por lo tanto se hace preciso una priorización de las labores que realiza. Se podría simplificar de la siguiente manera:

1ª Prioridad: Realizar la labor de Triage en sí, es decir RAC, Recepción, acogida, clasificación y distribución. Se realizará a todos los pacientes que acudan al Servicio en menos de 15 min.

2ª Prioridad: Atención de los pacientes de Consulta Rápida. **(Grafica #4).**

4- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las urgencias de acuerdo a prioridad en la atención con el sistema triage en el Hospital General de zona No 32 de Guasave Sinaloa.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Registrar las variables socio demográficas de la población en estudio.
- 2.- Identificar la condición clínica del paciente de acuerdo al triage.
- 3.- Medir tiempo de espera de atención de los pacientes en urgencias
- 4.- Identificar motivos de consulta en el servicio de urgencias.
- 5.- Registrar la procedencia de la población en estudio.

5.- METODOLOGIA

5.1.- TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva.

5.2.- DISEÑO DE INVESTIGACION:

El presente estudio será observacional según la interferencia del investigador, descriptiva de acuerdo a la comparación de las poblaciones y la búsqueda de causalidad, transversal de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado o el tiempo de estudio, y de acuerdo con el periodo en que se capta la información (de los antecedentes o causas) el estudio será retrospectivo.

5.3.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Derechohabientes en espera en el área del servicio de Urgencias que a consulta de primera vez de Hospital General de Zona No 32 durante el periodo de julio del 2013 al 31 de octubre del 2013.

5.4.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestreo: No probabilístico a conveniencia.

Muestra: $n = 100$

Análisis estadístico: Se realizó el vaciado de las variables en una base de datos. Análisis e interpretación de las variables en el programa estadístico SPSS 10.0, para la presentación de los resultados en el programa de Excel y Power Point de Microsoft Office. Al procesar las variables en el programa estadístico, se calcularon frecuencias, porcentajes y medidas tendencia central, de dispersión. Los resultados obtenidos se presentan en forma de cuadros y gráficas en los programas de Microsoft Excel de Microsoft Office.

5.5.1.-CRITERIOS DE SELECCIÓN: Se tomo en cuenta a todos los pacientes que acudieron al área de Urgencias del Hospital General de Zona No 32 Guasave Sinaloa en las fechas del Trabajo de Investigación.

5.5.2.- CRITERIO DE INCLUSIÓN: Se incluyen a todos los pacientes que acudan a la sala del servicio de urgencias de primera vez a consulta de medicina de urgencias

5.5.3- CRITERIO DE EXCLUSIÓN: Todos los pacientes sean o no derechohabientes del IMSS. O que no estén dentro del rango de edades promedio que se consideró.

5.5.4.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Todos aquellos pacientes que no tengan datos en el expediente electrónico por no ser derechohabientes IMSS.

6.- VARIABLES

SE recabo la información a través de la hoja de recolección de datos (Anexo 1), de a partir del análisis detallado del expediente clínico. Específicamente de las notas de valoración inicial realizada a la llegada de los pacientes al servicio de Urgencias adultos del H.G.Z No. 32 Guasave Sinaloa que acudieron del mes de Julio del 2013 al mes de Octubre del mismo año.

6.1.- CUADRO OPERACIONALIDAD DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION:

Tipo de urgencia: atención medica solicitada en el servicio de urgencias que puede ser real si el problema médico-quirúrgico agudo pone en peligro la vida, o sentido a todo padecimiento de orden agudo que el paciente siente que amenaza su vida casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa.

Cualitativa, nominal, dicotómica.

Escala de medición: urgencia real, urgencia sentía

*Motivo de consulta: es todo aquel padecimiento que motivo al paciente a acudir al servicio de urgencias.

Cualitativa, nominal.

Escala de medición: disnea, tos, dolor abdominal, dolor torácico, cefalea, alteraciones neurológicas,

Síndrome febril, síndrome diarreico, hemorragias, traumatismo, heridas, quemaduras, intoxicaciones, otros.

*tiempo de evolución al recibir la atención: es el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su llegada al servicio de urgencias.

Cuantitativa continúa de intervalos.

Escala de medición: 1-60 minutos, 1-24 horas, 2-5 días, 6 o más días.

*Procedencia: lugar del que el paciente es derivado al servicio de urgencias.
Cualitativa, nominal.

Escala de medición: domicilio, unidad de medicina familiar, otro.

*Especialidad del médico que atiende: es el grado de especialidad que tiene el médico encargado de valorar al paciente.

Cualitativa nominal.

Escala de medición: urgencias médicas, medicina familiar, medicina general, otra especialidad.

*tiempo de espera es el tiempo que el paciente tiene que esperar hasta que recibe atención médica.

Cuantitativa continúa.

Escala de medición: minutos

*Ingreso al área de observación se encuentra dentro del servicio de urgencias en donde los pacientes no deben permanecer más de 8 horas mientras se define su egreso o ingreso.

Cualitativa, ordinal, dicotómica.

Escala de medición: SI / NO.

*Destino: es la decisión que se toma en el servicio de urgencias al concluir la valoración, ya sea en consulta o en el área de observación, sobre el egreso del paciente a su domicilio con control en UMF, al área de hospitalización o su defunción.

Cualitativa, nominal.

Escala de medición: domicilio, hospitalización, defunción.

*Padecimiento quirúrgico: enfermedad cuya sospecha implica considerar tratamiento quirúrgico en forma urgente como es el caso de oclusión intestinal, entre otros.

Cualitativa, ordinal, dicotómica.

Escala de medición: SI / NO.

*Resolución quirúrgica urgente: todo padecimiento que haya tratamiento en el quirófano forma urgente.

Cualitativa. Ordinal, dicotómica.

Escala de medición. SI / NO.

Edad: laxo de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.

Cuantitativa, continúa.

Escala de medición: años

*Sexo: características físicas que diferencian al hombre de la mujer.

Cualitativa, dicotómica.

Escala de medición: MASCULINO / FEMENINO.

7.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

Se utilizó una hoja de recolección de datos con la cual fue capturada la información sobre los pacientes que presenten en este servicio de Urgencias en el periodo acordado en el Hospital General de zona no 32 de Guasave Sinaloa.

El instrumento se compone de 3 apartados: el primero contiene los datos personales del paciente como número de afiliación, agregado médico y estado civil, datos que fueron recabados en el área de ARIMAC (Áreas de Informática Médica y Archivo Clínico); en el segundo apartado estarán los datos que se obtuvieron directamente en el expediente electrónico. Y el tercero donde se determina el color al que se deriva al paciente dependiendo de la valoración.

Técnicas y procedimientos

- 1.- Detectar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
- 2.- Identificar una atención justa acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente. **(Grafica #1).**
- 3.- Valorar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital. **(Grafica #2).**
- 4.- Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias. (Box-sala de reanimación)
- 5.- Al registrar a los pacientes hay que informar a los familiares cercanos sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable.

6.- Determinar la atención con los pacientes en el servicio de urgencias por medio del primer contacto

7.- Una vez diagnosticado al paciente por su patología hacer lo necesario para que su atención sea rápida y con más calidad.

8.- Realizada una rápida valoración sanitaria de todos los pacientes que acuden a Urgencias se detectan sus principales problemas de salud asignándole el color al que corresponden. **(Grafica #3)**

9.- Establecer comunicación con el paciente sobre su situación real durante su espera, sobre todo en aquellos que presentan patologías banales que tendrán una espera más larga.

8.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION:

Se recabo la información a través de la hoja de recolección de datos, a partir del análisis detallado del expediente clínico, especialmente, de las notas de valoración inicial realizada a la llegada de los pacientes al Servicio de urgencias adultos.

CODIGO			(1)
FECHA	HORA	NOMBRE	(4)
(2)	(3)	No AFILIACION	(5)
FC	(6)	SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES	
FR	(7)	(10)	
TA	(8)		
TEMPERATURA	(9)		
NOMBRE DEL MÉDICO QUE VALORO		(11)	

- 1.- Color que se asigna dependiendo de la urgencia.
- 2.- Fecha en que se recibe al paciente.
- 3.- Hora en que se recibe al paciente.
- 4.- Nombre completo del paciente
- 5.- Número de Afiliación IMSS.
- 6.- Frecuencia Cardiaca.
- 7.- Frecuencia Respiratoria.
- 8.- Tensión arterial.
- 9.- Temperatura.
- 10.- Los síntomas y signos que se reportan por paciente.
- 11.- Datos del médico de Urgencias.

9.- ANALISIS ESTADISTICO:

Se realizó el vaciado de las variables en una base de datos. Análisis e interpretación de las variables en el programa estadístico SPSS 10.0, para la presentación de los resultados en el programa de Excel y Power Point de Microsoft Office. Al procesar las variables en el programa estadístico, se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medidas tendencia central, de dispersión según correspondía a las variables.

Los resultados obtenidos se presentaran en forma de cuadros y gráficas en los programas de Microsoft Excel de Microsoft Office.

10.- RECURSOS

10.1.- Recursos humanos:

- Medico responsable del proyecto.
- Personal del departamento de archivo clínico y sector técnico.
- Asesor estadístico.
- Trabajadora Social.
- Asistente médica.
- Enfermera del servicio de urgencias.
- Médico residente.

10.2.- Recursos materiales:

- Hojas blancas.
- Tarjetas para recolección de datos.
- Plumaz y lápiz.
- Borradores.
- Copias.
- hojas de papel bond.
- Financieros: por el investigador y la institución.
- Equipo de cómputo e impresión:
Programa: Microsoft Office Word 2007.
Microsoft Office Excel 2007.
Microsoft Office Power Point 2007.

11. - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FECHA PROGRAMADA
Elaboración de protocolo	4 meses
Registro de protocolo	1 mes
Revisión del comité de evaluación	4 mes
Dictamen de autorización de protocolo	1 mes
Recolección de los datos	4 meses
Análisis de resultados	1 mes
Interpretación de datos y conclusiones	1 mes
Redacción e informe final	1 mes
Envío y entrega de proyecto	1 mes

12.- RESULTADOS:

Se analizaron 382 casos. El perfil presentado por la población que acudió al Servicio de Urgencias fue: 46,2% Mujeres, 53,8% hombres, con una edad media de 51,8 años, el (28,3% mayor de 70 años), el 64,3% estaban casados, en situación laboral: 41,5% activa.

El 42,5% no tenían estudios aunque de éstos, el 35,7% sabía leer y escribir. Los días más frecuentados fueron miércoles (29,5%) y martes (22,2%), con una patología más prevalente, la osteomuscular.

Podemos observar que los tiempos de espera más frecuentes para las urgencias reales son de 11.5 y 23.1 minutos, seguidos de 7.7 minutos 0 minutos, sin embargo, este último se ve seguido por un tiempo 46.1 minuto y finalmente que resaltar que se presentaron urgencias reales con tiempo de espera hasta de 69.2 minutos.

En caso de urgencias sentidas podemos observar que el tiempo de espera es de frecuente 15.8 minutos, seguido de 31.6 minutos, resaltando que algunas de estas urgencias se atendieron dentro de un tiempo de 0 de minutos, es decir, inmediatamente, con un tiempo de espera máximo de 142.1 minutos.

Según la percepción de los tiempos de espera por el paciente, se estimó que: el tiempo medio hasta la valoración inicial, generalmente realizada por enfermería, fue aproximadamente de 29 minutos (Tabla 1); 43 minutos para ser visto por el médico y aquellos pacientes que debían ser valorados por el especialista, hasta 136 minutos. El tiempo total medio percibido por los pacientes en el Servicio fue 162 minutos.

Los valores de los tiempos reales se aproximaron a los percibidos cuando nos referimos a la valoración inicial y a la visita inicial por el médico. No ocurrió lo mismo en el caso del tiempo total, donde la percepción del tiempo estimado por

los pacientes fue mucho mejor que la real. El tiempo de valoración por enfermería mostró una tendencia estable, frente al importante tiempo de espera para ser visto por el especialista

Las medidas de los tiempos percibidos fueron de 15 minutos para la valoración inicial, 30 minutos para ser visto por el médico y 129 minutos cuando debían ser valorados por el especialista. La mediana de tiempo total percibido fue 150 minutos. Los tiempos reales se aproximaron a los percibidos cuando nos referimos a la valoración inicial ($p=0,07$) y a la visita inicial por el médico ($p=0,78$). No ocurrió lo mismo con el tiempo total estimado por los pacientes que fue mucho menor que el real ($p<0,0001$). El tiempo percibido hasta la visita por el especialista no difirió significativamente del real.

13.- DISCUSIÓN:

Este estudio representa una descripción sobre el uso del Triage en el Hospital General de Zona c/MF No. 32 Guasave Sinaloa, como se planteó en el marco teórico un amplio porcentaje de los pacientes recibidos y evaluados en esta Unidad después de analizar los criterios y evidencias, las cuales justificaron el ingreso del mismo a el servicio de Atención Medica Continua.

Es probable que debido a lo antes mencionado, el motivo de ingreso más frecuente fue el Dolor Abdominal.

Se observa también que en los criterios de ingreso menos frecuentes son Obstétricos y Traumatológicos lo cual puede justificarse con base en que existen Centros Especializados en dicha Atención.

Los resultados con respecto a los niveles de prioridad de atención son similares a los encontrados por otros autores, quienes descubrieron que la mayoría de los pacientes se catalogan en un Nivel II (Azul – verde) y en menor número en un Nivel de prioridad I (Rojo – Naranja).

Se han observado distintos motivos por los cuales los médicos del Triage en el servicio de Urgencias y/o Atención Medica Continua no se pueden apegar a los modelos propuestos, propiciando el ingreso de pacientes a pesar de no contar con criterios reales para ser admitidos y esto hace que se demore la pronta atención provocando que algunos familiares se muestren inconformes, pero aún así se trata de dar la mejor atención médica a todos los pacientes como se describe en la Justificación.

En encuestas recientes se ha permitido visualizar que el dolor abdominal ocupa el primer lugar y el dolor torácico el segundo lugar como motivo de ingreso en el Hospital General de Zona #32 Guasave Sinaloa, en el servicio de urgencias adultos en relación al Hospital General de Subzona No. 30 Guamúchil Sinaloa.

En relación al punto anterior sobre las hojas de ingreso el 15.7 % de los síntomas presentados después de haber hecho un diagnóstico de estos pacientes se determina que su problema debería ser atendido y tratado en el área de la consulta externa por su médico familiar por no considerarse urgencias reales si no sentidas.

Haciendo un análisis después de valorar a los pacientes a su llegada se obtuvo la conclusión de que el 77% son traídos por sus familiares desde sus domicilio en comparación con el 17.5% que son derivados de otras U.M.F (periféricas), o por sus médicos familiares y solo el 5.5% son urgencias traídas por los servicios de urgencias como: Cruz Roja, D.S.P.M, T.T.O, y/o Protección Civil.

Analizando detalladamente las encuestas que se aplicaron al solicitar la atención mencionan en su mayoría los síntomas presentados por los pacientes eran de evolución reciente, pero al ser valorados y cuestionados por el médico de urgencias la gran mayoría aclara que su padecimiento es mayor a las 24 horas de evolución, así que dejan de ser urgencias reales para convertirse en urgencias sentidas.

Tabla 1.
Síntomas presentados por los pacientes en el servicio de Urgencias Adultos. (Grafica #5)

Motivo de consulta	Frecuencia	%
Dolor abdominal	89	23.3
Disnea	25	6.5
Dolor torácico	33	8.6
Disuria y hematuria	25	6.5
Cefalea	29	7.6
Tos	20	5.2
Alteraciones neurológicas	31	8.1
Síndrome febril	15	3.9
Síndrome diarreico	8	2.1
Hemorragia	14	3.7
Traumatismo	11	2.9
Heridas	4	1.0
Quemaduras	1	0.3
Intoxicaciones	3	0.8
Mareo y vértigo	14	3.7
Otros	60	15.7
total	382	100.0

Como resultado las primeras causas para solicitar la atención del servicio de urgencias fue el dolor abdominal que ocupa el primer lugar de estar con 23.3% dentro de esta categoría trastornos de la motilidad de colon, enfermedad ácido-péptica agudizada y padecimientos potencialmente quirúrgicos.

Como segunda causa se encuentran denominación de otros con un 15.7% en el cual se incluyen todos aquellos motivos que se clasificaron en otras categorías.

En tercer lugar se encuentra el dolor torácico con 8.6% seguido por alteraciones neurológicas en 8.1% cefalea en 7.6%, siendo las menos frecuentes con .8% y quemaduras con 0.3%.

Tabla 2.-

Tiempo de Espera al solicitar la atención médica de acuerdo al tipo de urgencia. (Grafico 6)

TIEMPO DE EVOLUCION	TIPO DE URGENCIA			
	REAL		SENTIDA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
0 – 60 minutos	6	1.57	8	2.09
1 – 24 horas	41	10.73	163	42.67
2 - 5 días	11	2.88	85	22.25
2 o más días	10	2.62	58	15.18
Total	68	17.8	314	82.19

Como se observa en la tabla 2 la mayor parte de los pacientes buscan ayuda o son traídos al servicio de urgencias por sus familiares dentro de la primeras 24 hrs de inicio del padecimiento.

Procedencia del paciente.

Procedencia del paciente	frecuencia	%
Domicilio	292	77.0
U.M.F	69	17.5
Otro	21	5.5
total	382	100.0

El 77% de los pacientes valorados en el servicio de urgencias adultos acuden procedentes de su domicilio. **(GRAFICA #7).**

14.- CONCLUSIONES:

Las urgencias de acuerdo a prioridad en la atención con el sistema triage en el Hospital General de Zona No 32 de Guasave Sinaloa fueron atendidas en tiempo y forma.

El tiempo de espera en el servicio de urgencias del HGZ C/MF No.32 Guasave Sinaloa es considerado rápido, fluido y de calidad.

El 2.28% de los pacientes se queda en el área de cuidado intensivo y el 8.15% en el hospital.

El 33.98% de los pacientes que llegan al Hospital General de zona No 32 de Guasave Sinaloa se va a su domicilio por no presentar patología grave.

En la atención en el área de urgencias en el Hospital General de Zona No. 32 de Guasave Sinaloa se reciben más pacientes en la clasificación VERDE Y AZUL se van a su domicilio.

Solo el 20% de los pacientes atendidos en el área de urgencias en el Hospital General de zona No 32 de Guasave Sinaloa son clasificados en el color ROJO.

La mayoría de los pacientes que acuden al triage en el Hospital General de Zona No. 32 de Guasave Sinaloa es más por un motivo de consulta ya que sus patologías no son de gravedad y las han tenido por más de 24 horas.

El triage en el Hospital General de zona No. 32 de Guasave Sinaloa es a donde llegan todos los pacientes para recibir atención y es ahí donde se clasifican por color según su sintomatología.

15.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1-** Bayés R. El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. Med Clin (Barc) 2000;115:141-4.

- 2-** Thompson DA, Yarnold PR, Adams SL, Spacone AB. How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department? Ann Emerg Med 1996;28:652-5.

- 3-** López-Madurga ET, Mozota J, González I, Sánchez Y, Enriquez N, Moliner J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de Un hospital de agudos. Emergencias 1999;11:184-90.

- 4-** Corbett SW, White PD, Wittlake WA. Benefits of an informal videotape For emergency department patients. Am J Emerg Med 2000;18:67-71.

- 5-** Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:37- 44.

- 6-** Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: What Matter most? Ann Emerg Med 1993; 22:586-91.

- 7-** Boudreaux ED, Ari RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient Satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit Characteristics and patient perceptions. Am J Emerg Med 2000; 18:394-400?

- 8-** Thompson AG, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts theory and evidence. Int J Qual Health Care 1995; 7:127-41.

- 9-** Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual Waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive Quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1996; 28:657-65.
- 10-** Krishel S. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1993; 22:568-72.
- 11-** Hedges JR, Trout A, Magnusson AR. Satisfied Patients Exiting the Emergency Department (SPEED) Study. *Acad Emerg Med* 2002; 9:15-21.
- 12-** Salazar A, Corbella X, Escarrabill J. Estudio prospectivo de los enfermos Que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el medico. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:35.
- 13-** Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med* 2004;26:13-26.
- 14-** Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la Frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1996; 18:243-7.
- 15-** Fernández A, Callejas JL, Paredes MI, Navarro D. Tiempos de espera y calidad asistencial en Urgencias. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:559.
- 16-** Ávila E, Herrera A, Moreno J. Organización de la asistencia de un servicio De Urgencias. *Todo Hospital* 1992; 85:71-5.
- 17-** Llorente S, Arcos PI, Alonso M. Factores que influyen en la demora del Enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 2000; 12: 164-71.

- 18-** Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en Urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:92-7.
- 19-** Fitzpatrick R. Telling patients there are nothing wrong. [Editorial]. *Br Med J* 1996;313:311-2.
- 20-** Singer AJ, Sanders BT, Kowalska A, Stark MJ, Mohammad M, Brogan GX. The effect of introducing bedside TV sets on patient satisfaction in the ED. *Am J Emerg Med* 2000;18:119-20.
- 21-** Torío J, García-Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria* 1997;19: 27-34.
- 22-** Montero FJ, Calderón de la Barca JM. Situación laboral de los SUH en España (I). *Emergencias* 2000;12:226-36.
- 23-** Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, Delbanco TL. Important elements of outpatient care: a comparison of patients 'and physicians' opinions. *Ann Intern Med* 1996;125:640-5.
- 24-** Quintana JM, Aróstegui I, Arcelay A, García M, Ortega M, Candelas S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Gac San* 1999;13:38-45.
- 25-** Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:37-44.

- 26-** Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin (Barc)* 1998;111:211-5.
- 27-** Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1997;17:348-53.

16.-

ANEXOS

Y

GRAFICAS

ANEXO 1.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

TIEMPO DE ESPERA EN LA SALA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ZONA C/MF # 32 GUASAVE SINALOA.

NOMBRE: _____

AFILIACION: _____

AGREGADO MEDICO: _____

EDAD: _____ AÑOS.

TIEMPO DE LLEGADA:

20 MIN _____ 40 MIN _____ 1:00 _____

PROCEDENCIA:

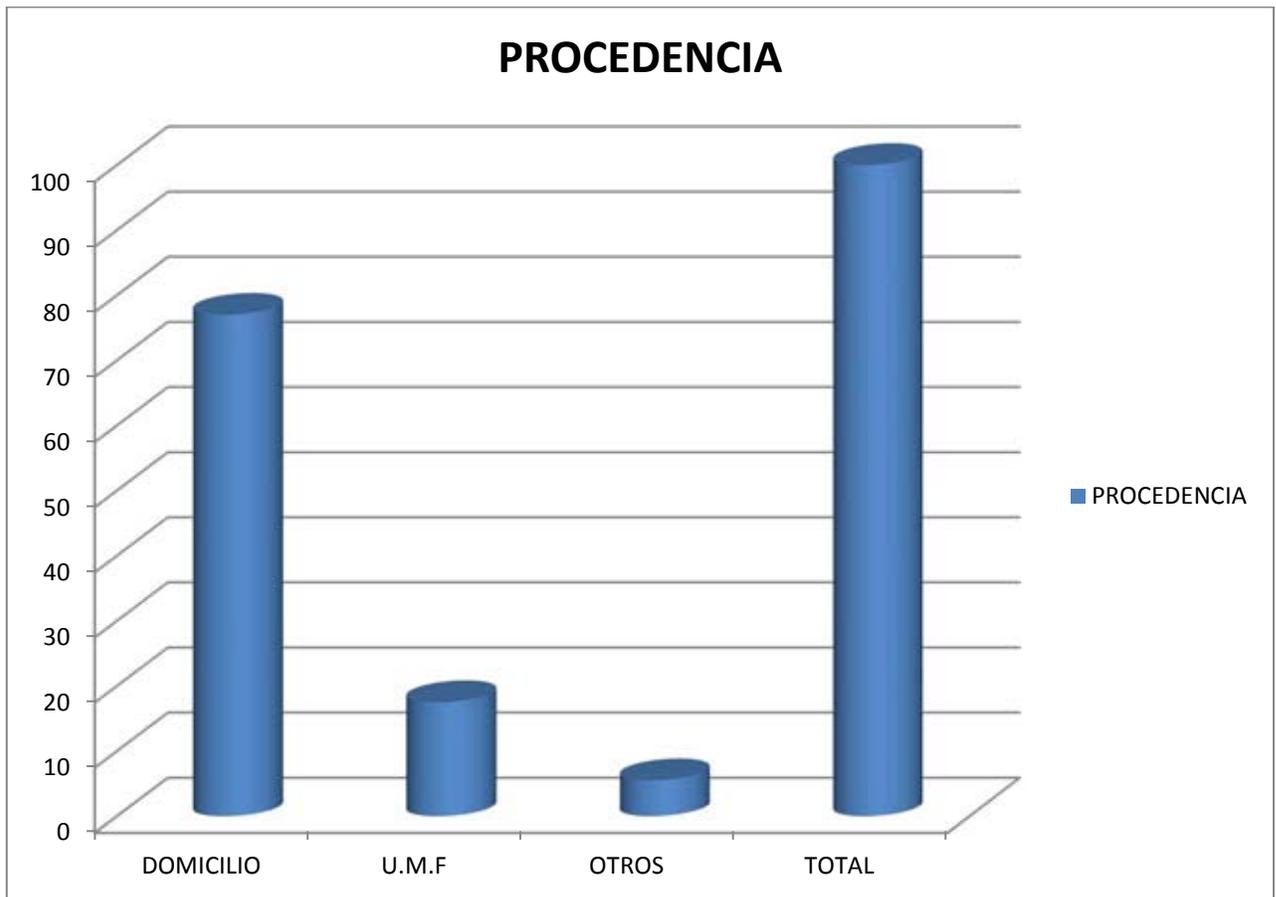
a.- Medio rural () b. Medio Urbano ()

PADECIMIENTO: _____

FUENTE: Hoja de recolección de datos en el área de ARIMAC.

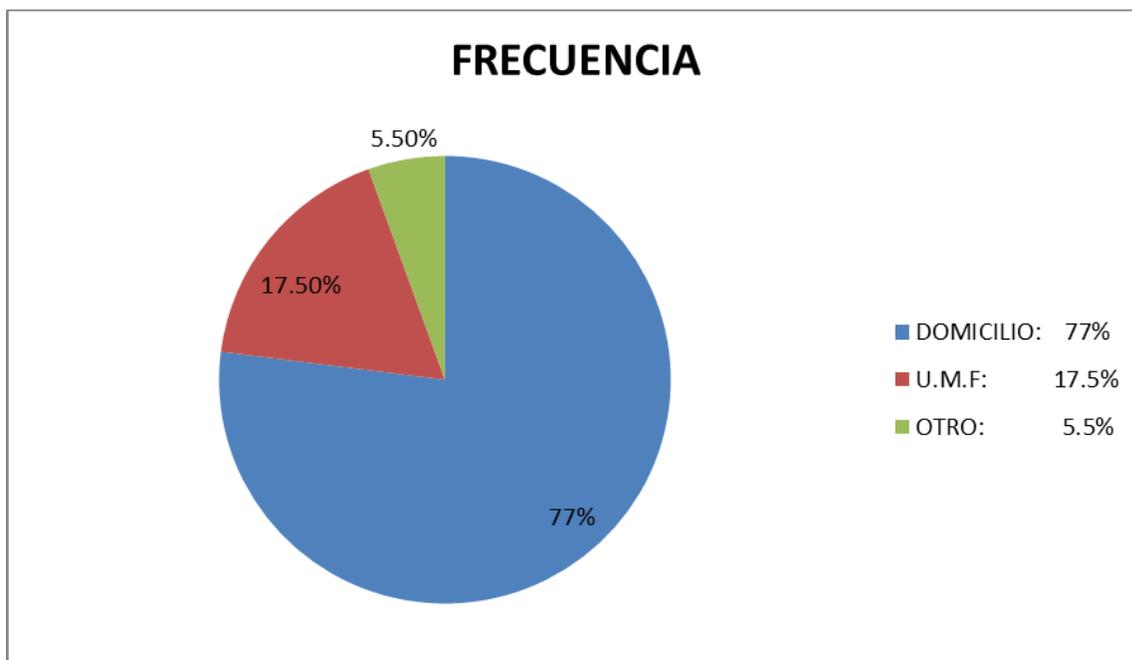
ANEXO: 2

Procedencia del paciente al recibir atención en el servicio de urgencias adulto del HGZ C/MF 32 Guasave, Sinaloa



Fuente: Encuesta aplicada a paciente en sala de espera.

ANEXO 3: FRECUENCIA CON QUE ACUDEN LOS PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS.



Procedencia del paciente	frecuencia	%
Domicilio	292	77.0
U.M.F	69	17.5
Otro	21	5.5
total	382	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes en sala de espera y información de sector técnico.

GRAFICA 1.

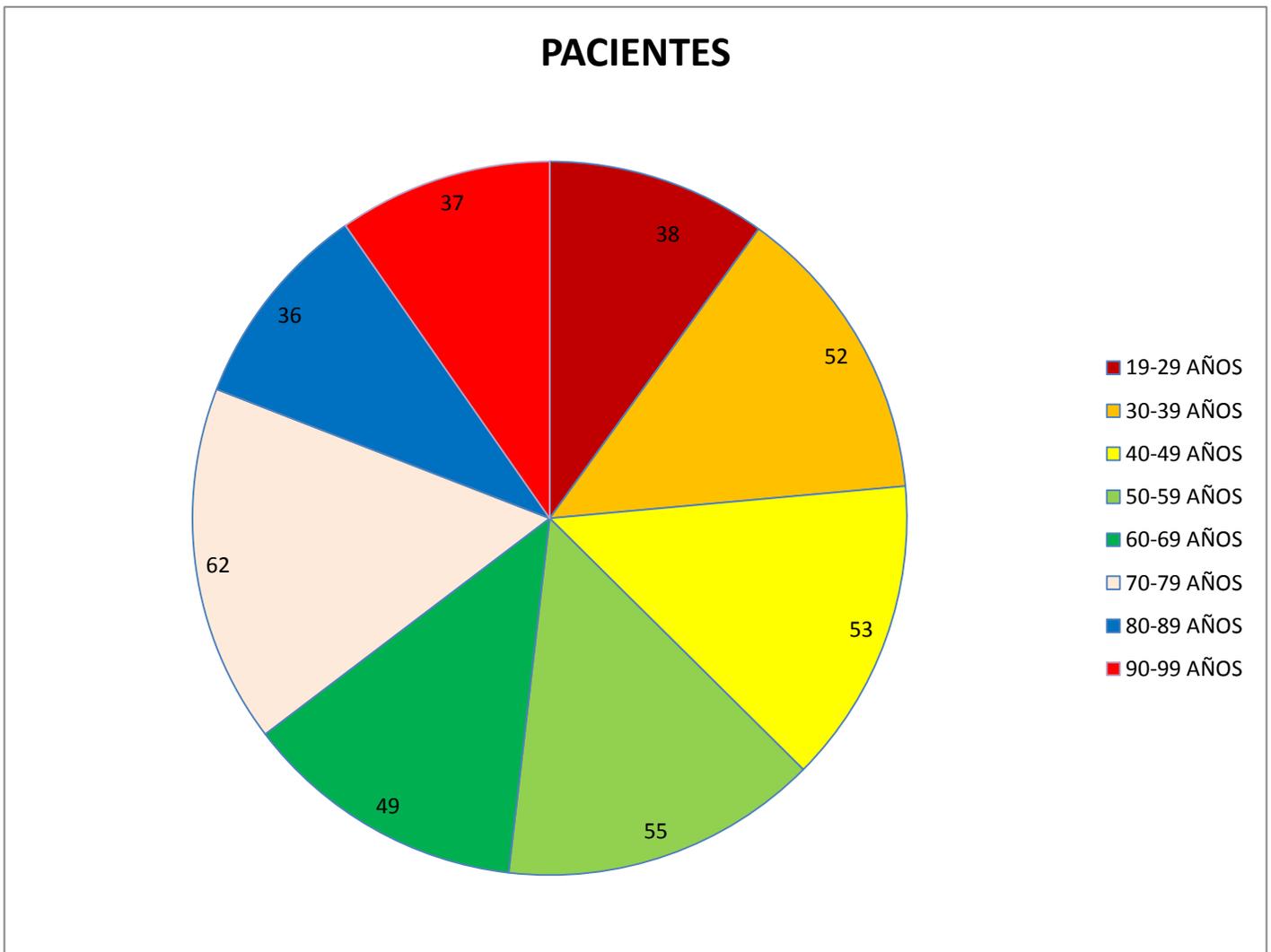
Se Clasifica a los pacientes por la sintomatología que presenta y se le asigna un color dependiendo.

CLASIFICACIÓN TRIAGE			
NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCIÓN INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 – 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	HASTA 20 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	HASTA 2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	HASTA 4 HORAS

Fuente: (Triage Scale Standardización) Cuadro Operacionalidad de variables y escalas de Medición.

GRAFICA 2.

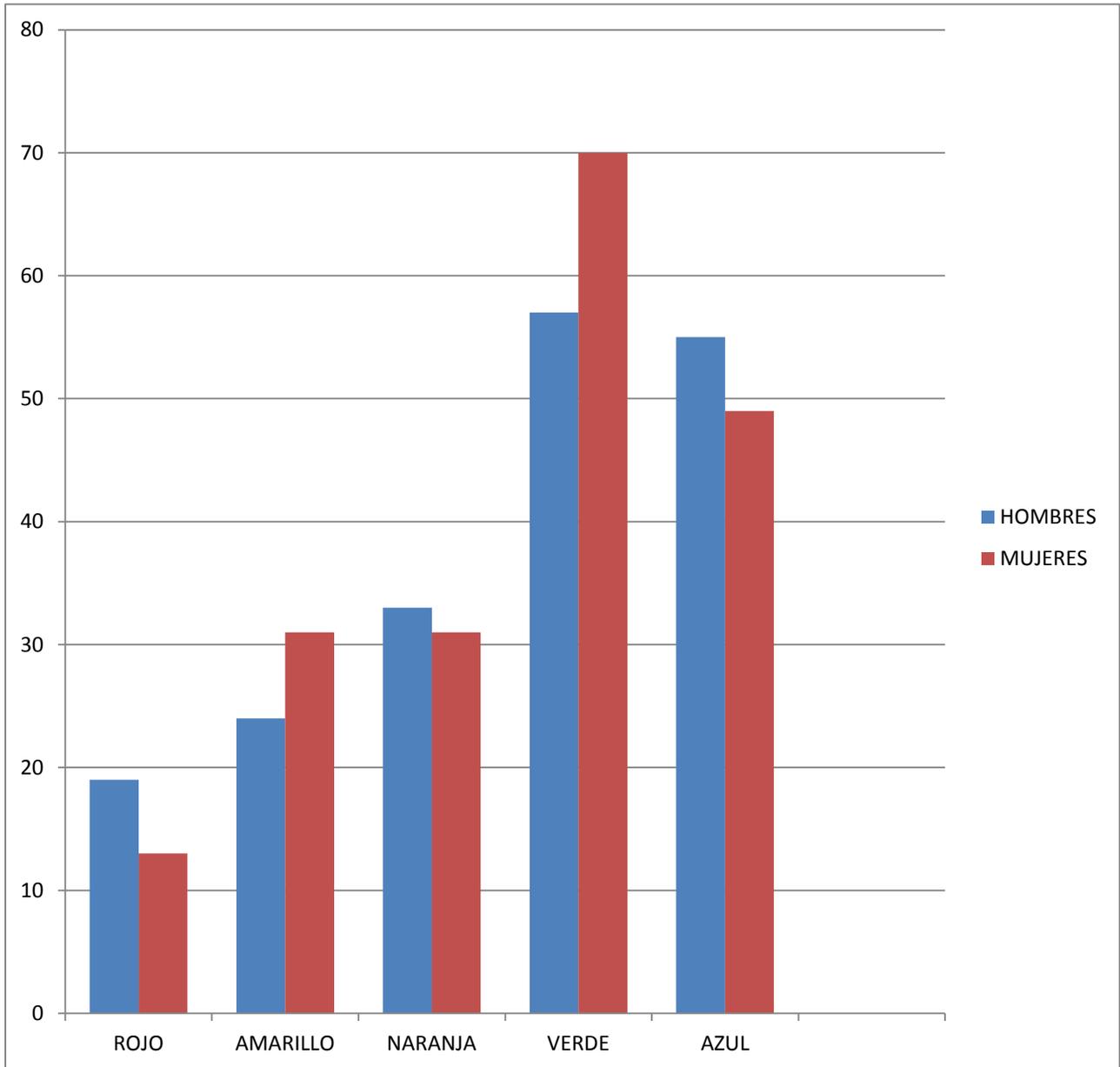
Promedio de las edades en el servicio de Triage del HGZ
C/MF No. 32 Guasave Sinaloa.



Fuente: (Triage Scale Standardización) Cuadro Operacionalidad de variables y escalas de Medición.

GRAFICA 3.

Distribución del género según triage Dependiendo el color en que recibió atención.



Fuente: (Triage Scale Standardización) Cuadro Operacionalidad de variables y escalas de Medición.

GRAFICA 3.1.

Total de pacientes atendidos dependiendo del género y por color según el triage.

COLOR	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ROJO	19	13	32
AMARILLO	24	31	55
NARANJA	33	31	64
VERDE	57	70	127
AZÚL	55	49	104
TOTAL	188	149	382

Fuente: Notas de Valoración Inicial en Primer contacto.

GRAFICA 4.

Frecuencia por la que fueron por el Atendidos los pacientes según la clasificación del triage

Motivo de consulta	Frecuencia	%
Dolor abdominal	89	23.3
Disnea	25	6.5
Dolor torácico	33	8.6
Disuria y hematuria	25	6.5
Cefalea	29	7.6
Tos	20	5.2
Alteraciones neurológicas	31	8.1
Síndrome febril	15	3.9
Síndrome diarreico	8	2.1
Hemorragia	14	3.7
Traumatismo	11	2.9
Heridas	4	1.0
Quemaduras	1	0.3
Intoxicaciones	3	0.8
Mareo y vértigo	14	3.7
Otros	60	15.7
Total	382	100.0



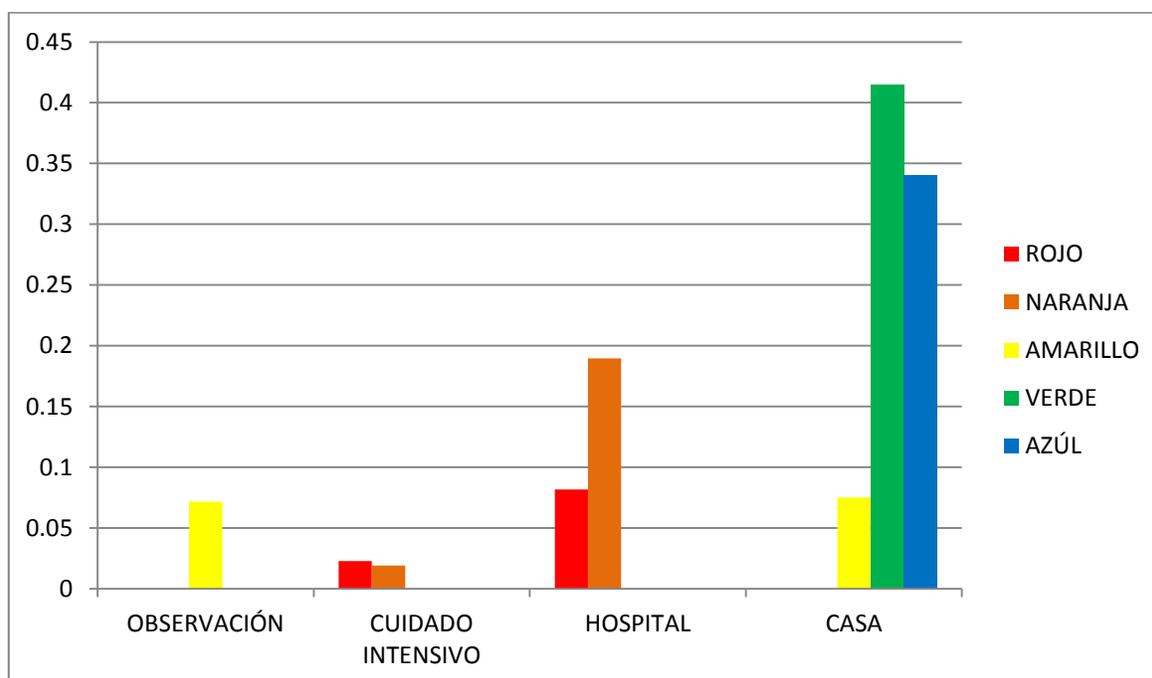
Fuente: Hoja de Recolección de Datos.

GRAFICA 5.

Distribución de pacientes según triage así se sabe cuántos pacientes quedan en las diferentes áreas del servicio de urgencias – hospital.

AREA COLOR	OBSERVACIÓN	CUIDADO INTENSIVO	HOSPITAL	DOMICILIO O CASA
ROJO		2.28%	8.16%	
NARANJA		1.96%	18.95%	
AMARILLO	7.18%			7.51%
VERDE				41.50%
AZÚL				33.98%
TOTAL	7.18%	4.24%	27.11%	82.99%

Fuente: Hoja de Valoración Medica después del primer contacto.



GRAFICA 6.

Tiempo de espera en el primer contacto en relación al Triage.

	TIEMPO DE ESPERA TRIAGE	
ROJO	INMEDIATA	CRITICO
NARANJA	10 - 15 MINUTOS	EMERGENCIA
AMARILLO	HASTA 20 MINUTOS	URGENCIA
VERDE	HASTA 2 HORAS	URGENCIA MENOR
AZUL	HASTA 4 HORAS	SIN URGENCIA

Fuente: (Triage Scale Standardización) Cuadro Operacionalidad de variables y escalas de Medición.

GRAFICA 7.

Procedencia de los pacientes al Servicio de Urgencias.

PROCEDENCIA	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
URBANA	195	51.04%
RURAL	187	48.95%
TOTAL	382	100%



FUENTE: Departamento del sector técnico (ARIMAC).