



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca

Trabajo Monográfico para optar al título de

Especialista en Medicina de Emergencias:

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE TRIAGE DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL ANTONIO LENÍN FONSECA DURANTE EL PERIODO DE
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015**

Autora: Dra. Ivette Alejandra Urcuyo Duarte.

Médico Residente de III Año

Tutor: Dr. René Ariel Quezada Picado.

Cirujano General

Jefe de Servicio de Emergencias

Managua, Nicaragua

Febrero 2016

Agradecimiento

A Dios sobre todo, por guiarme hacia este camino

Acompañándome en cada momento.

A mis hijos por ser la inspiración más grande.

A mi tía Rosa María que pese a todas las dificultades siempre está
conmigo.

A mi querida Dra. Silvia Iliana Quezada por siempre motivarme a ser
mejor con su exigencia y su ejemplo.

A mi apreciado tutor y Jefe de Servicio Dr. René Ariel Quezada, por su
apoyo incondicional.

A mi queridos amigos y compañeros de turnos Dra. Claudia Bermudez
Quant y Dr. Luis Ernesto Moraga, interminables noches de turno,
siempre llenas de sonrisas.

A mis amigos y compañeros de trabajo, que forman parte de mi gran
familia hospitalaria, especialmente a María Ofelia Carrión Paiz.

Gracias.

Dedicatoria

A Dios que para en todo amar y servir me dado la fortaleza para seguir adelante, dándome infinitas bendiciones.

A mis hijos Ariel Alejandro y Andrés Enrique que con su inocencia han sabido darme sólo amor y sonrisas después de noches de desvelo, siendo el motor de mi vida.

Opinión del Tutor

Los problemas que se presentan a diario en los hospitales generales, se han ido incrementando de manera exponencial con el crecimiento demográfico de la población; lo que ha hecho que la calidad de atención se vea alterada por múltiples factores, sobretodo la sobreocupación de los servicios de Emergencias.

El presente estudio permitirá elaborar un Protocolo de Triage de cara a la modernización del Servicio de Emergencias. Con el fin de establecer un sistema que permita optimizar la calidad y calidez de atención de los pacientes que acuden a diario con un sistema médico-asistencial óptimo.

En el futuro esperamos que sea antecedente para ir mejorando la atención y que sea modelo de evaluaciones periódicas para el Servicio de Emergencias.

Dr. René Ariel Quezada Picado.

Jefe de Servicios de Emergencias

Hospital Antonio Lenín Fonseca

I. Introducción

La calidad de atención al usuario es un proceso para la satisfacción total de las necesidades del paciente, considerando que la organización existe porque existe el cliente o paciente que tiene una necesidad en este caso de atención oportuna y de calidad, motivo por el cual se debe prestar atención al proceso para mejorar la calidad de atención a los pacientes la cual hace que la imagen de la institución se vea respetada y admirada por los usuarios cuando está enfocado en la calidad y mejora continua de sus servicios.

El servicio de Emergencias del Hospital Antonio Lenín Fonseca está conformado en 4 áreas: demanda espontánea, consultorios, crítico y observación. En 2014 fue creada la Demanda espontánea para satisfacer la demanda de atención de la población que acude por primera vez a este servicio sin referencia. Actualmente se brinda atención del servicio de otorrinolaringología y clasificación de emergencias en esta área.

Se cuenta con 6 consultorios: 1 de atención de ORL, 1 compartido para la atención de febriles y Medicina interna, 1 para Cirugía General, 1 Inyectables, 1 Ortopedia y 1 consultorio para atención de Urología.

En el área de Crítico se brinda atención del servicio de Neurocirugía y pacientes de Emergencias, hay destinada un área para atención de paciente crítico, donde espacialmente caben como máximo 3 camillas, con un equipo de paro, equipado con monitor cardíaco y desfibrilador manual y automático. La sala de Observación ha sido dividida en dos áreas, una destinada para los febriles con dos camas, y otra para los pacientes en general, con 5 camas y varios sillones.

La demanda diaria de pacientes oscila entre los 200 a 400 pacientes, por lo cual es necesario tener un sistema de clasificación de Triage adecuado a este entorno.

Hoy en día existen varios modelos de sistemas de Triage en 5 niveles de clasificación siendo estos últimos (MTS-Manchester, ATS–Australia, CTAS Canadá, etc) considerados los más fiables por su mayor discriminación. El objetivo de evaluar el sistema de Triage del Servicio de Emergencia del Hospital Antonio Lenín Fonseca es crear un protocolo adecuado de clasificación y fortalecer la calidad y calidez de la atención del servicio de Emergencias.

II. Planteamiento del Problema

¿Existe un adecuado sistema de Triage en el Servicio de Emergencias del Hospital Antonio Lenín Fonseca durante el período de Octubre a Diciembre de 2015?

III. Justificación

Los usuarios pacientes llegan a una atención con cierta expectativa, buscando satisfacer sus necesidades mediante el servicio que se les brinda que incluye una buena atención y un buen trato. Lo que quiere decir por ejemplo si va por un dolor necesita un tratamiento y esta necesidad se satisface a través de un tratamiento que puede ser la analgesia o curación, pero para que este cliente este satisfecho también necesita sentirse bien tratado es decir con amabilidad, respeto, cortesía y oportunamente; sobre todo cuando se trata de instituciones del estado lo que más incómoda al paciente es primero las largas colas o el tiempo que tienen que esperar para que se les atienda, se sabe que el promedio de espera va desde 30 minutos hasta 2 a 3 o más horas.

La calidad en servicios de salud es considerada por Donabedian¹ en dos dimensiones:

La técnica y la interpersonal, La primera busca el mayor beneficio para los pacientes sin riesgo en la prestación. La interpersonal pretende respetar al paciente como ser humano integral buscando su satisfacción plena; dentro de esta se encuentra el tiempo de espera para recibir atención en un servicio de salud.

Este proyecto de mejora del tiempo de espera va permitir implementar estrategias a lograr en corto y mediano plazo, necesarios para mejorar la satisfacción de los

¹ El Dr. Avedis Donabedian fue Profesor Emérito de Salud Pública por la Universidad de Michigan. Su dilatada labor en la sistematización de conocimientos dentro de las ciencias de la salud, especialmente centrada en la mejora de la calidad asistencial, ha sido reconocida mundialmente y merecedora de diversos galardones.

usuarios de servicios de salud odontológica en centros de salud y hospitales y la capacidad de respuesta para garantizar una atención oportuna y de calidad.

Hoy en día es imprescindible prestar una asistencia de calidad, segura y eficiente, en los Servicios de emergencias, basada en un mejor conocimiento del tipo de pacientes que son atendidos en ellos, que permita una mejor organización y distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de las urgencias.

Para conseguirlo, existe un consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias, en recomendar la implantación de un sistema de Triage estructurado en los cuartos de urgencias.

El sistema de Triage estructurado garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son visitados prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la visita y el tratamiento.

IV. Objetivos

GENERAL:

1. Evaluar el sistema de Triage del Servicio de Emergencias del Hospital Antonio Lenín Fonseca durante el periodo de Octubre a Diciembre de 2015.

ESPECÍFICOS:

1. Conocer la demanda por especialidades de los usuarios del servicio de Emergencias.
2. Evaluar el sistema médico asistencial actual para evitar la demora en la asistencia de los usuarios del servicio.
3. Reconocer los problemas actuales del sistema de Triage para crear un protocolo de atención de Triage de cara a la remodelación del Servicio de Emergencias.

V. Antecedentes

A principios del siglo XIX, en Francia, un médico cirujano del ejército de Napoleón, el Barón Dominique Jean Lorry (1766 – 1842) se dio cuenta que para mejorar la supervivencia de los soldados era necesario atender primero y de la forma más rápida a los más graves. Él aunque nunca llegó a utilizar el término Triage que proviene de traer, fue el primero en actuar antes de que acabara la batalla, ignorando el rango y bando del soldado, y considerando la prioridad de su asistencia dependiendo de las lesiones que presentaban:

“El mejor plan que puede adoptarse en estas emergencias, para prevenir las desastrosas consecuencias de dejar a los soldados gravemente heridos sin asistencia, es poner las ambulancias lo más cerca posible del campo de batalla y establecer cuarteles, en los que todos los heridos, que requieran delicadas intervenciones quirúrgicas, puedan ser reunidos para ser operados por el cirujano general. Aquellos que estén gravemente heridos deben recibir la primera atención, independientemente del rango o distinción. Aquellos lesionados en menor grado deben esperar hasta que sus compañeros de armas, que estén gravemente mutilados, hayan sido operados y curados, pues en caso contrario estos no sobrevivirían muchas horas y rara vez más allá del día siguiente. Por otro lado, las heridas ligeras pueden ser reparadas fácilmente en los hospitales de primera o segunda línea, especialmente en los oficiales que tienen medios de transporte. En último extremo, la vida no corre peligro por estas heridas” (Dominique Jean Lorry: L’Hommage des invalides publicado en 1792. Página 86 a 89).

El Triage sanitario se desarrolló en el campo de batalla por dar prioridad a los soldados heridos con la finalidad de conocer el estado de éstos y saber cuándo podrían volver al campo de batalla.

Durante el siglo siguiente, esta práctica se extendió por todos los campos de batalla, de esta forma los soldados que no podían ser operados inmediatamente eran mantenidos en las mejores condiciones posibles. El Triage ha sido una ayuda muy importante en tiempos de guerra.

El Triage en los servicios de urgencias empieza a introducirse durante el siglo XX, un pionero en la introducción de una sistematización del Triage en urgencias y emergencias fue E. Richard Weinerman en el año 1964 en Baltimore.

¿Cómo triar en el servicio de urgencias?: Una pregunta tan sencilla y tan compleja de contestar. Durante los últimos años hemos visto incrementada la demanda de usuarios en el servicio de urgencias debido a diferentes factores: aumento de la población debido a la inmigración, a la esperanza de vida y la cronificación de las enfermedades entre otros factores.

Las prestaciones en los servicios de urgencia, han creado la necesidad de introducir en dichos servicios un sistema de filtro que gestione la afluencia de los usuarios y que seleccione dentro de los servicios con el fin de tutelar aquellos pacientes que presenten patologías más graves, de tal manera que la atención a estos no se demore. Estos factores obligan a establecer sistemas de Triage delante de la urgencia hospitalaria.

El concepto de Triage, aunque su primera utilización se relaciona con el comercio a principios del siglo XII para la selección de telas o cafés, fue con las guerras napoleónicas cuando el Triage se difundió como un proceso mediante el cual sólo los soldados con lesiones menores recibían tratamiento para su rápida incorporación al frente, mientras los que presentaban heridas mortales eran apartados.

En el ámbito intrahospitalario nace alrededor de los años 60 en EEUU, debido al aumento de la población que diariamente acudía a dichos servicios con un elevado porcentaje de patologías no urgentes y se han ido creando a partir de aquí otros sistemas de Triage en diferentes países.

En el Reino Unido se empezó a utilizar el Triage hace más de 20 años.

Canadá, basándose en la experiencia australiana, elabora su propio modelo en 1995, llegando en 1998 por consenso a un único sistema de Triage, dividido en cinco modelos de color con control de calidad que en algunos hospitales supone un doble sistema de Triage, verificando el código atribuido.

En España cada hospital ha adoptado un sistema de Triage para los servicios de urgencias provocando que no exista la homogeneidad entre ellos pero verdaderamente ¿por qué no existe esta homogeneidad?, ¿no existe un sistema eficiente?

A lo largo de los años en la realidad sanitaria hemos visto diferentes sistemas como por ejemplo:

- El Triage realizado por un/a administrativo, es decir, no existe tal Triage, se produce una recogida de datos (admisión del usuario) y se le otorga un orden de espera para ser visitado. Este orden depende de la hora de la llegada del usuario al servicio de urgencias, a no ser que se produzca una gravedad obvia.
- El Triage realizado por un médico, el facultativo realiza una visita rápida a los usuarios que llegan al servicio y según la orientación diagnóstica decide la prioridad de la atención.

En la actualidad estos dos métodos son los más comunes, pero el cambio que se ha producido en la sociedad, como anteriormente hemos mencionado,

provocando el incremento de las demandas de los servicios de urgencias por los usuarios ha generado que se tengan que desarrollar nuevos sistemas de Triage más efectivos.

VI. Marco Teórico

El Triage es un método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles.

NIVELES DE PRIORIZACIÓN La priorización de la atención del paciente comprende tres niveles, organizados de mayor a menor complejidad. **PRIORIDAD I** Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o un riesgo de pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una atención médica inmediata; también se incluye en esta categoría el paciente con dolor extremo. **PRIORIDAD II** Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo de inestabilidad o complicación. **PRIORIDAD III** Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación.

El objetivo básico de la implantación de un sistema de Triage estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser visitado; es decir, aumentar su seguridad, aunque el Triage estructurado aporta mejoras en aspectos como la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de cara al paciente, que se convierte en el verdadero centro de la asistencia, así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad.

Para el profesional de urgencias el Triage estructurado ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo y común para todos los dispositivos asistenciales, un sistema de gestión asistencial homogéneo y universal, que abre las puertas a una

asistencia más eficiente, potenciando aspectos como el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinar y en equipo y el desarrollo profesional.

La introducción del sistema de Triage estructurado representa un cambio total en la forma de asistir a los pacientes y permite mejorar de forma continua la calidad asistencial. Con él se introduce una nueva filosofía de trabajo basada en el orden y el control de los procesos. Lo más importante es, sin duda, la mayor capacidad de gestión de la información de cara a la mejora continua de la calidad que el Triage estructurado ofrece.

EL TRIAJE ESTRUCTURADO:

La disponibilidad de un sistema de Triage estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los Servicios de urgencias y Emergencias.

- La disponibilidad de un sistema de Triage de cinco niveles, válido, útil, relevante y reproducible, y de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan hacer el Triage de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable, es una manera fundamental para mejorar la eficiencia de los Servicios de Urgencias y Emergencias, proteger a los pacientes, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar recursos.

El sistema de Triage estructurado ha de definir un estándar de motivos de consulta a Urgencias y ha de tener suficiente solidez científica para ser aplicado tanto a los niños como a los adultos, independientemente del tipo de hospital o servicio de Urgencias hospitalarias, centro de Urgencias de atención primaria, servicio de Emergencias extra hospitalarias y centros de coordinación de Emergencias.

El Triage estructurado ha de permitir identificar rápidamente a los pacientes que padecen una enfermedad que posa en peligro la su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, para disminuir su riesgo.

El Triage estructurado permite mejorar la seguridad de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias y Emergencias.

- El sistema de Triage ha de permitir controlar de forma continua todo lo que pasa dentro y fuera del servicio de Urgencias y en las áreas de espera, evaluando los pacientes mediante reevaluaciones predicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, controlando los tiempos de espera, activando procesos de sobre Triage automático y dando información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y el tiempo de espera y permitiendo la gestión ordenada de la actividad de los diferentes equipos asistenciales.

El sistema de Triage estructurado ha de ser realizado por profesionales los sanitarios y ha de tener un carácter multidisciplinario.

- El Triage estructurado es un Triage de enfermería no excluyente, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de Urgencias.
- La multidisciplinariedad del Triage estructurado de enfermería con implicación médica permite implementar dinámicas como son el Triage avanzado, el Triage multidisciplinario, las visitas rápidas y la derivación.

El Triage estructurado se ha de implementar como a parte de un sistema de Control de pacientes en tiempo real, dentro de un sistema de registro informático.

- El control de pacientes en tiempo real permite mejorar la eficiencia y la seguridad de los pacientes.
- La informatización del Triage permite reducir la variabilidad en la aplicación de la escala de Triage, favoreciendo el manejo clínico de los pacientes, el análisis de la casuística y la comparación de cargas de trabajo, como a base para la auditoria y la mejora de la calidad de los Servicios de Urgencias y Emergencias.

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

- A pesar de que la importancia del Triage estructurado se muestra más aparente a medida que los Servicios de Urgencias se saturan, aumenta su frecuentación y los recursos disminuyen, este se ha de realizar las 24 horas del día, tanto en situaciones de saturación como en ausencia de la misma. La priorización de los pacientes solo se aplicará en situaciones de saturación o colapso.
- Se ha de hacer Triage a todos los pacientes que acuden a un servicio o centro de Urgencias, tanto a niños como a adultos con independencia del motivo de consulta o del tipo de Servicio de Urgencias y Emergencias al que se aplique, y su funcionamiento ha de ser monitorizado de forma continua mediante la evaluación de los indicadores de calidad del Triage.

El Triage estructurado permite disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los Servicios de Urgencias, determinando el área asistencial más adecuada para los pacientes.

La organización de la asistencia en base a los niveles de urgencia determinados por el sistema de Triage estructurado se ha mostrado efectiva para combatir la saturación de los Servicios de Urgencias y Emergencias.

La implantación del Triage estructurado se ha de realizar siguiendo un procedimiento estandarizado, ha de contar con la adhesión de los responsables sanitarios, gestores y profesionales a las recomendaciones científicas propuestas, adecuando la estructuración física y tecnológica operativa y la dotación de personal en los Servicios de Urgencias y Emergencias a las recomendaciones propuestas.

El éxito de la implantación estará garantizado por la creación de la Comisión de Triage en los Servicios de Urgencias y Emergencias, la formación y acreditación de los usuarios en base a un programa homologado de formación en Triage estructurado de Urgencias y Emergencias y la instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del Triage, según un modelo de mejora continua de la calidad.

El Triage estructurado introduce un lenguaje común para todos los profesionales que asisten las Urgencias y Emergencias, independientemente de la medida, estructura o ubicación de los centros asistenciales.

El tema de Triage estructurado se ha de basar en una escala de priorización útil, válida y reproducible. El concepto de utilidad hace referencia a la capacidad de la escala para relacionar la categoría asignada con el nivel real de urgencia/gravedad del paciente. La validez permitirá asignar el nivel de Triage correspondiente a aquellos pacientes que realmente han de estar en aquel nivel. La reproducibilidad condicionará que dicha categorización se cumpla independientemente de la persona o categoría profesional que la utilice o del hospital donde se aplique.

ESCALAS, SISTEMAS O MODELOS DE TRIAJE ESTRUCTURADO:

Durante los años 60, en los EEUU se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización (emergente, urgente y no urgente), que fue superado

a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro categorías (1995). Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente respecto a su utilidad, validez y reproducibilidad como para ser considerados estándares del Triage estructurado.

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de Triage para los servicios de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, es la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización: Nivel 1-Resucitación, Nivel 2-Emergencia, Nivel 3-Urgente, Nivel 4-Semiurgente, Nivel 5-No urgente. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de Triage (Australasian Triage Scale: ATS)

Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por ésta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de Triage estructurado que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de Triage de urgencias universal en sus respectivos territorios.

Así, podemos decir que actualmente existen cinco modelos de Triage estructurado, incluyendo el australiano: la Escala canadiense de Triage y gravedad para los servicios de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) (introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente, y con los siguientes niveles de urgencia: Nivel I-Resucitación, Nivel II-Emergencia, Nivel III-Urgente, Nivel IV-Menos urgente, Nivel V-No urgente) el Sistema de Triage de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de Triage de Manchester en 1996, utilizando también la NTS como referente), el Índice de gravedad de urgencias

(Emergency Severity Index: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los EEUU en 1999, utilizando el MTS como referente) y el Modelo andorrano de Triage (Model Andorrà de Triatge: MAT) (desarrollado por la Comisión de Triage del Servicio de Urgencias del Hospital Nostra Senyora de Meritxell y aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000, y que utiliza la CTAS como referente).

La antigua escala de 5 niveles utilizada en el Hospital St. Paul de Vancouver y la CTAS utilizan un listado de síntomas y diagnósticos centinela, introduciendo esta última el objetivo operativo de tiempos de actuación en función de la categoría, entre otros objetivos de cumplimiento. La NTS y la CTAS no están basadas en algoritmos clínicos. El cambio evolutivo más importante que ha sufrido la NTS para convertirse en ATS es la introducción de datos del estado fisiológico para categorizar a los pacientes.

El MTS convierte el concepto de síntoma y diagnóstico centinela en categoría sintomática o de presentación, introduciendo el concepto de discriminante clave para determinar la categoría de clasificación, que diferencia en colores, dentro de un sistema de algoritmos clínicos.

El ESI, es una escala basada en un algoritmo simple e implementado en hospitales concretos de los EEUU. Introduce el concepto de consumo de recursos como criterio de clasificación junto con los discriminantes clave.

Finalmente, el MAT nace de una adaptación conceptual de la CTAS, convirtiendo una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela en una escala basada en categorías sintomáticas o de presentación, con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en un formato electrónico. Esta es la esencia conceptual del Programa d'Ajuda al Triatge (PAT®) desarrollado el año 2001 como núcleo

operativo del MAT . Es un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de Triage de 5 categorías, a los que aporta aspectos de revisión y adaptación a nuestro entorno sanitario, constituyéndose en un modelo aplicable, con objetivos operativos asumibles y propuestos como indicadores de calidad, válido, útil y reproducible.

Existen diferentes publicaciones que confirman la reproducibilidad de la NTS, de la CTAS y del ESI. La mayor parte de estos trabajos se han realizado sobre escenarios, no sobre pacientes atendidos en los servicios de urgencias. Existen controversias sobre la fiabilidad de la utilización de escenarios para evaluar la concordancia interobservador de una escala de Triage, aunque éste es el método más utilizado en la literatura. No existen trabajos publicados que avalen la concordancia del MTS, a pesar de su amplia difusión en el Reino Unido. Los estudios de concordancia muestran la fiabilidad de las escalas Triage de 5 categorías al ser utilizadas por personal sanitario no médico. Así, los estudios de Whitby et al. con la NTS, de Beveridge et al. con la CTAS y de Wuerz et al. con el ESI, han demostrado un alto nivel de concordancia entre médicos y enfermeras en la utilización de las respectivas escalas. Recientemente, Manos et al. y Murray y Bondy, han demostrado un alto nivel de concordancia de la CTAS en paramédicos canadienses. El MAT, por su parte, ha demostrado el alto grado de concordancia entre el PAT® y el Triage profesional basado en la CTAS.

Un aspecto importante que introducen los sistemas de Triage estructurado es su capacidad de relacionar los niveles de priorización con otros aspectos asistenciales en los servicios de urgencias donde se aplican. Así, el ESI fue el primer sistema que demostró una buena relación entre el nivel de Triage y la duración de la estancia en urgencias, el índice de ingreso hospitalario y los requerimientos en consumo de recursos diagnósticos. Estos factores, entendidos como sustitutos de la gravedad de los pacientes en los análisis de la complejidad de los servicios de urgencias, pueden utilizarse en la monitorización de la actividad del servicio de urgencias junto a los niveles de priorización de los pacientes. Recientemente, hemos constatado

que la CTAS puede ser implementada en países diferentes al Canadá, y que sus objetivos operativos pueden ser considerados indicadores de calidad del Triage. También hemos observado una relación significativa entre las categorías de priorización y el consumo de recursos en transporte sanitario, la duración de la estancia en urgencias, el índice de ingreso hospitalario y la utilización de recursos diagnósticos.

Australian Triage Scale (ATS)

Como se ha comentado anteriormente es una escala de 5 niveles (Nivel 1.- Reanimación, Nivel 2.- Emergencia, Nivel 3.- Urgente, Nivel 4.- Semiurgente y Nivel 5.- No urgente).

La responsable de realizar el Triage es la enfermera que ha de estar preparada y entrenada.

La característica clínica más urgente determina la categoría, normalmente es la combinación del problema actual junto con el aspecto del paciente.

El gravamen (examen) del Triage ha de realizarse entre 2 – 5 minutos obteniendo la suficiente información a través de una entrevista entre enfermera – paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse) para determinar la urgencia e identificar la necesidad inmediata.

No es necesario realizar ningún diagnóstico. Las constantes vitales se deberán tomar en aquellos casos en los que sean necesarios para valorar la urgencia.

Si el paciente tiene una categoría 1 o 2 el gravamen más completo lo realizará la enfermera que proporciona el tratamiento.

Para cada nivel/categoría existe un tiempo máximo de atención que no debe sobrepasarse, este tiempo ya está determinado y si se sobrepasa ha de hacerse un

re-Triage (véase el cuadro). La documentación que se recoja del gravamen debe incluir como mínimo: fecha y hora del gravamen, nombre del oficial del Triage, que problemas agudos presenta, historia limitada y relevante, resultados relevantes del gravamen, categoría inicial asignada del Triage, categoría de re-Triage con tiempo y razón, área del gravamen y del tratamiento asignado, cualquier diagnóstico, primeros auxilios o medidas del tratamiento iniciado.

La ATS se utiliza de forma generalizada en Australia, pero no sólo como un sistema de Triage sino que se utiliza para medir el rendimiento de los servicios de urgencias, las necesidades de recursos económicos y para determinar la calidad de la atención.

ATS

<i>Nivel</i>	<i>Categoría</i>	<i>Tiempo de Atención</i>
1	Riesgo vital inmediato.	Inmediato
2	Riesgo vital inmediato; la intervención depende críticamente del tiempo	Minutos (< 10 min.)
3	Riesgo vital potencial; situación urgente.	½ hora
4	Potencialmente serio; situación urgente; complejidad significativa o de gravedad.	1 hora
5	Menos urgente; problemas clínico-administrativos	2 horas

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).

La Escala Canadiense de Triage y urgencia para los servicios de urgencias; fue desarrollado por Robert Beveridge, introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) y la Asociación Nacional de enfermeras de urgencias (NENA) en 1995 tras una adaptación de la NTS.

El Triage, según este modelo, lo realiza una enfermera muy entrenada y con experiencia. Los pacientes deben ser valorados (al menos visualmente) en un plazo inferior a 10 minutos. Los gravámenes no se han de realizar al completo a no ser que no haya paciente en espera. La información que se solicitará será para poder asignar al paciente un nivel de Triage que quedará registrado.

El gravamen principal es determinar la principal queja del paciente de forma subjetiva (inicio, curso, duración) y objetiva (esta parte la puede realizar la enfermera del área de tratamiento; aspecto físico, color, respuesta emocional, gravamen físico, toma de constantes vitales...) además se registrarán posibles alergias que tenga el paciente y el tratamiento médico que toma (si toma alguno) habitualmente.

Toda esta información se obtiene a través de una entrevista entre la enfermera y el paciente (o acompañante si el paciente tiene algún impedimento para poder expresarse).

En dicha entrevista es muy importante que la enfermera tenga buena actitud y muestre empatía; que observe los gestos, escuche lo que le explican, que palpe al paciente para observar el ritmo cardiaco, temperatura o sudoración ...y sobretodo que no realice juicios basándose en el aspecto o actitud del paciente. Esta entrevista ayuda a disminuir el miedo y ansiedad del paciente y/o familia. La enfermera registrará toda la información obtenida durante la entrevista (fecha y hora del

gravamen, nombre de la enfermera, historia subjetiva limitada, observación objetiva, nivel de Triage, localización del paciente en el servicio; comunicando todo a la enfermera del área de tratamiento, alergias, tratamiento habitual, el diagnóstico, los primeros auxilios, las intervenciones terapéuticas y las nuevas valoraciones). Los tiempos de atención se determinan según el nivel de urgencia (véase el cuadro).

Todo paciente que supere el tiempo de atención recomendado debe ser valorado de nuevo porque su estado podría haber cambiado y por lo tanto su nivel de urgencia.

Se trabajará dependiendo de los protocolos y planes de cuidado que tenga cada departamento de urgencias.

La CTAS, es una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela.

Nivel	Categoría	Tiempo de Atención
I	Reanimación.	Inmediato
II	Emergencia Inmediato enfermería/ médico	15 minutos
III	Urgente	30 minutos
IV	Menos urgente	60 minutos
V	No urgente	120 minutos

Emergency Severity Index (ESI).

El índice de severidad de urgencias americano que fue desarrollado por R.C. Wuerz y el Grupo de trabajo del ESI en 1999.

Este sistema tomó como referente el MTS. Este modelo parte de un algoritmo muy simple para la clasificación de los pacientes:

- 1.- ¿Puede Morir el paciente? Si la respuesta es SI → Nivel 1.
- 2.- ¿Puede morir el paciente? Si es NO → ¿Puede esperar? si es NO → Nivel 2.
- 3.- ¿Puede morir el paciente? si es NO → ¿Puede esperar? si es SI → ¿Cuántos recursos necesitará?: - Muchos: signos vitales alterados? → SI → considerar y cambiar a Nivel 2.
NO → Nivel 3. - Uno → Nivel 4. - Ninguno → Nivel 5.

Esta escala incluye el algoritmo simple e introduce el concepto de consumo de recursos junto con los discriminantes clave. Igual que en los anteriores modelos; el Triage podría ser realizado por médicos o enfermeras, pero es realizado, como en el resto de modelos, por enfermeras que a través de la entrevista valoran el estado general del paciente, realizan la toma de constantes e indican el motivo de consulta.

Este modelo se basa en la evidencia para mejorar la calidad en los servicios de urgencias en los EUA. A diferencia del resto de modelos, en la ESI no existen unos tiempos de atención definidos, clasifican según los recursos que precisen en uno u otro nivel.

Nivel	Categoría	Tiempo de Atención
1	Riesgo vital inmediato.	No definido
2	Situación de alto riesgo; inestabilidad fisiológica; dolor intenso.	No definido
3	Necesidad de múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas y estabilidad fisiológica	No definido
4	Necesidad de Exploración diagnóstica y/o terapéutica No definido	No definido
5	Necesidad de exploración diagnóstica y/o terapéutica.	No definido

Manchester Triage System (MTS).

El sistema inglés de Triage de Manchester introducido por el Grupo de Triage de Manchester en 1996 también tomando como referente la NTS e integrando todos los sistemas de Triage que existían en Inglaterra. Esta escala clasifica al paciente que llega al servicio de urgencias en 52 motivos diferentes según signos y síntomas, con discriminantes, y en cada motivo se despliega un árbol de preguntas cuya contestación es si/no. Tras estas tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una se traduce en un color y un tiempo máximo de atención. Esta clasificación permite priorizar al paciente en función de la gravedad. Este sistema de Triage proporciona información clara al paciente sobre su estado y el tiempo máximo de espera, ganando en la satisfacción del usuario y disminuyendo su ansiedad y nerviosismo. Se crea así el primer contacto con el paciente y se da una respuesta clara a su demanda. El Triage es realizado por una enfermera que a través de una entrevista con el paciente realiza la recepción, la acogida y la clasificación del paciente (RAC). Con dicha entrevista valora el estado general del

paciente, realiza la toma de constantes, indica el motivo de consulta, realiza ECG si está indicado (dolor torácico, epigástrico, síncope o arritmia) y aplica el procedimiento del sistema MTS para obtener el nivel de urgencia del paciente. La enfermera orienta los flujos de pacientes en función de la gravedad y permite ir haciendo revaloraciones e ir reordenando los recursos del servicio de urgencias en cualquier momento. Este sistema da una respuesta eficaz a un problema como la gestión de flujos en el servicio, permitiendo realizar controles de calidad de los tiempos de espera.

En la actualidad se ha creado y validado una herramienta informática basada en la escala MTS que permite aumentar la facilidad y rapidez de la aplicación desde el primer momento.

Este sistema de Triage está implantado en algunos hospitales de España como el H.12 Octubre de Madrid, el H. Universitario, Central de Asturias, el H. Universitario Virgen de las Nieves de Granada y el H. Reina Sofía.

Sistema Manchester (MTS)

El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994 y sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos:

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de *Triage*.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de *Triage* desarrollado.

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de «tiempo clave» o «tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta»

Tabla 3. Niveles de clasificación de la MTS.

Número	Nombre	Color	Tiempo máximo
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

MTS: Manchester System *Triage*

El sistema se revisó en 2006 y se introdujeron las aportaciones recibidas en esos 10 años. A lo largo de este tiempo ha sido adoptado en muchos hospitales de todo el mundo.

En España el Servicio de Urgencias del complejo Hospitalario de Ourense (Galicia), en el año 2002, realizó un estudio de validación y aplicación de MTS en nuestro medio, concluyendo que reúne las condiciones adecuadas para su aplicación.

En el año 2003, se crea el Grupo Español de *Triage* Manchester (GET-M) que se integra en el Grupo Europeo de *Triage* Manchester el 30 de abril de 2004 y que participa en reuniones científicas del mismo.

Análisis del MTS

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención.

Clasificación de emergencias (triaje de Manchester) (Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos)

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RESUCITACIÓN	ROJO	Atención de forma inmediata
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza discriminadores dispuestos en forma de diagramas para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas.

Los discriminadores generales son: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución) y se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación.

El método es coherente en sus planteamientos ya que los síntomas guía pueden conducir a más de un diagrama de presentación clínica. Así, un paciente que no se encuentra bien con el cuello rígido y dolor de cabeza tendrá la misma prioridad si el profesional utiliza los diagramas de «adulto con mal estado general», «dolor de cuello» o «dolor de cabeza». En la figura 1 se representa un diagrama de flujo de los discriminadores generales y de uno de los 52 motivos de consulta.

Tampoco hace ninguna suposición sobre el diagnóstico y puede ser desarrollado por cualquier enfermero o enfermera independientemente de su grado de experiencia. Como requisito imprescindible se exige haber superado la formación inicial necesaria.

El sistema tiene ya una experiencia acumulada de 14 años, permite realizar auditorías de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. Discrimina bien el paciente crítico y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica.

El MTS es el sistema más ampliamente usado en hospitales de Europa y existen también grupos de *Triage* nacionales en países como Alemania, Holanda, Inglaterra e Irlanda, Portugal y España. En el Reino Unido es el sistema mayoritariamente utilizado.

En España en la actualidad es el sistema elegido por los servicios de salud de Asturias, Galicia, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía para sus hospitales públicos

VII. Diseño Metodológico

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio descriptivo de corte longitudinal.

Área de estudio

Servicio de Emergencias del Antonio Lenín Fonseca durante el período de Octubre a Diciembre de 2015.

Muestra

Será una muestra aleatoria simple que incluirá a todos los pacientes clasificados como Críticos que se ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidados Críticos y Unidad de Cuidados Coronarios atendidos por las especialidades de Medicina de Emergencias y Medicina Interna.

Criterios de Evaluación e indicadores:

Criterios explícitos:

1. Hojas de atención de pacientes ingresados a los Servicios directamente de áreas críticas: Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Coronarios y Unidad de Críticos, atendidos por Medicina Interna o Medicina de Emergencias.
2. ¿Está registrada la hora de la 1ª Valoración?
3. ¿Cuál es el tiempo medio de demora para la 1ª Valoración?

Indicadores:

1-Tasa de cumplimentación del parámetro “Hora de Valoración”:

nº de hojas con el registro correcto x 100

nº de hojas totales

2. Tiempo medio de demora de 1ª Valoración.

Tiempo total de demora de todos los pacientes x100

nº de pacientes totales

3. Tiempo medio de demora en la realización de 1º EKG en pacientes con IAM que ingresan como SCA a UCC:

T total demora pacientes con IAM que acuden por dolor torácico x100

nº de pacientes con IAM que acuden por dolor torácico

Técnicas y Procedimientos

Los datos serán recolectados a través de la revisión documental de los expedientes clínicos de todos los pacientes con indicación de ingreso a las salas de UCI, UCC o Crítico a través de la hoja de atención de emergencia del Hospital Antonio Lenin Fonseca, los cuales serán procesados en una base de datos de Microsoft Excel para mostrar los resultados en tablas de contingencia utilizando el cálculo porcentual como medida de tendencia.

VIII. Resultados

El total de consultas atendidas en el Servicio de Emergencias del HALF durante el período de Octubre a Diciembre de 2015 fue de 16,669 consultas, siendo la especialidad con mayor demanda el Medicina o Emergencias con 6,020 (36.11%) consultas, Crítico 1,182 (7.09%), correspondiendo la atención del personal de Emergencias el 44% de la atención brindada, Ortopedia 3,239 (19.43%), Cirugía General 2,350 (14.10%), Neurocirugía 2,298 (13.79%), Urología 1,327 (7.96%) y Otorrinolaringología 235 (1.41%). Quedando la diferencia inespecificado quien brindó la atención (18 – 0.11%).

Tomando en cuenta la cantidad de ingresos en los diferentes servicios se realizaron 59.43% de hospitalizaciones de los médicos de Medicina de Emergencia y Medicina Interna, Neurocirugía tiene una tasa de hospitalización del 17.10%, Cirugía General del 11.98%, Ortopedia del 6.43%, Urología del 2.75% y ORL del 2.31%.

En relación a los ingresos vs consultas totales las hospitalizaciones por servicio fueron las siguientes ORL 28.51% (67 de 235), Medicina 24.60% (1,727 de 7,020), Neurocirugía 21.63% (497 de 2,298), cirugía 14.81% (348 de 2,350), Urología 6.03% (80 de 1,327) y Ortopedia 5.77% (187 de 2,350)

De los indicadores evaluados el primero que corresponde al tiempo de espera, se tomó como referencia las horas de espera referidas de Triage estructurado, encontrando que en tiempo de espera inicial de pacientes críticos hospitalizados fue de 10 minutos para el 45.05%, se atendió inmediatamente al 22.52%, y el en menos de 30 minutos al 25.23%, al 6.31% se le atendió en la primera hora y solamente 0.9% se atendió después de 2 horas. Con los datos anteriores se concluye que hubo demora en un 32.43% y que fueron atendidos sin demora 67.57%.

IX. Discusión

El total de consultas atendidas en el Servicio de Emergencias del HALF durante el período de Octubre a Diciembre de 2015 fue de 16,669 consultas, siendo la especialidad con mayor demanda el Medicina o Emergencias con 6,020 (36.11%) consultas, Crítico 1,182 (7.09%), correspondiendo la atención del personal de Emergencias el 44% de la atención brindada, Ortopedia 3,239 (19.43%), Cirugía General 2,350 (14.10%), Neurocirugía 2,298 (13.79%), Urología 1,327 (7.96%) y Otorrinolaringología 235 (1.41%). Quedando la diferencia inespecificado quien brindó la atención (18 – 0.11%). Actualmente la atención del servicio de emergencias tiene un sistema médico asistencial el cual el sistema de Triage no permite clasificar según prioridad, ya que los mismos médicos principalmente en el turno, son lo que deben de llevar a cabo la atención de pacientes urgentes y no urgentes.

Este 44% de atención de Medicina o Emergencias, representa la alta demanda para los médicos propios del servicio, hay que valorar que 7,202 consultas que es la suma de consultas de Medicina y Emergencias representan en promedio 80 consultas diarias, de lo cual no se puede valorar el tiempo promedio de un paciente debido a múltiples circunstancias, iniciando por la complejidad de algunos casos, luego tenemos la falta de cama lo cual prolonga la estancia del paciente en el servicio hasta su hospitalización.

Ortopedia es un servicio que sigue con una demanda alta por Emergencia por lo cual es necesario mantener este servicio con personal suficiente 24/7 (24 horas), la mayoría de los pacientes vistos son de manera ambulatoria ya que apenas se ingresa el 6.43% de su demanda. Neurocirugía y Cirugía tienen una demanda similar. Sin embargo, tiene una mayor tasa de ingresos de Neurocirugía 17.10%.

Esto significa que deberían de reforzarse ambos servicios con por lo menos 2 recursos permanentes para agilizar la atención de los pacientes.

Urología y ORL tienen unas tasas bajas de ingresos, con ORL se da el fenómeno que ellos clasifican su propias emergencias, la mayoría de los pacientes son vistos de forma ambulatoria, por lo tanto, lo que se da es un subregistro de su atención, esta cantidad de atenciones de consultas lo único que refleja es que la demanda de urgencias es baja comparada una atención por demanda espontánea que promedia las 60 consultas diarias.

De los indicadores evaluados según los tiempos de espera del Triage estructurado ya que actualmente, no tenemos un sistema de niveles de prioridad, encontramos que pacientes ingresados como críticos fueron atendidos de forma inmediata o casi inmediata en menos de 10 minutos, sin demora 67.57%, y que las demoras registradas son de un 32.43%.

X. Conclusiones

1. Encontramos que el sistema de Triage es inadecuado, ya que no se categorizan en niveles de prioridad, solamente se clasifican los pacientes por especialidad. Sin embargo, se logró que los pacientes que finalmente se catalogaran como críticos recibieran atención de forma casi inmediata.
2. Los Servicios de mayor demanda en el Servicio es Medicina Interna / Medicina de Emergencias, seguidos por Neurocirugías quien tienen las tasas más altas de hospitalización, seguidos por Ortopedia y Cirugía General. Urología tiene una baja de demanda de atención y la consulta actualmente está siendo cubierta parcialmente por el Servicio de Emergencias, en cuanto a ORL ya sabemos que existe un subregistro de atención y que tienen una alta demanda de atención.
3. El sistema de Triage no permite reclasificar a los pacientes, ya que no se pueden ordenar por prioridad, esto significa que el médico una vez que clasifica, no revalúa al paciente. Lo que los médicos reciben es una "X" cantidad de hojas donde se pueden traslapar pacientes graves que esta puede ser la causa de algunas demoras, o la falta misma de personal.

XI. Recomendaciones

1. Se recomienda la realización de un protocolo de Triage adaptado al Servicio de Emergencias de 3 de niveles de prioridad por lo menos, dado que es muy difícil reclasificar los pacientes de forma continua por falta de recursos asistenciales.
2. Se necesita mantener capacitación continua del personal médico-asistencial para dar atención médica oportuna a los pacientes que asisten al área de emergencias.
3. Debe extenderse a todo el personal que labora en la emergencia las capacitaciones de Triage, adecuadas a los niveles de atención desde vigilancia, admisión y enfermería.
4. Deben de ser clasificados en este orden de prioridad los pacientes de todas las especialidades.

XII. Bibliografía

1. American Collage of Surgeons. ATLS, Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Sexta edición. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. Chicago, 1997
2. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triase (SET). Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES); 2004.
3. Gómez J, Trillo M: Documento base en Triage de urgencias y emergencias estructurado” Grupo de evaluación de sistemas de Triage de SEMES. Madrid; marzo 2003
4. Bustamante E, Marrón R, Garcés C, Gros B, Herrer A, Javierre M. Análisis del tiempo informático de Triage con el MAT-SET. Emergencias 2006; 18 S: 181
5. Gómez Jiménez J, Ramón-Pardo P, Rúa Moncada C. Manual para la implementación de un sistema de Triage para los cuartos de urgencias. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. Diciembre del 2010.

XIII. Anexos

Tabla 1. Tasa de cumplimiento de tiempo de espera de pacientes críticos.

Tiempo de espera	Oct	Tasa de cumplimiento	Nov	Tasa de cumplimiento	Dic	Tasa de cumplimiento
0 minutos	7	17.5%	13	25.5%	5	25.0%
10 minutos	18	45.0%	23	45.1%	9	45.0%
30 minutos	13	32.5%	9	17.6%	6	30.0%
1 hora	2	5.0%	5	9.8%	0	0.0%
>2 horas	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%
TOTAL	40	100%	51	100.00%	20	100.0%

Tabla 2. Tasa de demora por mes de pacientes ingresados como críticos de Octubre a Diciembre de 2015

Demora	Octubre	Tasa de cumplimiento	Nov	Tasa de cumplimiento	Dic	Tasa de cumplimiento
NO	25	62.5%	36	70.6%	14	70.0%
Si	15	37.5%	15	29.4%	6	30.0%
TOTAL	40	100%	51	100.00%	20	100.0%

Tabla 3. Porcentaje de pacientes atendidos con o sin demora de Octubre a Diciembre de 2015

Demora	Tasa de demora
NO	67.57%
Si	32.43%
TOTAL	100.00%

Tabla 4. Porcentaje de demanda por especialidad en el Servicio de Emergencias

Especialidad	Total	Porcentaje
MEDICINA	6020	36.11%
CRITICO	1182	7.09%
ORTOPEDIA	3239	19.43%
CIRUGÍA	2350	14.10%
NEUROCIRUGÍA	2298	13.79%
UROLOGÍA	1327	7.96%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	235	1.41%
OTROS	18	0.11%
TOTAL	16669	100.00%

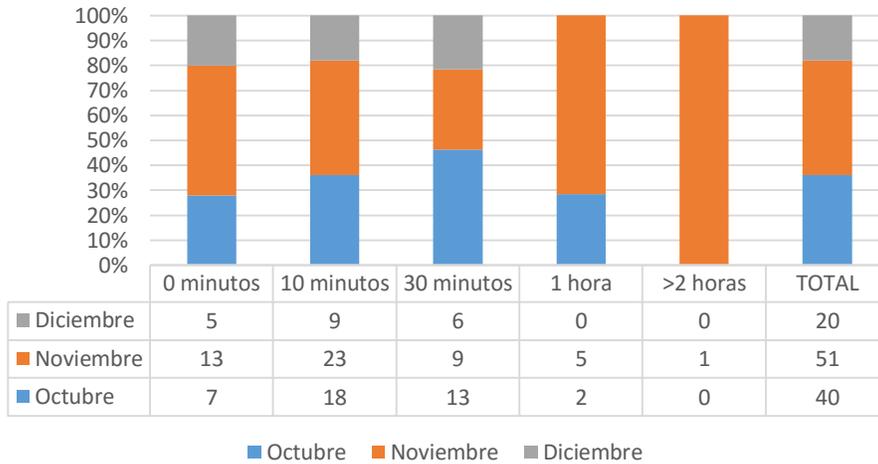
Tabla 5. Ingresos por especialidad en el Servicio de Emergencias de Octubre a Diciembre de 2015.

Especialidad	Ingresos	Tasa de ingresos
MEDICINA	1727	59.43%
ORTOPEDIA	187	6.43%
CIRUGÍA	348	11.98%
NEUROCIRUGÍA	497	17.10%
UROLOGÍA	80	2.75%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	67	2.31%
TOTAL	2906	100.00%

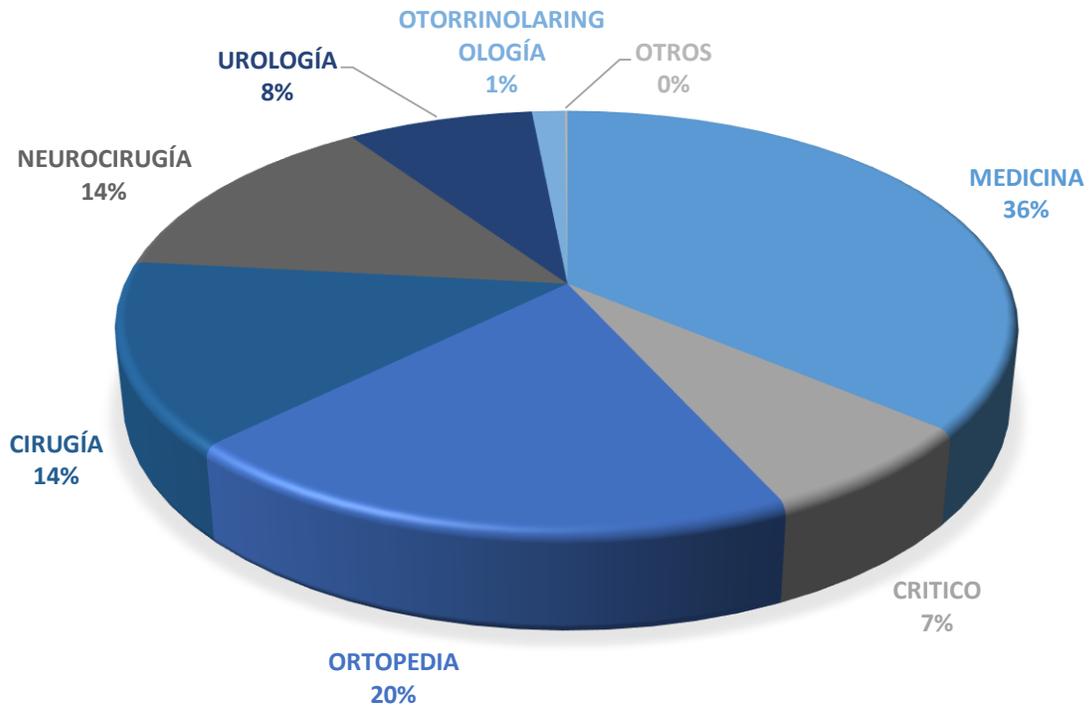
Tabla 6. Relación ingresos vs egresos por especialidad en el servicio de Emergencias de Octubre a Diciembre de 2015

	Consultas	Ingresos	Egresos
MEDICINA	7020	1727	5293
ORTOPEDIA	3239	187	3052
CIRUGÍA	2350	348	2002
NEUROCIRUGÍA	2298	497	1801
UROLOGÍA	1327	80	1247
OTORRINOLARINGOLOGÍA	235	67	168
TOTAL	16669	2906	13763

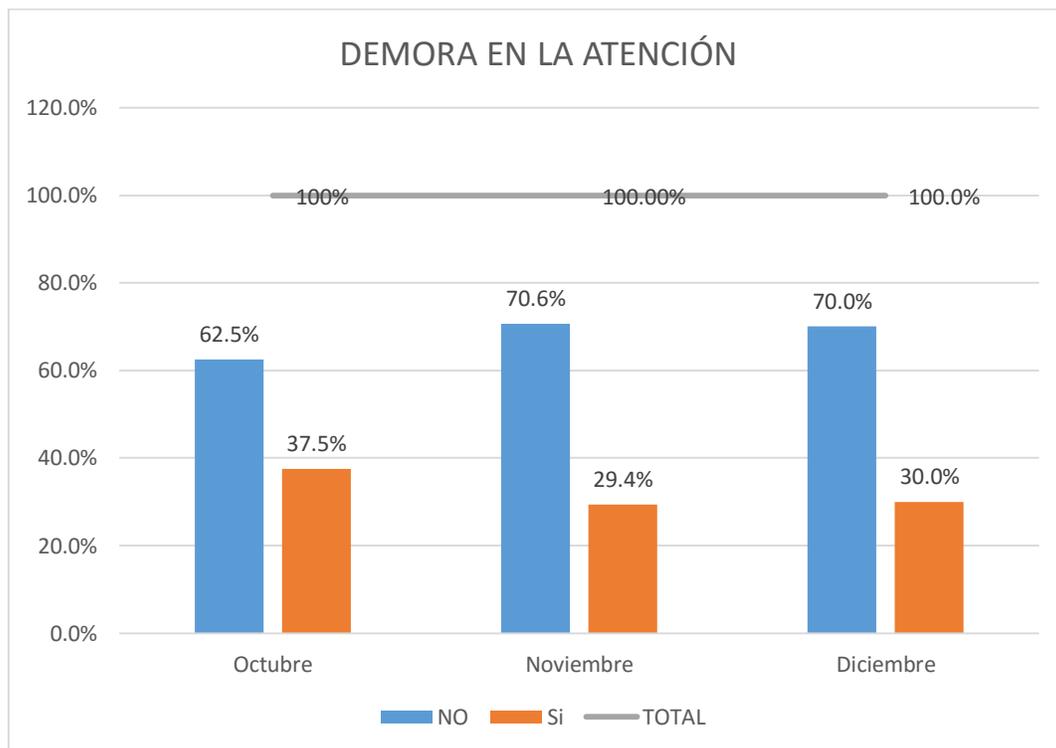
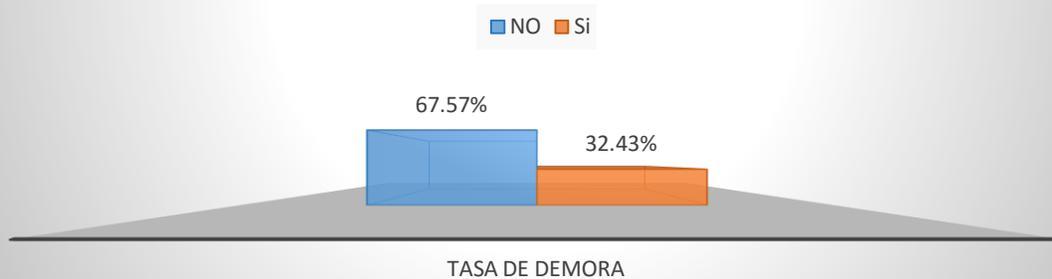
Tasa de cumplimiento de Hora de evaluación



PORCENTAJE DE DEMANDA DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS HALF SEGÚN ESPECIALIDAD OCTUBRE A A DICIEMBRE 2015



Tasa de demora de atención de pacientes críticos ingresados en el Servicio de Emergencias del HALF Octubre a Diciembre 2015



TOTAL DE INGRESOS POR SERVICIO EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS EN EL HAL DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2015

