

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA

SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**“PRIORIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE
URGENCIAS UTILIZANDO TRIAGE COMO ESTRATEGIA PARA BRINDAR
ATENCIÓN DE CALIDAD”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS
PRESENTA:**

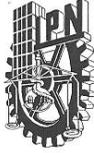
OLGA LIDIA TOXQUI DELGADO.

DIRECTOR DE TESIS

ESP. HECTOR EDUARDO SANCHEZ APARICIO.

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2011



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 07:00 horas del día 01 del mes de enero del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la E. S. M. para examinar la tesis titulada:

“PRIORIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS UTILIZANDO TRIAGE COMO ESTRATEGIA PARA BRINDAR ATENCIÓN DE CALIDAD”

Presentada por la alumna:

Toxqui	Delgado	Olga Lidia
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
		Con registro: A 0 8 0 9 5 2

aspirante de:

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

Después de intercambiar opiniones, los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Director de tesis

Esp. Héctor Eduardo Sánchez Aparicio

Dr. Eleazar Lara Padilla

Esp. Sergio Cordero Reyes

Dr. Alexandre Kormanovski Kovsova

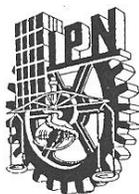
M. en C. Pindaro Ramón Álvarez Grave

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES

Dr. Eleazar Lara Padilla



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
I.P.N.
SECCION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 01 del mes marzo del año 2011, la que suscribe **Olga Lidia Toxqui Delgado** alumna del Programa de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas con número de registro **A080952**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del **Esp. Héctor Eduardo Sánchez Aparicio** cede los derechos del trabajo intitulado **“PRIORIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS UTILIZANDO TRIAGE COMO ESTRATEGIA PARA BRINDAR ATENCIÓN DE CALIDAD”**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección olga_toxqui@hotmail.com Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Olga Lidia Toxqui Delgado

INDICE

	Página
1.- Relación de tablas y figuras	1
2.- Abreviaturas.....	2
3.- Resumen.....	3
4.- Summary.....	4
5.-Introducción.....	5
6.- Antecedentes.....	7
7.-Planteamiento del problema.....	19
8.- Justificación.....	20
9.- Objetivos.....	22
10.- Material y métodos.....	23
11.- Resultados.....	25
12.- Discusión.....	31
13.- Conclusión.....	33
14.- Recomendación y sugerencias.....	33
15.- Bibliografía.....	35
16.- Anexos.....	37

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

	Página.
Tabla 1. Escala Canadiense de Triage y gravedad.....	13
Figura 2. Numero de consulta en el Hospital General..... Ecatepec del periodo 2006-2009.	15
Figura 3 Flujograma de pacientes.....	17
Tabla 2. Consulta por género.....	25
Figura 4. Tipo de urgencia.....	25
Figura 5. Consulta por grupo de edad.....	26
Figura 6. Numero de consulta por turno.....	27
Figura 7. Día de mayor consulta.....	27
Figura 8. Indicador de satisfacción por la atención recibida.....	28
Figura 9. Tipo de urgencia y turno.....	29
Figura 10. Tipo de urgencia y Triage.....	29
Figura 11. Ruta de pacientes del servicio de urgencias del Hospital General Villa.....	34

ABREVIATURAS

CTAS: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale.

SUH: Servicios de Urgencias Hospitalarias.

SUMAR: Servicios de Urgencias con Mejora en la Atención y Resolución.

INDICAS: Indicadores de Calidad en Salud.

RESUMEN

El propósito de los servicios de urgencias es proveer una consulta de calidad, caracterizado por la inmediata atención de las enfermedades con un diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno. Este servicio de urgencias, es el primer contacto del hospital por ello constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica.

Sin embargo en los últimos 10 años se ha observado una saturación de los servicios reflejándose en el aumento de los indicadores: tiempo de espera e insatisfacción por la atención recibida, afectando directamente la atención de calidad.

Esta problemática motivó a realizar una estrategia de mejora en el Hospital General Villa llamado Triage. Esta herramienta de mejora es utilizada para clasificar el padecimiento y así permitir la atención de forma inmediata aquella enfermedad que comprometa la vida y disminuir tiempo de espera y mejor satisfacción del usuario por la atención recibida.

Este estudio es de tipo transversal, consideró los siguientes datos: edad, género, día de la semana que acude a recibir la atención, horario, indicador de satisfacción por la atención recibida, se realizó del día 13 de septiembre al 2 de Octubre del 2010 y la muestra se recolectó a través de un cuestionario a la población que se ingresaba a urgencias.

Los resultados obtenidos demostraron que el género masculino acude con mayor frecuencia, el día martes es considerado el día con más consulta, en el turno matutino, predominando las urgencias sentidas.

Utilizando Triage se clasificó el tipo de urgencia (real o sentida) y en base a eso se otorgó la atención médica, al mismo tiempo, se calificó la satisfacción del usuario por la atención recibida y se cuantificó el tiempo de espera.

Se concluyó que efectivamente al utilizar Triage se logra mejor clasificación de pacientes, menor tiempo de espera mayor índice de calidad de atención y mejor distribución de recursos humanos y materiales.

Summary

The purpose of the emergency services is to provide quality consultation, characterized by the immediate attention of the disease with proper diagnosis and treatment. This emergency department is the first hospital contact for this are the apex of the pyramid of health care system.

However in the last 10 years have seen a glut of services reflected in the increased number of indicators: waiting time and dissatisfaction with care received, directly affecting the quality of care.

This problem led us to make a strategy of improvement in the Triage called Villa General Hospital. This tool is best used to classify the condition, which allows immediate attention to this life threatening disease and reduce waiting times and better customer satisfaction for the care provided.

This study is transversal, considered the following information: age, gender, day of the week goes to get the attention, time, an indicator of satisfaction with the care they received, was conducted from September 13 to October 2, 2010 and the sample was collected through a questionnaire to the population that entered the emergency room.

The results showed that the male go more often, on Tuesday is considered the day with further consultation, on the morning shift, predominantly felt emergencies. Triage was classified using the type of emergency (real or felt) and based on that medical care is given at the same time, customer satisfaction rated the care received, and was quantified timeout.

It was concluded that indeed the use Triage is best classification of patients, shorter waiting times higher rate of quality of care and better allocation of human and material resources.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 10 años se ha observado una saturación de los servicios de urgencias; más de la mitad de la consulta que se ofrece, son consecuencia de padecimientos leves que no requieren la atención por dicho servicio, dando como consecuencia la saturación y la atención deficiente paciente. Esta problemática se demuestra utilizando **indicadores de calidad** específicamente: indicador tiempo de espera y satisfacción del usuario por la atención recibida. Estos indicadores se miden a través de encuestas y se clasifican por 3 colores, teniendo la siguiente semaforización; el color rojo recibe un porcentaje menor al 70% de satisfacción, amarillo 70 – 90% de satisfacción y verde mayor 90% de satisfacción.

En el año 2009 se comparó a nivel nacional, el tiempo de espera mayor a 15 minutos para recibir la atención de urgencias, demostrando que el Distrito federal se encuentra en un 61.15 % y entre instituciones del mismo Distrito, la secretaría de salud se encuentra con un 64.51 % ; ambos en semáforo rojo. La satisfacción del usuario se encuentra en un 88.10 % a nivel nacional y por institución el 92.14%.

Los datos previamente descritos se corroboran el Hospital General Villa, donde existe una problemática de saturación del servicio de urgencias, caracterizado por tiempo de espera mayor a 15 minutos para recibir la atención médica e insatisfacción por la misma. Por lo que se busca una estrategia para contrarrestar dicho problema, siendo una medida adecuada el uso del Triage; éste es un sistema de selección que permite **priorizar la atención médica** en donde se atienden los más urgentes, por ejemplo: infarto agudo al miocardio, traumatismo craneo encefálico etc.

Este método utiliza colores para la clasificación: color rojo o prioridad I se aplica para lesionados de cuidados inmediatos; amarillo o prioridad II lesionados de

cuidados intermedios, negro o prioridad III lesionados de cuidados mínimos, verde o prioridad IV lesiones leves, blanca o prioridad V para personas fallecidas.

Realizando esta clasificación se pretende implementar un flujograma es decir una vez categorizado el paciente en función a las variantes anatómicas y fisiológicas se decide si el paciente debe ir a sala de choque, sala general o consultorio, esto tendrá como resultado disminución del tiempo de espera y aumento en la satisfacción del usuario por la atención recibida. Al mismo tiempo nos permitirá conocer el tipo de población que acude con mayor frecuencia, el horario, turno y el día de la semana que existe mayor afluencia para reforzar el personal que realizará el Triage.

ANTECEDENTES

Los servicios de urgencias, son el primer contacto dentro de los hospitales a la comunidad; por ello, en la medida en que el servicio de urgencias se encuentre organizado, el hospital es valorado como eficiente, ya que en caso contrario se puede incrementar los tiempos de estancia y el porcentaje de ocupación.

La presencia de médicos especialistas en urgencias ha permitido una mejora en la calidad de la atención, ya que permite la mejor clasificación y estabilización del paciente, sin embargo aún es necesario lograr que los pacientes con una urgencia real que ponga en peligro la vida, sean atendidos antes de quienes únicamente acuden a revisión (6).

El propósito de los servicios de urgencias es proveer un nivel de atención y asistencia uniforme las 24 horas y los 7 días de la semana, independientemente del volumen de pacientes que se reciben y de la gravedad de estos. Es probable que el lunes sea el peor día en lo que respecta al número de visitas, ya que se incrementan, esto justifica esperas largas de los pacientes para recibir atención médica, a lo que conlleva un grado elevado de insatisfacción de los usuarios y quizá un porcentaje mayor de eventos adversos (5). La actual crisis de saturación tiene consecuencias adversas para el paciente, por ejemplo mayor riesgo de error médico o tratamiento no adecuado.

Los servicios de urgencias hospitalarios constituyen el vértice de la pirámide del sistema de atención médica urgente y en ellos convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de los ámbitos de la red asistencial sanitaria, como, aquellos que acuden por iniciativa propia. Los servicios de urgencias soportan una fuerte presión asistencial que se cree es debida, en parte, a la existencia de un sistema público de salud que no dispone prácticamente de ninguna barrera para limitar su acceso.

Así, el incremento constante y significativo del número de urgencias hospitalarias vivido en los últimos 10 años, podría ser responsable hoy día del evidente desequilibrio entre la oferta y la demanda (6). Todo esto debido al aumento en el número de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, que frecuentemente acuden a los servicios de urgencias por agudización de su patología, además de otro tipo de enfermedades que actualmente asolan a la población como lo son, todas las enfermedades que forman parte del Síndrome Metabólico (Hipertensión arterial sistémica, Diabetes mellitus, obesidad).

Esto es muy importante, pues hace 10 años, parecía impensable que una persona de 20 años tuviera hipertensión arterial crónica, o bien una mujer de 30 años tuviera un Infarto agudo al miocardio, todo esto ha cambiado, y por lo tanto la necesidad de ser expeditos en la oportunidad de atención, que se ha vuelto una prioridad. Sin embargo, no resulta fácil demostrar si este desequilibrio, no negado en ningún foro de debate político o social, es en realidad consecuencia de una demanda inadecuada que ha conducido a la saturación de la oferta o si, por el contrario, la oferta se ha mostrado incapaz de adaptarse, con nuevos recursos estructurales, humanos y organizativos, a la creciente demanda.

Las evidencias parecen indicar que el problema actual de sobrecarga asistencial que viven los servicios de urgencias, no radican en el número de visitas inadecuadas que reciben, sino más bien en una insuficiencia de la oferta, concretada sobre todo en la dificultad creciente, que supone encontrar una cama hospitalaria donde poder atender al paciente. En algunos hospitales se consideran ingresos urgentes los que proceden del servicio de urgencias del propio hospital. No obstante, existe paralelamente otro tipo de ingreso denominado programado, que, como su nombre lo indica, procede de la consulta externa o viene remitido de otro hospital (6).

Estos últimos ingresos pueden llegar a ser tanto o más prioritarios que los que proceden del servicio de urgencias. Un ejemplo claro de ingreso programado, es el

de los enfermos referidos de consulta externa y a los que el médico cree necesario realizar algún tipo de tratamiento en régimen de hospitalización, como podría ser una quimioterapia que no puede realizarse de forma ambulatoria. La demora de un ingreso programado puede tener consecuencias fatales para el enfermo como la muerte. Se establece entonces la necesidad de priorizar, utilizando como criterio fundamental la presunción de gravedad (4).

Por la motivo el utilizar una herramienta de clasificación o priorización como el Triage, el cual considera variables anatómicas y fisiológicas para clasificar la gravedad de las lesiones y priorizar su atención, se hace indispensable en un servicio de urgencias.

El Triage es un término de origen francés (del verbo trier, cribar u ordenar) y originariamente un término militar que significa seleccionar, escoger o priorizar. Se utilizó inicialmente en la guerra de Napoleón por el Barón Dominique Jean Larrey (1766 - 1842), cirujano de Napoleón. Era un sistema de atención independiente del rango militar, en donde los más urgentes se atendían primero. La primera medida era retirar a los soldados del campo de batalla, para mejorar la atención antes de llegar a Hospitales. Se atendían primero las lesiones más graves que pusieran en peligro la vida. Se entiende por Triage el «proceso de categorización de lesionados basado en la urgencia de sus lesiones y la posibilidad de supervivencia», diferente al criterio de atención en condiciones normales, en las que el lesionado más grave tiene prioridad sin tener en cuenta el pronóstico inmediato o a largo plazo. La aplicación de los diferentes conceptos sobre el Triage de los lesionados comprende una serie de acciones que se complementan entre sí, como son:

- Evaluación de los lesionados según su gravedad
- Asignación de prioridades según la posibilidad de supervivencia

- Identificación
- Estabilización
- Asignación de su destino inmediato y final

Todas estas acciones deben estar enmarcadas dentro de esquemas estandarizados de atención de emergencias. El procedimiento de Triage debe ser aprendido y practicado tanto por el personal de atención pre-hospitalaria como por el personal de salud, que en determinado momento llegue a desempeñar tal función en cualquiera de los eslabones de la cadena de los servicios de socorro. Esto logrará que los tiempos de respuesta mejoren, ayudando a la disminución de la mortalidad.

El médico de urgencias que en muchas ocasiones es considerado como médico de Triage a menudo cuenta con recursos, información, y tiempo limitado para hacer una decisión importante. Existen pacientes que necesitan un tratamiento definitivo de una manera oportuna y por ello la demora en la atención puede dar lugar a una mayor tasa de morbilidad o mortalidad. La decisión de atender a un paciente de acuerdo al Triage se fundamenta en la revisión primaria, considerando criterios anatómicos y fisiológicos y mecanismo de la lesión, como factores que contribuyen en la morbilidad. Lamentablemente, todos estos criterios tienen limitaciones que afectan su validez en ciertas situaciones. Los criterios fisiológicos son: signos vitales, el nivel de conciencia y la temperatura. La ventaja de estos datos fisiológicos es que son fácilmente evaluados con un simple examen físico. De esta manera, los datos fisiológicos pueden relacionarse con la gravedad de la lesión y pueden predecir la muerte.

En relación a los criterios anatómicos que son: la localización anatómica y la apariencia externa, son de ayuda para evaluar las lesiones y tomar decisiones para la atención inmediata. Al obtener una fotografía visual del paciente lesionado,

esta puede ser suficiente para clasificación, por ejemplo: herida penetrante en cráneo, el cuello, el torso o las extremidades proximales, dos o más fracturas proximales de huesos largos y/o fractura de pelvis. Para la evaluación del mecanismo de la lesión se requiere determinar cómo se produjo el trauma y/o la lesión; por ejemplo, si se sospecha de un trauma mayor con una caída de 15 pies de altura, eyección de pasajeros, extracción prolongada (de más de 20 minutos) o peatones atropellados por vehículo automotor.

La edad y patologías base también son importantes para determinar prioridad de atención por tener un impacto sobre la mortalidad y morbilidad. Con base en las amenazas latentes y de acuerdo con la experiencia práctica de las últimas décadas, se ha adoptado la siguiente clasificación de pacientes, la cual se basa en la asignación de un código de colores que identifica no sólo la gravedad de la lesión (categoría), sino también, el orden en que debe ser atendido o evacuado (prioridad):

- Prioridad tipo I o ROJA: se aplica a los lesionados de CUIDADOS INMEDIATOS, quienes requieren una atención médica urgente, ya que por la gravedad de sus lesiones pueden perder su vida y con los recursos disponibles tienen probabilidad de sobrevivir.
- Prioridad tipo II o AMARILLA: se aplica a los lesionados de CUIDADOS INTERMEDIOS O DIFERIBLES, quienes requieren una atención médica que da lugar a espera.
- Prioridad tipo III o NEGRA: se aplica a los lesionados de CUIDADOS MÍNIMOS, es decir, a aquellos cuyas lesiones son de tal gravedad, que existen pocas o ninguna probabilidad de sobrevivir, pero que merecen algún grado de atención médica.
- Prioridad tipo IV o VERDE: se reserva para aquellos lesionados de CUIDADOS MENORES, o sea los que presentan lesiones leves o que su atención puede dejarse para el final sin que por ello se vea comprometida su vida.
- Prioridad tipo V o BLANCA: este color se utiliza para las personas fallecidas.

Todos estos criterios para la clasificación de los lesionados por colores, como ya se ha mencionado, implican una elección, la que se complementa con un diagnóstico preliminar, cuidados iniciales, estabilización, medidas de supervivencia y transporte, los cuales se realizan siguiendo una serie de etapas de Triage, como son:

- Etapa diagnóstica: que conduce a la categorización por colores en cada nivel de Triage, según el orden de atención.
- Etapa terapéutica: que permite adoptar los primeros pasos en el manejo de las lesiones según su gravedad.
- Etapa de preparación: en la que se prepara y organiza la evacuación de los lesionados hacia el siguiente eslabón de la cadena de socorro o nivel de Triage.

Los colores y las etapas antes descritas contribuyen al objetivo de Triage que es: brindar calidad en la atención médica de urgencias, con una secuencia planificada, para reducir la variabilidad y el costo de los servicios, teniendo como resultado una tasa de mortalidad prevenible de menos de 1-2% que es ampliamente aceptada como ideal en un sistema de urgencias.

Esto evitará un retraso en el diagnóstico de la enfermedad, este retraso se define como un diagnóstico de la lesión relacionada con hechos de más de 24 horas después ingreso que resulta en una mínima morbilidad(9).

Para evitar esto en la mayoría de los servicios de urgencias españoles se realiza sistemáticamente una labor de clasificación inicial, habitualmente a cargo de personal de enfermería con experiencia, utilizando una escala estandarizada, mayoritariamente la *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*(CTAS). Este sistema permite distinguir 5 niveles de prioridad que

establecen tiempos de visita inicial, de revaloración y un índice aproximado de ingreso. La cual se describe en la Tabla 1.

Tabla 1. Escala Canadiense de “Triage” y gravedad

	I	II	III	IV	V
Tiempo de visita (min)	Inmediata	15	30	60	120
Revaloración (min)	Continua	15	30	60	120
Índice de ingreso (%)	70 - 90	40 -70	20 - 40	10 -20	0 - 10

Fuente: Urgencias hospitalarias (2).

Esta tabla nos muestra que la patología clasificada como prioridad I, que tiene un tiempo de visita inmediata, con una revaloración continua y observaron que esta prioridad tenía un índice de ingreso del 70 a 90% en comparación a la clasificada en la prioridad V donde el tiempo de visita era en 120 minutos con una revaloración cada 120 minutos y así disminuyo la asistencia con un índice de ingreso del 0 al 10%. En conclusión ellos tuvieron resultados adecuados con el uso de Triage.

Hay que tomar en cuenta que el 80% de los casos que solicitan atención en los servicios de urgencias hospitalarias españolas (SUH) acuden por iniciativa propia y que el 70% de las consultas son consideradas procesos leves (4); por ello, se debate la conveniencia de instaurar medidas correctoras acerca de lo que se podría denominar «sobreutilización» de los SUH. No obstante, estos intentos por contener la demanda, evitando las consultas no consideradas verdaderas urgencias, no están exentos de dificultades técnicas y éticas (2).

Su distribución de la demanda asistencial por especialidades es variable según cada centro, pero en términos generales existe un predominio de consultas médicas (20-40%) y traumatológicas (20-30%), seguidas de las pediátricas, ginecológicas y de especialidades quirúrgicas. La afluencia a los servicios de

salud se presenta de la siguiente manera: durante el período nocturno existe una baja afluencia, con un incremento progresivo a partir de las 8 horas y un pico hacia las 11-12 horas, con un segundo pico hacia las 16-17 horas, para después decrecer progresivamente durante la tarde (1).

La observación de este comportamiento indica que los horarios de consulta están determinados, en su mayoría, no tanto por la presentación clínica de la urgencia como por ritmos sociales, como son el horario laboral y las comidas. De la misma forma, la distribución en los días de la semana tampoco es regular y, aunque varía según los centros, existen días de mayor afluencia, fundamentalmente los lunes. Asimismo, a lo largo del año la demanda asistencial sufre importantes variaciones en relación con los períodos vacacionales (movimientos demográficos), las epidemias de virus respiratorios, los cambios climáticos y atmosféricos y los eventos sociales. Todo ello implica que se deban planificar los recursos de los servicios de urgencias y de los hospitales con una cierta flexibilidad, para adaptarlos a las necesidades cambiantes y cíclicas (1).

En ocasiones la enfermedad urgente y grave coinciden, pero no siempre. Como dato orientativo, sólo el 2% de las consultas en urgencias requieren ingreso en una unidad de cuidados críticos, un 25-30% puede considerarse urgencias graves, y hasta un 70% se considera urgencias leves. Se ha estimado que un 38% de las visitas a urgencias son inadecuadas (2). No obstante, se considera que la realidad es probablemente algo más compleja. Existe un grupo de procesos que requiere asistencia rápida aunque no se trate de cuadros graves (2).

Habitualmente se debe realizar una revisión del paciente de forma rápida, en ocasiones sin disponer de una adecuada historia clínica debido a la situación del paciente (inconsciencia, desorientación, trastorno del lenguaje, demencia, gran ansiedad), falta de acompañantes o de informes clínicos previos. Asimismo, la exploración física es poco minuciosa ya que existe ruido, falta de espacio o de colaboración, y el número de exploraciones complementarias es limitado. Todas

estas circunstancias, implican que no siempre la aproximación diagnóstica sea fácil y que en ocasiones tan sólo se pueda llegar a un diagnóstico sindromático o incluso, únicamente se pueda hacer un planteamiento de exclusión de gravedad (2).

Tomando en consideración todo lo descrito, en el Estado de México, se realizó un estudio retrospectivo del período 2006 a 2009, donde se utilizó Triage para disminuir la saturación del servicio de urgencias del Hospital General Ecatepec, en la que se reporto lo siguiente Figura 2.

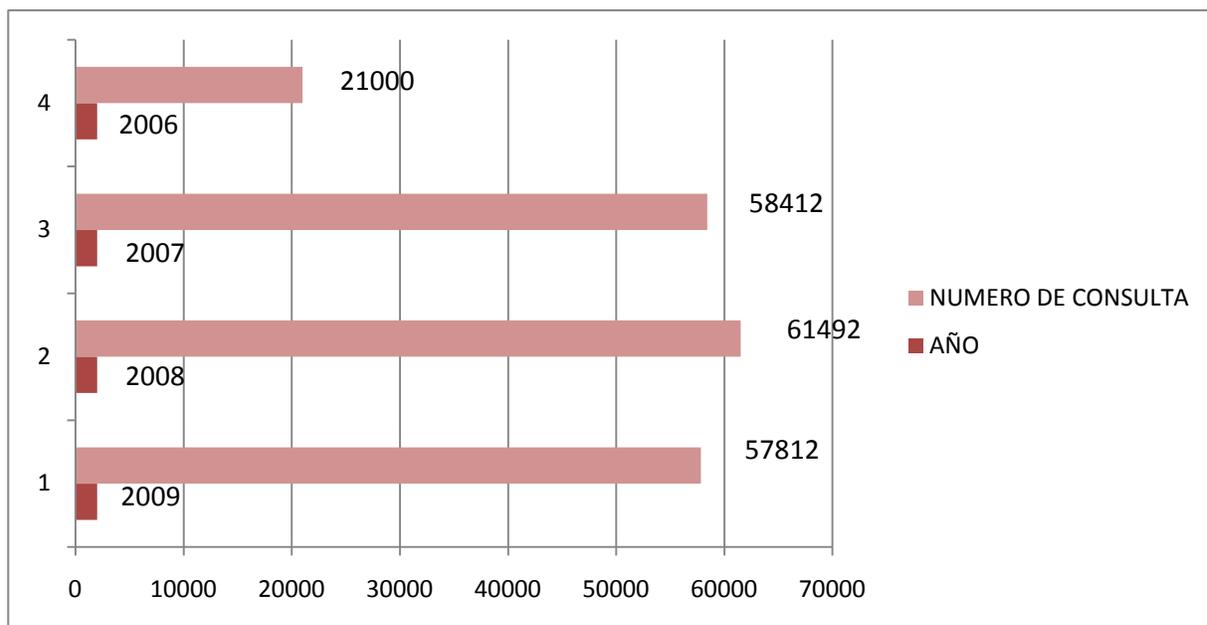


Figura 2. Número de consulta en el Hospital General Ecatepec del periodo 2006-2009

La demanda de atención de pacientes se ve reflejada en la saturación del servicio, aumentando de forma anual el número de pacientes con mayor tiempo de espera y mala calidad de atención, por lo que implementaron un módulo de Triage,

siendo esta estrategia útil ya que lograron disminuir tiempo de espera, mejoraron la distribución de los recursos humanos y por lo tanto incrementaron la calidad de atención. Sin embargo, los datos estadísticos del estudio referido no clarifican la asociación entre la estrategia Triage y la demanda del servicio.

Por la importancia que tiene la mejora de calidad en la atención del paciente; en el 5to Foro Nacional por la calidad en salud en 2007, se analizaron las quejas más frecuentes de usuarios siendo estas las siguientes: Trato inadecuado e incorrecto, ausencia de medicamentos que se prescriben, información deficiente por parte de médicos, largas filas de espera, falta de equipo y espacios físicos para ser atendidos, motivo por el cual se implemento la Estrategia de Servicios de Urgencia con Mejora en la Atención y Resolución (SUMAR) que tiene los siguientes objetivos:

1. Mejora de la efectividad y resolución:
Homogenizar criterios para la atención de pacientes en las áreas de urgencias de acuerdo a severidad y complejidad: Triage.
2. Atención digna:
Promover la adopción de medidas destinadas a mejorar el trato, el respeto a los derechos e información a los pacientes y sus familiares en el área de urgencias.
3. Gestión clínica:
Proporcionar herramientas y capacitación para mejorar la organización y gestión de la atención en urgencias basadas en evidencias y gestión de procesos.
4. Seguridad de los pacientes en urgencias:
Desarrollar una cultura y una práctica profesional que favorezca la seguridad clínica de los pacientes en los servicios de urgencias

Se propone como medida de mejora una ruta de pacientes; la cual tiene como objetivo implementar la estandarización de pacientes a través de la evaluación

inmediata con una hoja de triage para adultos, esta hoja permite participar a médicos y enfermeras (9). Los contratiempos que pueden existir para llevar a cabo esta ruta son los siguientes.

1. Falta de compromiso de la directiva del Hospital en el desarrollo del proyecto.
2. Falta de compromiso de médicos ya que son difíciles de convencer, pero su participación, la cual es clave del éxito del proyecto.
3. Insuficiente información acerca del proyecto a los participantes (9).

Así mismo el SUMAR propone el siguiente flujograma “Ruta de pacientes” figura 3.

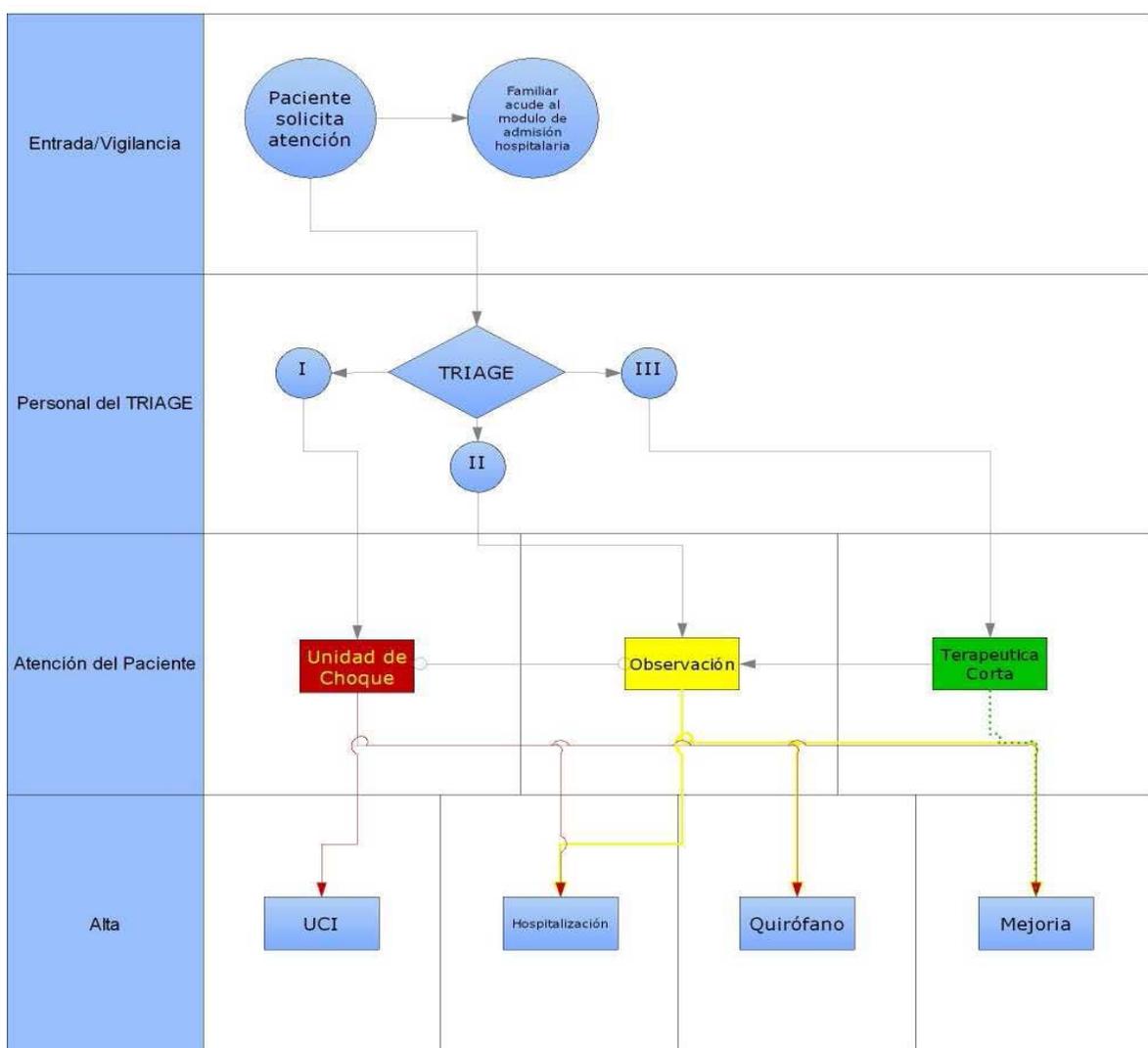


Figura 3. Ruta de pacientes.

Fuente (10).

En esta figura se demuestra cómo debe ser la distribución adecuada de los pacientes; es decir una vez que el paciente se le interroga, se le clasifica de acuerdo al color de Triage y es enviado a UCI, hospitalización, quirófano o se egresa por mejoría, logrando mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto de la implementación de un sistema de priorización Triage en la calidad de la atención del servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel como el Hospital general Villa?

JUSTIFICACION

Hoy en día los pacientes buscan en los hospitales ser atendidos, con oportunidad y eficacia, garantizándoles que la información y el trato recibido estarán acorde con su problema de salud. La atención brindada impacta directamente al paciente y a sus familiares, repercutiendo en la percepción que se tiene sobre este servicio.

Aunado a lo anterior, también juega un papel importante la falta de equilibrio entre el recurso humano, técnico, de insumo y de infraestructura asignado a los servicios de urgencias y la demanda social de atención que se tiene hoy en día. Además tomando en cuenta que los servicios de urgencias son la puerta principal de ingreso a diversas áreas que presta una unidad hospitalaria, es necesario dar un giro a la forma en que se trabaja en los Hospitales de 1ro, 2do y 3er nivel.

El proceso de clasificación de los pacientes (Triage) que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y a la saturación que sufren dichos servicios, sin ser situaciones de desastre, catástrofe o alguna otra contingencia masiva. Hasta ahora, la clasificación de los pacientes se ha venido realizando informalmente desde que aparecieron los servicios de urgencia hospitalaria, pero es necesario establecer un manejo eficiente del equipo de salud asignado a este servicio, que sea capaz de identificar de manera correcta las necesidades del paciente, de establecer prioridades y de implantar un tratamiento adecuado mediante la investigación y la disposición de recursos.

No es necesario un incremento significativo de nuevos recursos, pero si es prioritario establecer un mecanismo que permita optimizar los recursos disponibles y compartir la utilización responsable de los servicios de urgencias con los ciudadanos, adecuar el flujo de pacientes dentro del servicio, así como capacitar al personal médico y paramédico adscrito.

Entre los antecedentes internacionales y los procesos de mejora de los servicios de urgencia se encuentra que el Triage es un sistema útil ya que permite tener mayores controles, confiabilidad, reproducibilidad y validación estadística independientemente del número de niveles que maneje o bien el tipo de colores establecidos.

El impacto fijará, un mejor esquema de la atención medica justificando la importancia del servicio y no la “urgencia” del mismo.

OBJETIVO

➤ GENERAL

Conocer si al aplicar el Triage es una medida para priorizar pacientes y mejorar la calidad de atención médica del servicio de urgencias en el Hospital General Villa.

➤ ESPECIFICOS

1. Conocer el tiempo de espera promedio para recibir atención médica en el servicio de urgencias del Hospital General Villa.
2. Conocer el porcentaje de usuarios satisfechos por la atención recibida.
3. Al aplicar un cuestionario de Triage para priorizar pacientes incluyendo dos indicadores de calidad (tiempo de espera y satisfacción del paciente por la atención recibida).
4. Establecer un flujograma de atención de pacientes específico del Hospital General Villa basado en sus propias necesidades y como proyecto de mejor

MATERIAL Y METODOS

- **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Estudio transversal.

- **POBLACION DE ESTUDIO**

Los pacientes que soliciten atención médica en el servicio de Urgencias del Hospital General Villa, mayores de 18 años, de ambos géneros y cualquier patología.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

CRITERIOS DE INCLUSION

Todo paciente mayor de 18 años de cualquier género y patología que solicite atención médica en el servicio de urgencias, del 13 de Septiembre 2010 al 2 Octubre 2010, en los tres turnos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes menores de 18 años.
2. Pacientes embarazadas.

CRITERIO DE ELIMINACION

Paciente que abandone el servicio de urgencias, sin indicación médica y antes de ser atendido.

- **RECOLECCION DE LA MUESTRA**

La muestra se recolecto en el servicio de urgencias del Hospital General Villa, a través de un cuestionario, se entrevisto a todos los pacientes que acudían, se pregunto acerca de la patología por la que solicitaban el servicio y de acuerdo a esto se clasifico con Triage, en el segundo punto fue saber si estaba de acuerdo con la atención recibida, esta se clasifico como buena o mala, finalmente se cuantifico el tiempo de espera del para recibir la consulta.

RESULTADOS

Tabla 2. Consulta por género.

GENERO	FEMENINO	MASCULINO
NUMERO	98	102
PORCENTAJE	49 %	51 %

Fuente: Hoja de TRIAGE, 2010.

En esta tabla se observa que de un total de 200 consultas el género que más predominó en consulta, fue el masculino con un total de 102 consultas correspondiendo al 51%; en comparación al género femenino con un total de 98 consultas siendo estas el 49%.

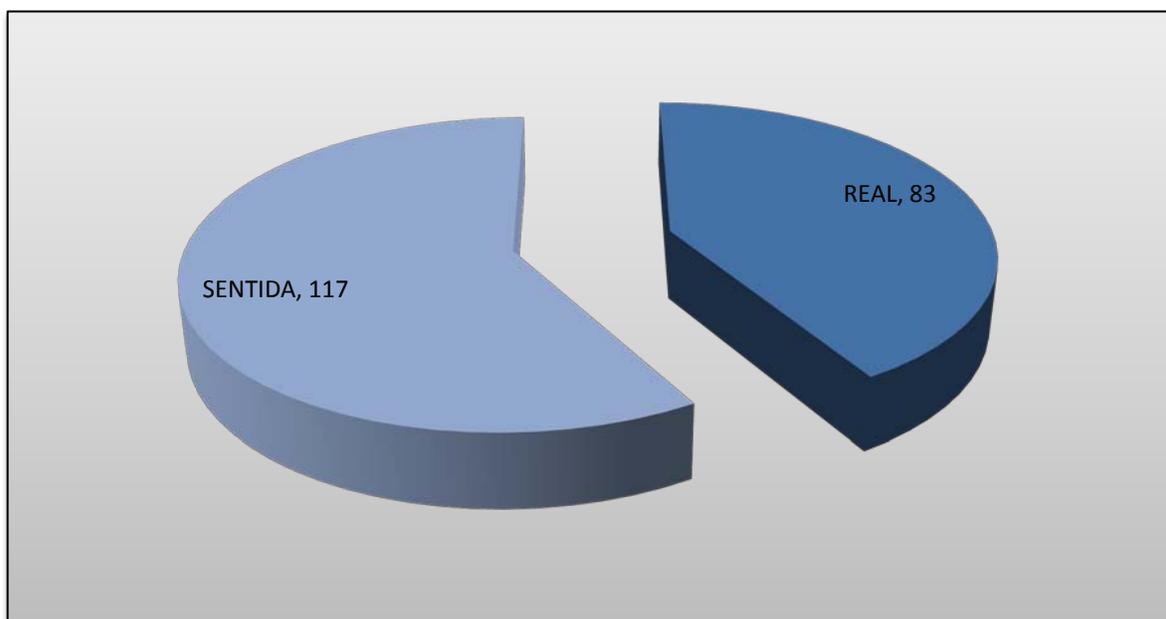


Figura 4. Tipo de urgencia

Fuente: Hoja de TRIAGE, 2010.

Con respecto al tipo de urgencia predomina la urgencia sentida con 117 consultas en comparación a la urgencia real de las cuales solo se reportaron 83 consultas.

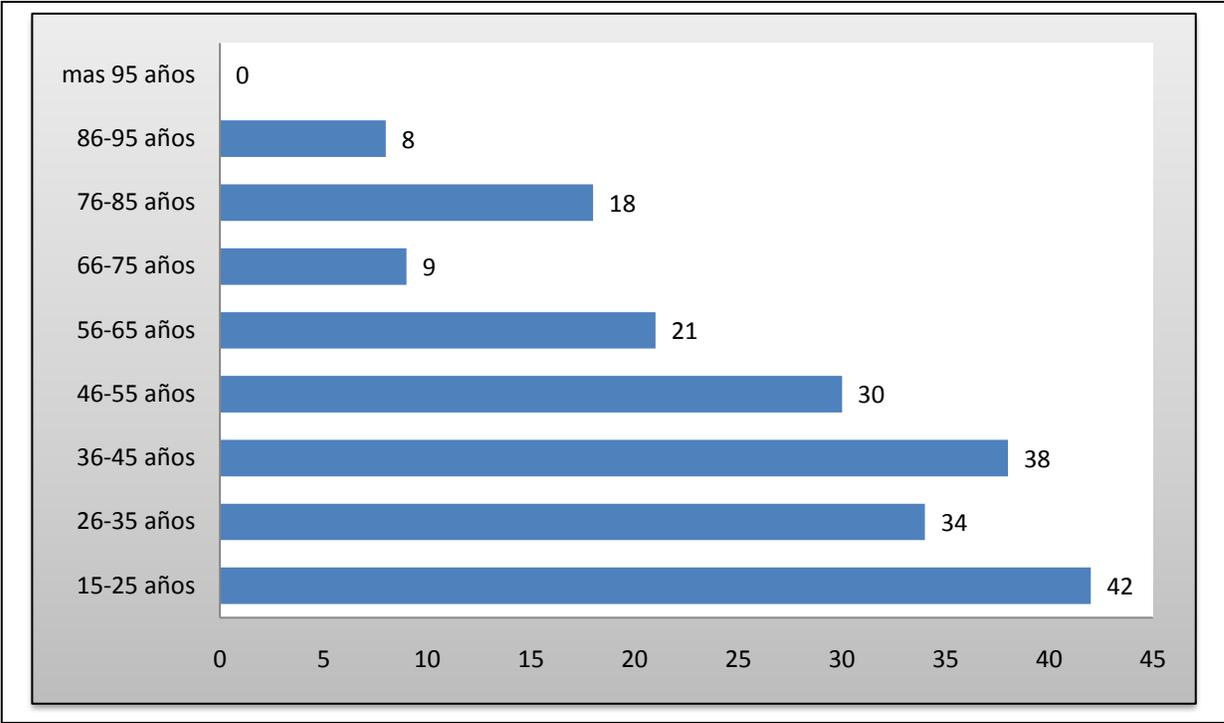


Figura 5. Consulta por grupo de edad

Fuente: Hoja de TRIAGE, 2010.

El grupo de edad con mayor numero de consulta son los que se encuentra entre 15 a 25 años con un total de 42 consultas, seguido por el grupo de edad de 36 a 45 años, con un total de 38 consultas y el grupo que se observo con menor consulta fueron del rango de 86 años a 95 años con un total de 8 consultas.

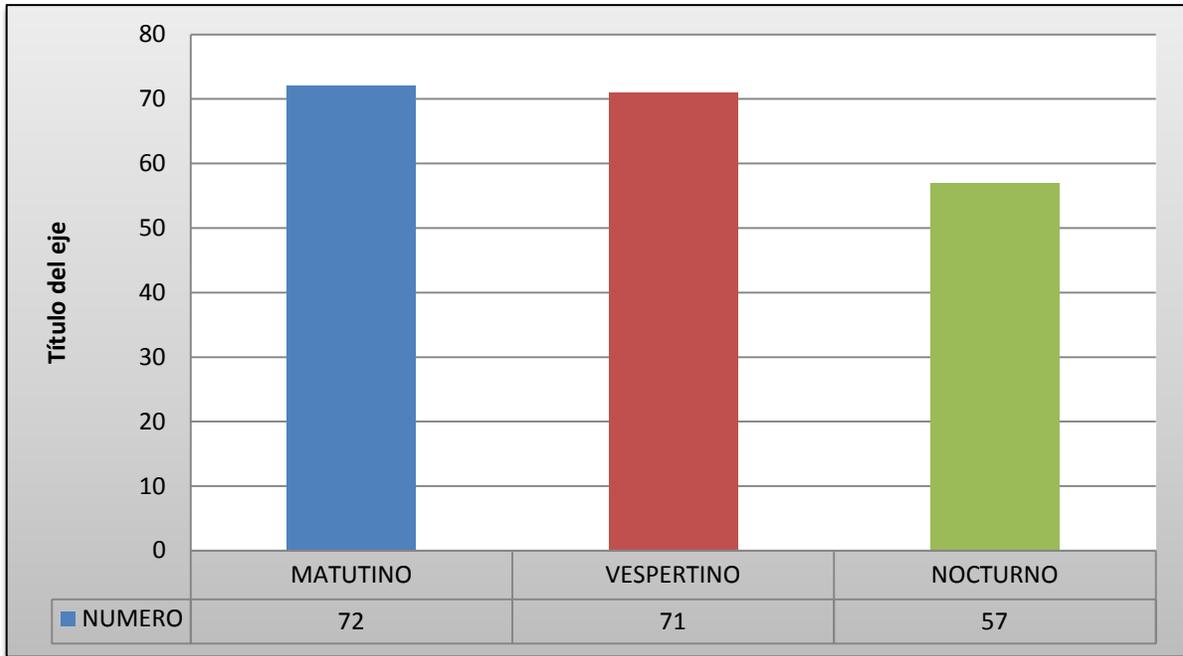


Figura 6. Numero de consulta por turno

Fuente: Hoja de TRIAGE, 2010.

El turno que tiene mayor demanda de consultas, es el turno matutino con un total de 72 consultas, seguido del vespertino con 71, y finalmente el nocturno con un total de 57 consultas.

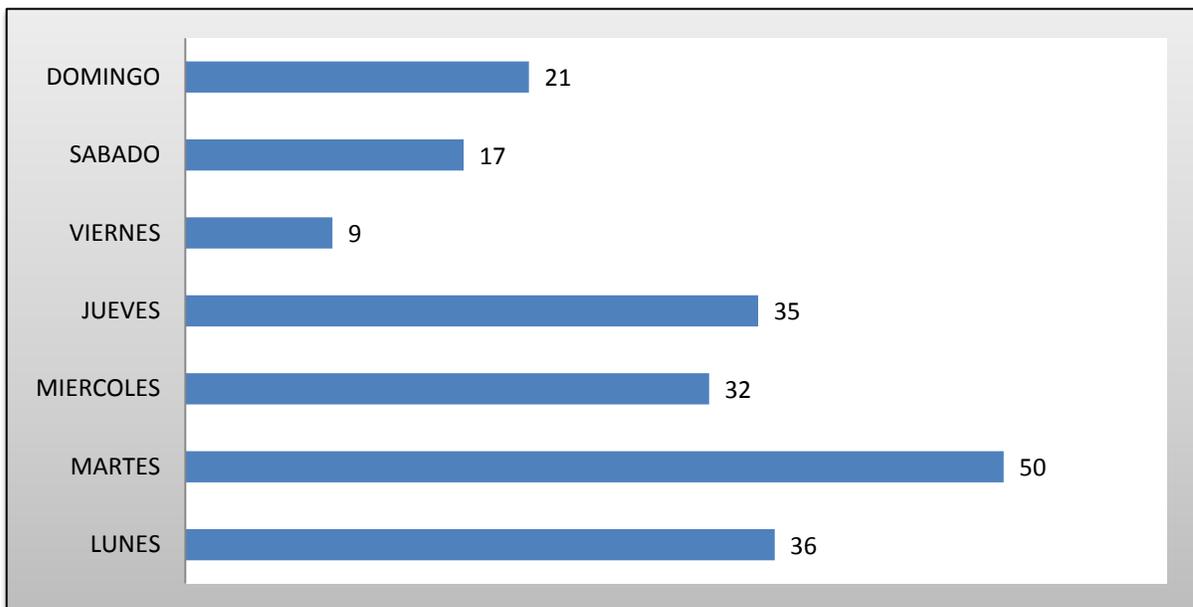


Figura 7. Día de mayor consulta.

Fuente: Hoja de TRIAGE, 2010

Esta figura nos demuestra el día de mayor consulta, el cual resulto ser el día martes con un total de 50 consultas urgentes, teniendo una disminución importante el día miércoles y finalmente el viernes es el día que se atienden el menor número de consultas urgentes.

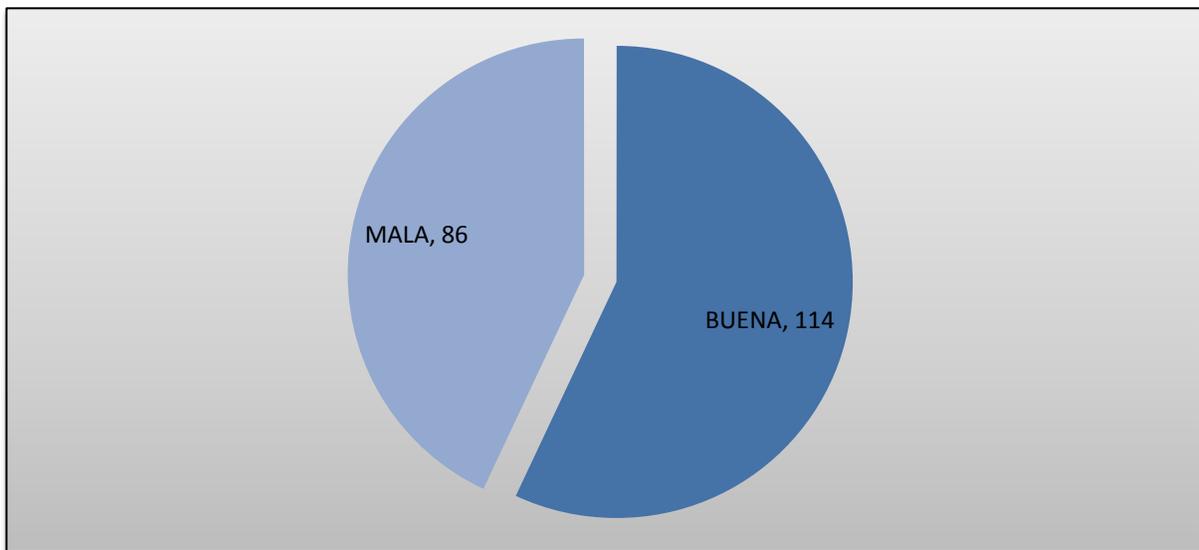


Figura 8. Indicador de satisfacción por la atención recibida.

Fuente: Hoja de TRIAGE, 2010

Esta figura nos demuestra que de las 200 consultas, 114 consideraron que la consulta era buena ya que su atención fue rápida con un trato digno, esto se logro utilizando Triage.

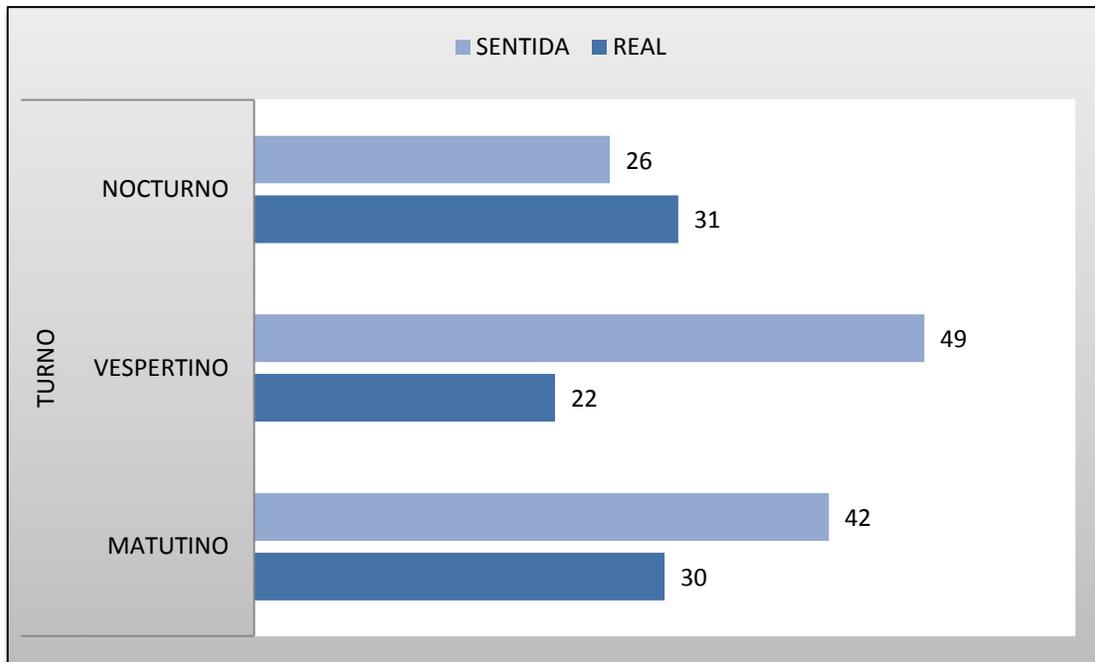


Figura 9. Tipo de urgencia y turno

Fuente: Hoja de TRIAGE, 2010

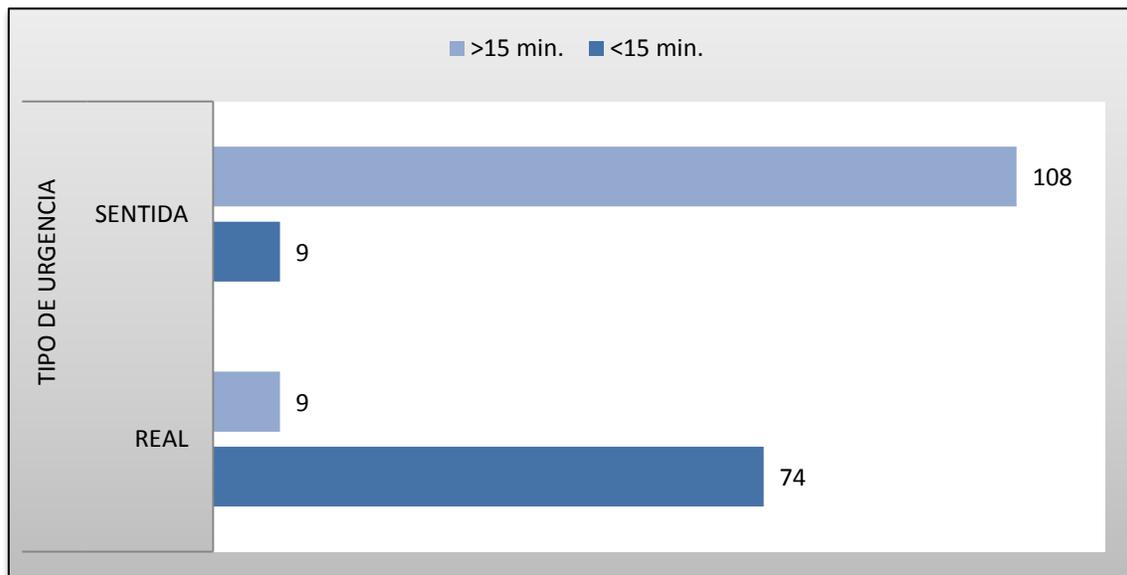


Figura 10. Tipo de urgencia y Triage.

Fuente: Hoja de TRIAGE, 2010

Se clasificó el tipo de urgencia en real y sentida, y se comparo con el turno se encontró que en el turno matutino predomina la urgencia sentida con 42 consultas

en el turno vespertino continua la misma tendencia con un total de 44 consultas; sin embargo, para el turno nocturno el predominio es la urgencia real con un total de 31 consultas.

También se comparo el tiempo de espera (menor a 15 minutos y mayor a 15 minutos siendo este clasificado por medio de la hoja de triage) contra el tipo de urgencia y se observa que cuando el paciente acude con una urgencia de tipo real el tiempo de espera es mínimo ya que esperan menos de 15 minutos para su atención, en comparación con el grupo de urgencia sentida en donde el tiempo de espera es de más de 15 minutos

DISCUSION

Como se mencionó en los antecedentes la presencia de médicos especialistas en urgencias permitió una atención médica de calidad, sin embargo por los cambios culturales, económicos se han saturado estos servicios por lo que la calidad de atención se vio afectada motivo por el cual se decidió investigar cuáles fueron los principales factores que afectan esta situación, encontrando que el día lunes es el día de mayor consulta lo que justificaba la espera prolongada, con un pico de mayor demanda entre las 8 de la mañana y 12 horas, con una disminución durante la tarde.

Sin embargo, al aplicar la hoja de Triage diseñada para el presente estudio en el Hospital General Villa, se obtuvo que en la población estudiada, el día de mayor afluencia es el día martes seguido del día lunes corroborándose que el turno que tiene mayor demanda de consulta de tipo sentida es el matutino y tendiendo la urgencia real durante el turno nocturno, mismo que describió Pere Tudela (3), por lo cual corroboramos que la mayor parte de pacientes que solicitan el servicio es por presentar urgencias sentidas con un 57% a comparación de las urgencias reales que solo ocupan un 43%.

Por otra parte, se determinó que las urgencias son mal clasificadas condicionando que el servicio sufra una saturación y menor calidad de la atención como lo menciona Miquel Sánchez (6).

También se estudió el tiempo de espera siendo atendido en un tiempo menor a 15 minutos el 42% de la población y el 58% restante fue atendida en un tiempo mayor a 15 minutos, se comparó el tiempo de espera menor a 15 minutos y mayor a 15 minutos contra el tipo de urgencias y se obtuvo que en un 37% de la población se atendió menos de 15 minutos con una urgencia real y un 4.5% se atendió con urgencia sentida, por lo tanto se corrobora que el uso de Triage es un factor que disminuye el tiempo de espera en las urgencias de tipo reales.

Al comparar la satisfacción por la atención recibida (buena y mala) con el tiempo de espera (menor a 15 minutos y mayor a 15 minutos), se obtiene que el 29.5% de la población se encuentra satisfecho cuando se atiende en un tiempo menor a 15 minutos cuando son urgencias reales. Se concluyen que a mayor espera menor satisfacción del usuario por lo que decimos que el uso de triage es una estrategia de mejora.

CONCLUSIÓN

Con base en lo encontrado en la literatura y con los resultados obtenidos con la hoja de Triage comprobamos que aplicar Triage en el servicio de urgencias del Hospital General Villa es útil ya que permite identificar y atender de forma inmediata y oportuna a pacientes con urgencias reales en un tiempo menor a 15 minutos, mejorando la satisfacción del paciente por la atención recibida, esto finalmente repercute en la mejora de los indicadores de satisfacción por la atención recibida y tiempo de espera, también tiene impacto en un ahorro y mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Las consideraciones y sugerencias para mejorar la atención del servicio de urgencias son los siguientes:

1. Educar: es importante dar a conocer la situación de sobresaturación de los servicio de urgencias a todo el personal que labora en dicho servicio, para después educarlos en el uso de una estrategia de mejora como lo es el Triage, su importancia y la repercusión que tiene sobre la identificación y atención oportuna del paciente.
2. Dinamizar el proceso de ingreso: Una vez que se entiende el proceso de Triage y los colores para clasificar a los pacientes, indicar a enfermeras que deben de llevar a cabo la clasificación al igual que el médico interno de pregrado para que el residente y el médico adscrito tengan mayor oportunidad de análisis del padecimiento con pacientes de mayor gravedad.
3. Implementar: es necesario que junto con el uso de Triage se implemente una ruta de pacientes con el fin de homogenizar el criterio de atención y destino de cada paciente.
4. Utilizar el flujograma que se sugiere en la figura 11.

Los contratiempos que pueden existir para llevar a cabo el Triage, son los siguientes:

1. Falta de compromiso de la directiva del Hospital en el desarrollo del proyecto.
2. Falta de compromiso de médicos ya que son difíciles de convencer, pero su participación, la cual es clave del éxito del proyecto.
3. Insuficiente información acerca del proyecto a los participantes (9).

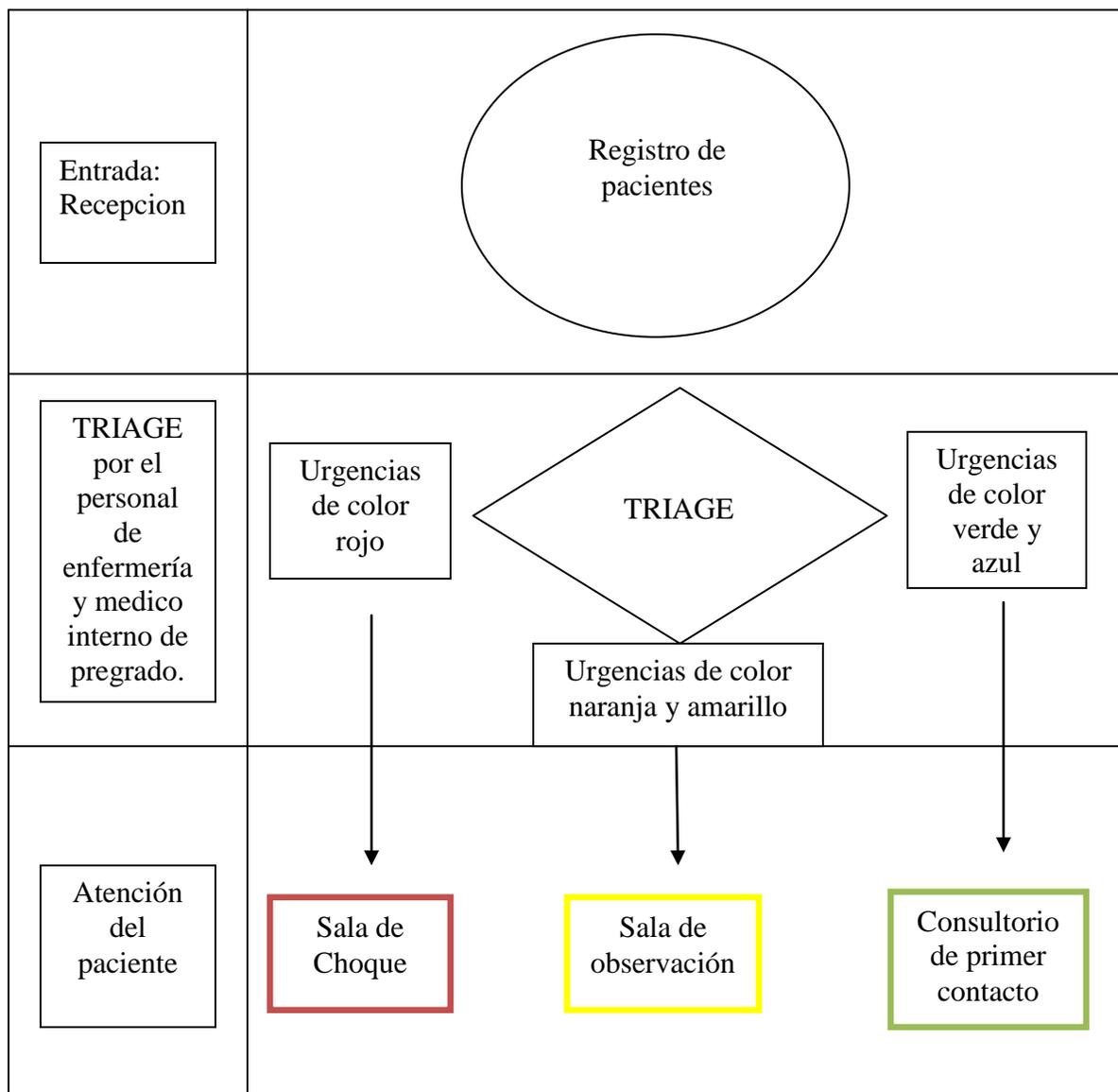


Figura 11 .Ruta de pacientes del servicio de urgencias del Hospital General Villa.

BIBLIOGRAFIA

1. M. Jarrod Parnias_ et al_ La densidad horaria de paciente acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias* 2006; 18:215-218.
2. Pere Tudela_ et al _ Urgencias hospitalarias *MedClin (Barc)* 2003; 120(18):711-6.
3. M. Junyent_ et al_ Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias* 2006; 18:232-235.
4. Luís Vilardell Ramoneda_ et al_ ¿Por qué ingresan los pacientes de forma Urgente en un hospital? *MedClin (Barc)* 1994; 103: 452-453.
5. M. Sánchez, A. J. Smally_ et al_ Comportamiento de un servicio de urgencias según el día de la semana y el número de visitas *Emergencias* 2007; 19:319-322.
6. Miquel Sánchez_ ¿urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med. Clin (Barc)* 2004, (16); pág. 619-620.
7. Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud Secretaria de salud.
8. Sistemas de garantía de calidad en urgencias y emergencias Ignacio Perez- Montaut Merino. Médico Dispositivo de Cuidados Críticos y Emergencias. *Emergencias* 2006; 10:32-35.
9. Trauma
David D. Feliciano. Kennet. L. Mattox.
Sexta edición. Capitulo 4: sistemas de triage y transporte.
- 10.- Proyecto SUMAR
Dr. Israel Diarte Arellano
Foro Nacional por la calidad en salud 2007.
11. Sistema Integral de Calidad en salud (SICALIDAD):
Sistema Nacional de indicadores de calidad en salud.
Secretaria de salud Mayo 3; 2010.
Mtra. Alma Patricia Cáliz Morales.
12. Trabajo de investigación: Triage en urgencias Hospital General de Ecatepec "Las Américas"
Dr. Jorge Martínez castillo
Jefe de división de urgencias y terapia intensiva
Año 2009.

13. Sistema Integral de Calidad en salud (SICALIDAD)
Política nacional de calidad y seguridad del paciente.
Proyecto SUMAR
Mtro. Antonio Heras
Mayo 3 2010.
14. Tiempo de espera en urgencias 2005
Dr. Roberto Sánchez Ramírez
Línea de acción S.U.M.A.R

ANEXO



VALORACION DE TRIAGE : SERVICIO DE URGENCIAS

Unidad médica: _____ Fecha: _____ Folio _____ Hora _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Genero: _____

SIGNOS VITALES:

TA: _____ FC _____ FR _____ Destrostix _____ Temperatura _____

Glasgow: _____

ANTECEDENTES

Diabetes _____ Hipertensión _____ Cardiopatía _____ Otros _____

Urgencias clasificadas con color **ROJO**

Alteración importante de los signos vitales. _____ Glasgow menor a 8 _____

Sangrado activo. _____ Traumatismo grave _____

Precordalgia. _____ Crisis convulsivas _____

Dificultad respiratoria severa. _____

Urgencias clasificadas con color **NARANJA**

Traumatismo craneoencefálico (Glasgow 9-13). _____

Sangrado de tubo digestivo. _____

Dificultad respiratoria moderada. _____

Deshidratación moderada. _____

Urgencias clasificadas con color **AMARILLO**.

Signos vitales alterados. _____ Dolor abdominal agudo _____

Cefalea intensa. _____ Síndrome confusional _____

Urgencias clasificadas con color **VERDE**.

Traumatismo menor. _____ Dolor osteomuscular _____

Sinusitis. _____ Dolor dental _____

Urgencias clasificadas con color **AZUL**.

Cuadros gripales. _____ Dolor abdominal leve _____

Gastroenteritis. _____ Cefalea _____

Quien realizo: _____

Cargo: _____

Tiempo de espera en recibir la atención médica. _____.

¿Está usted satisfecho con la atención médica recibida? _____.