

Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas

Israel Vázquez Carranza,* María del Carmen Fuentes**

RESUMEN

Es importante que el paciente o su familiar que acuden a la consulta externa de urgencias del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México (HPN del IMIEM) reconozcan lo que es una urgencia real y una sentida. **Objetivo:** determinar la frecuencia de urgencias reales y sentidas de las consultas otorgadas en la consulta externa de Urgencias del HPN del IMIEM, durante el año 2008. **Material y métodos:** estudio descriptivo, transversal, prospectivo. Se recolectó información de 500 pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Urgencias del HPN del IMIEM. Se obtuvo la información de la nota de valoración y consulta del médico y se aplicó una encuesta a los padres del paciente. Para el análisis de la información obtenida, se utilizaron técnicas de estadística descriptiva. **Resultados:** se clasificaron mediante códigos basados en el diagnóstico hecho por el médico, fueron 262 verdes (52.4%), 188 amarillos (37.6) y 50 rojos (10%). **Conclusiones:** el distinguir que el 52.4% fueran códigos verdes nos da un panorama de cómo funcionan los Servicios de Urgencias y el tipo de consulta que se maneja de acuerdo con la gravedad de la misma. Se sugiere: 1. Mejorar tiempos de espera desde que el paciente llega hasta que es atendido de acuerdo con el código que le corresponda, 2. Detectar oportunamente padecimientos que ponen en riesgo la vida o función (códigos rojos), 3. Evitar saturación en la demanda de consulta en el área de urgencias, 4. Una rápida canalización a especialidades como traumatología y cirugía, 5. Influir en la percepción de la gente sobre los Servicios de Urgencias.

Palabras clave: Triage, Servicio de Urgencias, urgencias pediátricas.

ABSTRACT

It is important that the patient who presents to the emergency outpatient HPN of IMIEM recognize what is real urgency. **Objective:** To determine the frequency and felt real emergency consultations issued in the emergency outpatient IMIEM HPN in the period of May, June and July 2008. **Material and methods:** Descriptive, transversal, prospective. Information was collected from 500 patients attending the outpatient Emergency Department at Children's Hospital For IMIEM. Getting information from the doctor blade of a survey to parents of the patient. For the analysis of information obtained, we used descriptive statistical techniques. **Results:** Codes based on the diagnosis made by the doctor were 262 green (52.4%), 188 yellow (37.6), and 50 cells (10%). **Conclusions:** The finding in research that 52.4% were green codes, gives an overview of how our health system. We suggest: 1. Improving waiting times when the patient arrives until it is served, 2. Timely detection of conditions that endanger life or function, 3. Prevent saturation in demand for consultation in the Emergency Department, 4. A quick referral to specialties like orthopedics and surgery, 5. Influence the perception of people about the emergency services.

Key words: Triage, Emergency Department, pediatric emergency.

* Pediatra Intensivista adscrito.

** Pediatra adscrito.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la relación médico-paciente existen políticas de calidad en la atención médica, entendiendo por esto que el compromiso del personal médico es ofrecer servicios que cumplan con las necesidades y expectativas del paciente, que acude a la consulta externa de urgencias en un marco de innovación y mejora continua de todos los procesos. Desde el punto de vista ético, debemos recuperar la relación médico-paciente por encima de la relación paciente-médico-institución.¹

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud existe un creciente interés por evaluar el conocimiento, en aspectos relacionados con la calidad de la atención. Para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como grupos de consenso, encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad, sistemas de monitoría y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.^{2,3}

Los servicios de urgencia han llegado a ser, en la actualidad, a los que primero contactan los pacientes con enfermedad aguda, urgencia o emergencia, por lo que son considerados un eslabón fundamental de los sistemas de salud.⁴

En los departamentos de urgencias pediátricas, es importante categorizar a los pacientes de acuerdo con la gravedad de su padecimiento, de esta manera se pretende tener una atención rápida y ordenada, tratando de captar a aquellos que requieren tratamiento de urgencia. El organizar el ingreso de los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos humanos y materiales disponibles en el hospital que lo realiza, nos ayuda a asignar el área adecuada para asistir al paciente. Por otra parte, nos ayuda a disminuir la ansiedad del paciente y de la familia.

El tiempo de espera parece influir en la satisfacción del paciente, modulada por múltiples determinantes como la información,⁵ la educación al paciente, posibles causas de retrasos en la asistencia, la prioridad de los enfermos, etcétera.

En un estudio se encontró que el 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definieron la calidad como buena fueron el trato personal (23.2%) y la mejoría del estado de salud (11.9%), en tanto que los motivos de mala calidad fueron los tiempos de espera largos (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características de los procesos de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18%) y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: el que no los atendieron bien y los largos tiempos de

espera (11.8%).^{5,6} Estos resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva de la población y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejora continua de la calidad de la atención.

Triage en pediatría

Según Cook y Sinclair, el triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para su cuidado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades.⁷ En el manual *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, el triage se define como el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.⁸ Esta definición contempla el triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes, incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etcétera.).

Recientemente, los sistemas de triage en urgencias se han implementado debido al congestionamiento que ocurre por muchas causas, entre ellas la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del mismo por resolver rápidamente todos sus problemas de salud, por la disponibilidad inmediata de las ayudas diagnósticas e implementos médicos; aunque por otro lado, existe el espacio inadecuado, personal médico o personal de apoyo insuficiente, ingreso de pacientes severamente enfermos o un excesivo número de pacientes con problemas menores que hacen uso inapropiado de la sala de urgencias. De acuerdo con las estadísticas norteamericanas, se ha estimado que 15 a 50% de los pacientes que acuden a urgencias presentan problemas menores.⁹

Con base en estos conceptos, podemos definir triage como el proceso de valoración clínica preliminar, que ordena a los pacientes en función de su grado de urgencia, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, y que hace que en una situación de desequilibrio demanda/recursos, los pacientes más urgentes sean tratados primero. Esta clasificación debe hacerse en un tiempo corto y de forma ágil y efectiva, para que no pierda su razón primaria de ser.

Todas las escalas están diseñadas para su uso en pacientes adultos, sólo la escala canadiense tiene una versión pediátrica (P-CTAS), que en realidad difiere en muy pocos aspectos de la de adultos. Sobre esta versión pediátrica no se ha publicado hasta la fecha ningún estudio de validación, sino únicamente un estudio de concordancia, con resultados bastante discretos.¹⁰

Escala de prioridades

El programa computarizado AMOS (Automated Military Outpatient System), utilizado inicialmente por las fuerzas

militares y que se ha adaptado para el triage civil, utiliza varias categorías en el algoritmo de decisiones:¹¹

Emergencia (rojo): paciente en condiciones que pueden resultar en pérdida de la vida, de una extremidad o de la visión si no son tratadas inmediatamente, y pacientes con angustia severa secundaria a dolor o lesión. Estos pacientes deben ser llevados directa e inmediatamente al área de tratamiento para su valoración inicial y manejo. La documentación puede hacerse posteriormente.

Urgencia (amarillo): pacientes quienes por su condición son evaluados como estables, pero deben recibir tratamiento lo más rápido posible.

No urgente (verde): pacientes cuyas condiciones no son agudas y no están con angustia obvia. Éstos pueden ser vistos cuando el personal y el área estén disponibles.

A nivel hospitalario, el triage es una actividad especializada de los servicios de emergencia o Urgencia que se caracterizan por un registro escrupuloso de las funciones vitales, escalas e índices diversos, las que son constantemente evaluadas para mejorar los resultados, evitando el sobretriaje o subtriaje, y asegurando la calidad de la atención.¹²⁻¹⁴

Urgencia real y urgencia sentida

Se define como urgencia real, toda condición médica de instalación súbita que pone en riesgo la vida, un órgano o la función, y que requiere de una atención inmediata.

Urgencia sentida es aquel padecimiento que el usuario considera debe ser atendido aún cuando los factores que lo motivan sean múltiples, pero que no ponen en peligro la vida o la función de un órgano.

La percepción de si la urgencia real o sentida depende de las características del usuario, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa y en general de la aceptabilidad de la atención médica que proporcionan las instituciones de salud. El concepto de urgencia está matizado por el nivel educativo de los padres, los padres con alta escolaridad identifican de manera más adecuada las urgencias reales. Los padecimientos más frecuentes en la consulta externa son infecciones respiratorias, infecciones de tubo digestivo, traumatismos, crisis asmática, politraumatizados, crisis convulsivas.¹⁵

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y tipo de urgencias reales y sentidas de las consultas otorgadas en el servicio de urgencias del hospital para el Niño del IMIEM en el periodo de mayo, junio y julio de 2008, así como las características epidemiológicas y demográficas de los pacientes y sus cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, en el servicio de Urgencias del Hospital para el Niño del IMIEM. Se incluyeron 500 pacientes que acudieron al servicio de urgencias en los meses de mayo, junio y julio

de 2008. A los cuidadores de los pacientes se les aplicó un cuestionario para obtener información epidemiológica y demográfica. Por otra parte, de la hoja elaborada por el médico receptor de urgencias se obtuvo el código, el tipo de enfermedad y el tiempo de espera. Para el análisis de la información se utilizaron técnicas de estadística descriptiva y frecuencias.

RESULTADOS

Se realizó un total de 500 encuestas a familiares de pacientes que acudieron a la consulta externa de Urgencias y se revisaron las hojas de atención de los médicos receptores.

De acuerdo con un grupo etario, 196 pacientes eran lactantes (39.2%), 160 preescolares (32%), 117 escolares (23.4%) y 27 adolescentes (5.4%). El género de los pacientes fue: femenino en 289 (57.8%) y masculino en 211 (42.2%). Los diagnósticos realizados por los médicos fueron infecciones de vías respiratorias altas en 119 (23.8%), fracturas en 60 (12.0%), traumatismo craneoencefálico (TCE) en 38 (7.6%), gastroenteritis en 36 (7.2%), cefalea 27 (5.4%), intoxicaciones 22 (4.4%), estreñimiento 17 (3.4%), sano 16 (3.2%), cuerpo extraño 14 (2.8%) y otros 98 (19.6%).

Los códigos emitidos por los médicos fueron verde en 262 pacientes (52.4%), amarillo en 188 (37.6) y rojo en 50 (10%) (*Cuadro I*).

Los diagnósticos de los 262 pacientes con código verde fueron: infección respiratoria alta 119 (45.4%), cefalea 27 (10.3%), estreñimiento 17 (6.5%), niño sano 16 (6.1%), dermatitis atópica 14 (5.3%), TCE 2 (0.8%), otros 67 (25.5%).

Los diagnósticos de los 188 pacientes con código amarillo: fracturas 47 (25%), gastroenteritis 36 (19.2%), TCE 28 (14.9%), intoxicaciones 22 (11.7%), crisis asmáticas 13 (6.9%), bronquiolitis (94.8%), crisis convulsivas 4 (2.1%), cuerpo extraño 4 (2.1%) y otros 25 (13.2%).

Las patologías de los 50 pacientes con código rojo fueron: fracturas en 13 (26%), cuerpo extraño, 10 (20%), TCE, 8 (16%), neumonías, 6 (1.2%), bronquiolitis, 3 (6%), accidentes, 2 (4%), meningitis, 2 (4%), otros, 6 (1.2%).

El tiempo de espera de los pacientes con código verde fue de 0 a 15 minutos en 167 (63.7%), de 16 a 30 minutos en 58 (22.1%), de 31 a 45 minutos en 22 (8.4%) y de 40 a 60 minutos en 15 (4.5%).

Cuadro I. Tipo de código otorgado por los médicos receptores.

Código	Frecuencia	Porcentaje
Verde	262	52.4
Amarillo	188	37.6
Rojo	50	10.0
Total	500	100.0

Cuadro II. Tiempo de espera en minutos de acuerdo con el código otorgado a los pacientes.					
	Código				
	Verde	Amarillo	Rojo	Total	
Tiempo de espera	0 a 15	167	127	36	330
	16 a 30	58	39	7	104
	31 a 45	22	15	5	42
	46 a 60	15	7	2	24
Total		262	188	50	500

Cuadro III. Motivo por el cual asistieron los pacientes a Urgencias.		
	Frecuencia	Porcentaje
Mi paciente está grave	337	67.4
No fichas en consulta externa	41	8.2
Atención más rápida	97	19.4
No puedo acudir a sacar ficha a consulta externa	16	3.2
Desconozco el significado de urgencia o no urgencia	9	1.8
Total	500	100.0

En los pacientes con código amarillo el tiempo de espera fue de 0 a 15 minutos en 127 (67.5%), de 16 a 30 minutos en 39 (20.7%), de 31 a 45 minutos en 15 (7.97%) y de 40 a 60 minutos en 7 (3.7%).

En los pacientes con código rojo el tiempo de espera fue de 0 a 15 minutos en 36 (72%), de 16 a 30 minutos en 7 (14%), de 31 a 45 minutos en 5 (10%) y de 40 a 60 minutos en 2 (4%) (*Cuadro II*).

Los municipios de residencia de los pacientes fueron: Toluca con 244 (48.8%) pacientes, Zinacantepec, 56 (11.2%), Almoloya de Juárez, 31 (6.2%), Metepec, 20 (4.0%), San Mateo Atenco, 17 (3.4%), Atlacomulco, 11 (2.2%), San Antonio la Isla, 8 (1.6%), Valle de Bravo 8 (1.6%), Villa Victoria, 7 (1.4%) y de otros municipios 98 pacientes (19.6%) incluyendo otros dos pacientes, uno del estado de Michoacán y otro del estado de Guerrero.

El familiar responsable fue la madre en 410 de los pacientes (82%), el padre en 74 (14.8%) y algún tío en 16 (3.2%). El grado de estudio de los familiares fue la primaria en 172 (34.4%), la secundaria en 126 (25.2%), preparatoria en 59 (11.8%), estudios técnicos 19 (3.8%), licenciatura 11 (2.2%) y sin algún grado escolar 113 familiares (22.6%). La ocupación de los familiares fue: ama de casa, 334 (66.8%), empleado, 78 (15.6%), campesino, 31 (6.2%), obrero, 31 (6.2%), profesionista, 25 (5%), burócrata (empleado de gobierno), 1 (0.2%).

Cuando se cuestionó sobre por qué acudieron a urgencias, 337 (67%) contestaron que su paciente estaba grave. De los 163 (33%) que contestaron que su paciente

no estaba grave, las respuestas fueron las siguientes: no hay fichas en la consulta externa, 41 (8.2%), la atención en urgencias es más rápida, 97 (19.4%), no tengo tiempo de acudir a sacar ficha para la consulta externa en 16 (3.2%), desconozco el significado de urgencia, 9 (1.8%) (*Cuadro III*).

ANÁLISIS

El Hospital para el Niño del IMIEM es de tercer nivel, diseñado para atender a la población no derechohabiente del Estado de México. Se encuentra ubicado en Toluca, capital del estado. La procedencia principal de pacientes fueron el municipio de Toluca y los municipios colindantes, como Zinacantepec y Almoloya de Juárez.

La madre fue el familiar responsable en la mayoría de los casos y la mayoría de los familiares no cuenta con algún grado de estudios, o sólo con la primaria y secundaria.

En nuestra encuesta, la mitad fueron urgencias sentidas; esto quiere decir que la percepción del familiar no se correlaciona con la evaluación de triage. De acuerdo con el triage, los códigos verdes que fueron las principales causas de consulta son: infección de vías aéreas superiores, estreñimiento, dermatitis atópicas, o simplemente niños sanos, entre otros. De las urgencias reales, los códigos amarillos fueron encabezados por las fracturas y gastroenteritis, y los códigos rojos por los TCE, fracturas y cuerpos extraños. Es importante señalar que en estos últimos tipos existió más congruencia entre el código y la percepción del familiar con respecto a la gravedad de su paciente.

Dentro de la encuesta se le preguntó al familiar responsable, el hecho de ¿por qué urgencias?, siendo la principal respuesta que consideraban que su paciente estaba grave o bien que en el área de la consulta externa de urgencias la atención era más rápida. Esto se relaciona con el hecho reflejado en las encuestas donde se observa que de los 244 pacientes originarios del municipio de Toluca, 129 (52%) tuvieron código verde, 89 (36%) código amarillo y 26 (10.6%) fueron códigos rojos. La ubicación del hospital en Toluca condiciona que la mayoría de los pacientes con código verde sean de Toluca o municipios aledaños, como Zinacantepec, en el que 39 (69.6%) de los 56 pacientes originarios de este municipio eran código verde. Si comparamos estos dos municipios con el de Valle de Bravo, que se encuentra a 1 hora 30 minutos aproximadamente del hospital y donde sí existe centro de salud en la cabecera municipal, sólo se presentó un código verde, 3 amarillos con diagnóstico de fracturas y 4 códigos rojos con diagnóstico de TCE. Esto refleja que dentro del municipio de Toluca se necesita que los centros de salud funcionen adecuadamente, para que el Hospital para el Niño no sea el único lugar de referencia y que urgencias realmente funcione como tal y no se dispersen recursos y tiempo en pacientes que ameritan una consulta normal y la mayoría de los casos en primer nivel de atención médica.

Al preguntar si el paciente se encontraba grave, la respuesta en 131 (50%) de los familiares de pacientes con código verde fue que su paciente se encontraba grave, siendo la principal causa las infecciones respiratorias altas. De los pacientes con código amarillo 160 (85%) dijeron que su familiar estaba grave, siendo los principales diagnósticos TCE, fracturas, gastroenteritis. En los códigos rojos, en el 100% de los casos la percepción de los padres fue adecuada, encontrando 50 en nuestro estudio con diagnóstico de cuerpo extraño, TCE y fracturas principalmente.

CONCLUSIONES

La implementación del triage dentro de los sistemas de salud nos ayuda a proporcionar una mejor atención en los servicios de urgencias; de acuerdo con este sistema, un código rojo significa un padecimiento que pone en peligro la vida, o función de un órgano, lo que obliga al personal médico a tratarlo de manera inmediata (menos de 10 minutos).

El encontrar dentro de la investigación que el 52.4% fueron códigos verdes, nos da un panorama de cómo se encuentra nuestro sistema de salud en relación a la calidad de la atención médica en el Hospital para el Niño; si bien ésta es adecuada, podríamos implementar un sistema de filtro (triage), que nos ayudaría a proporcionar lo siguiente:

1. Mejorar tiempos de espera desde que el paciente llega hasta que es atendido.
2. Detectar oportunamente padecimientos que ponen en riesgo la vida o función de un órgano.
3. Evitar saturación en la demanda de consulta en el área de urgencias.
4. Una rápida canalización a especialidades como traumatología y cirugía
5. Influir en la percepción de la gente sobre los servicios de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández GLE. *Relación Médico-paciente y la calidad de la atención médica* Rev. CONAMED 2001; 9 (20): 25-29.
2. Cook S, Sinclair D. *Emergency Department Triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement*. The Journal of Emergency Medicine, 1993; 15 (6): 889-894.
3. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support 1997; 23-26.
4. Fajardo G. *Servicio de Urgencias*. En: *Atención médica: teoría y prácticas administrativas*, 1^a ed. México, Editorial Mexicana, 1983; 481-90.
5. Corbett SW, White PD, Wittlake WA. *Benefits of an informal videotape for Emergency Department patients*. Am J Emerg Med 2000; 18: 67-71.
6. Ramírez TJ, Nájera AP, Nigueda LG. Percepción de localidad de la atención de los Servicios de Salud en Mexico: Perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, 1998; 40, No 001:pp. 1-10.
7. Cook S, Sinclair D. *Emergency Department Triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement*. The Journal of Emergency Medicine. 1993; 15 (6): 889-894.
8. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support 1997; 23-26.
9. Blumer J. *Cuidados Intensivos en Pediatría*. 1993; anexo.34. Wells-Mackie J. *Clinical assessment and priority setting*. Nursing Clinics of North America 1981; 16 (1): 3-11.
10. "Creación y validación de una escala de Triage en un Servicio de Urgencias Pediátricas", <http://www.seup.org/seup/html/becas/pdf/IVBecaCasenFleet.pdf>
11. Ampalis J, Lavoie A, Williams J et al. *Impact of onsite care, prehospital time and level of in hospital care on survival in severely injured patients*. The Journal of Trauma 1993; 34 (2): 252-261.
12. "Sistema Español de Triage", ISBN 84-87450-86-5.
13. "Triage de Urgencias Hospitalarias. Grupo de Triage Manchester", ISBN 84-609-5536-2.
14. "Emergencias y Desastres en el Perú", ISBN 9972-33-309-4.
15. Burbinski B, Nasser M. *Reflexiones acerca de las relaciones médico-paciente*. Arch Argent Pediat 1990; 97 (11): 43-6.

Correspondencia:
Dr. Israel Vázquez Carranza
E-mail: Israel070@hotmail.com