

Universidad de Oviedo

GERONTOLOGÍA

**VALIDACIÓN DEL SISTEMA DE
TRIAJE PEDIÁTRICO TAP EN LAS
URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Rebeca Cachero Fernández



Universidad de Oviedo

GERONTOLOGÍA

**VALIDACIÓN DEL SISTEMA DE
TRIAJE PEDIÁTRICO TAP EN LAS
URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Rebeca Cachero Fernández



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español: Validación del sistema de triaje pediátrico TAP en las urgencias de atención primaria.	Inglés: Validation of the pediatric triage system TAP in the primary care emergency.
2.- Autor	
Nombre: Rebeca Cachero Fernández	DNI: : - - - - -
Programa de Doctorado: Gerontología	
Órgano responsable: Departamento de Medicina	

RESUMEN (en español)

Actualmente la utilización de los servicios de urgencias pediátricos por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial. Aproximadamente el 75% de los niños que demandan asistencia en un servicio de urgencias podrían ser atendidos en consulta ordinaria de Atención Primaria. Entendemos por triaje de urgencias el proceso de clasificación clínica preliminar ordenando los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa según su grado de urgencia. En una situación de saturación del servicio, de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda examinar el equipo médico.

En octubre de 2009 se creó un grupo de trabajo con el objetivo de desarrollar un sistema de triaje aplicable a las urgencias pediátricas de Atención Primaria. Para ello se partió de la clasificación de enfermedades de la WONCA (Organización Mundial de los Médicos Generales y de Familia), la CIAP-2 (Clasificación Internacional de la Atención Primaria-2). El objetivo era crear un programa sencillo, fácil de manejar, pero sobre todo útil y válido. La aplicación se programó mediante Visual Studio 2010 para plataformas Microsoft Windows. En una primera pantalla aparecen los datos personales del paciente (nombre y apellidos, edad, sexo, teléfono, centro de salud). En segundo lugar está la pantalla con los 16 grupos principales en que la CIAP-2 clasifica las enfermedades. Tras introducir los datos demográficos del paciente y seleccionar un grupo de los 16 principales, aparece la tercera pantalla en la que se puede seleccionar un subgrupo concreto. A continuación se pasa a la cuarta y última pantalla en la que ya pueden verse todas las preguntas que sería necesario hacer al paciente (a la izquierda de la pantalla), así como los signos a mirar (a la derecha de la pantalla), para un correcto triaje. El programa Triaje en Atención Primaria (TAP) fue desarrollado con los recursos de un Proyecto de Investigación de la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT).

La población a estudio son los niños y niñas de entre 0 y 14 años que acudieron a las urgencias de los centros de salud de las áreas III (Avilés), IV (Oviedo) y V (Gijón) desde el 9 de octubre de 2010 hasta el 31 diciembre 2014 obteniéndose una muestra de 60.271 niños. Del total de los pacientes triados en el área IV y derivados al hospital (977) se sacó una muestra de 180 casos que se estudiaron. Se acudió a los archivos hospitalarios, con el permiso de la Comisión Ética de Investigación Clínica y la Dirección Médica. Se revisaron todos los datos clínicos, de estancia, recursos utilizados, etc.

El 45.2% de la muestra procede del área 5, el 28.1% del área III y el 26.7% del área IV. El tiempo medio de triaje fue de 63.9 segundos. El 51.6% de las personas que fueron triadas eran niñas frente el 48.4% que eran niños. Los pacientes con nivel de triaje más bajo (1 y 2) se localizan en su mayoría en la franja de 0-12 meses. Conforme aumenta la edad aumenta el



porcentaje de niños que reciben un nivel 4, que es el más frecuente en todas las franjas de edad. El nivel verde es el más frecuente con el 69.2% de los casos, el amarillo (18.5%), naranja (9.4%), azul (2.7%) y rojo (0.1%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: "Problemas ORL" (29.2%), "Problemas neumológicos" (21.3%) y "Patología general inespecífica" (14.9%). Y los menos frecuentes: "Problemas sanguíneos" (0.1%), "Problemas cardiocirculatorios" (0.1%), "Problemas psicológicos/psiquiátricos" (0.1%) y "Problemas endocrinos" (0%). El 90.5% se fueron de alta al domicilio. Sólo un 6.8% fueron derivados al hospital. El 2.5% restante se fugó antes de ser visto por el médico. Las derivaciones al hospital tienen un menor nivel de triaje. De los 4076 pacientes derivados al hospital el 51.49% obtuvieron un nivel de triaje 1-3 mientras que entre las altas los niveles 4-5 fueron los más frecuentes (73.63%). De los pacientes triados en el área IV y derivados al hospital el 82% acudió y el resto no. No existe una clara relación entre el consumo de recursos y nivel de triaje. No existen diferencias entre el nivel de triaje y el alta/ingreso hospitalario. Nuestro programa de triaje tiene una sensibilidad del 100%.

Es por tanto un programa aplicable a las urgencias de Atención Primaria, fiable ya que cuenta con un buen índice de correlación intraclase. Es reproducible pues en el estudio piloto ambos triadores obtienen datos similares y seguro pues tiene una sensibilidad muy buena.

RESUMEN (en Inglés)

Currently the use of pediatric emergency services by the population causes a massive attendance and an increase in the demand. Approximately 75% of children who require care in an emergency room could be treated in Primary Care ordinary. We understand emergency triage process of ordering preliminary clinical classification of patients before diagnostic and therapeutic full assessment according to their degree of urgency. In a situation of saturation of service, resource depletion, the most urgent patients are treated first, and the rest are continuously monitored and reassessed until you can examine the medical team.

A working group with the aim of developing a triage system applicable to pediatric emergency Primary Care was established in October 2009. For it was based on the classification of diseases WONCA (World Organization of General Practitioners and Family), ICPC-2 (International Classification of Primary Care-2). The goal was to create a simple program, easy to handle, but above all useful and valid. The application was programmed using Visual Studio 2010 for Microsoft Windows platforms. Patient personal data (name, age, gender, telephone, health center) in a first screen appears. Secondly is the screen with the 16 major groups in the ICPC-2 classifies diseases. After entering the patient demographics and select a group of the top 16, the third screen where you can select a particular subgroup appears. It then passes to the fourth and last screen you can already see all the questions that would be necessary to the patient (to the left of the screen) and the signs to look (to the right of the screen) to triage correct. Triage in primary care program (TAP) was developed with the resources of a research project of the Foundation for the Promotion in Asturias of Applied Scientific Research and Technology (FICYT).

The study population are children between 0 and 14 years who attended the emergency health centers areas III (Aviles), IV (Oviedo) and V (Gijon) from October 9, 2010 to the December 31, 2014 obtaining a sample of 60 271 children. Of all patients in the area triados IV and referred to hospital (977) a sample of 180 cases studied was removed. He went to the hospital records, with the permission of the Ethics Committee for Clinical Research and Medical Director. All clinical data, subsistence resources used, etc. were reviewed

45.2% of the sample comes from the area 5 (Gijon), 28.1% of the area III and IV 26.7% of the area. The average time was 63.9 seconds triage. 51.6% of people who were triads were girls versus 48.4% patients were children. The lowest level triage (1 and 2) is located mostly in the range of 0-12 months. With increasing age increases the percentage of children receiving a level 4, which is the most common in all age groups. The green level is the most frequent with 69.2% of cases, the yellow (18.5%), orange (9.4%), blue (2.7%) and red (0.1%). The most frequent reasons for consultation were: "Problems ENT" (29.2%), "pulmonology



problems" (21.3%) and "nonspecific General pathology" (14.9%). And the less frequent: "Blood problems" (0.1%), "cardio problems" (0.1%), "psychological / psychiatric problems" (0.1%) and "Endocrine problems" (0%). 90.5% were discharged to home. Only 6.8% were referred to hospital. The remaining 2.5% is escaped before being seen by the doctor. Referrals to hospital have a lower level of triage with a statistically significant difference. Of the 4076 patients referred to the hospital the 51.49% obtained a level of triage 1-3 while high levels between 4-5 were the most common (73.63%). Patients triads in the area referred to hospital IV and 82% attended and the rest. There is no clear relationship between the consumption of resources and triage level. No statistically significant differences between the level of triage and discharge / admission. Our program of triage has a sensitivity of 100%.

It is therefore an emergency applicable to Primary Care reliable because it has a good index of intraclass correlation program. It is reproducible in the pilot study for both triadors obtains similar data and secure since it has a very good sensitivity.

SR. DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN GERONTOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores, Iván Rancaño García y Radhames Hernandez Mejía.

A mis padres, mi abuela, mi marido y mi hijo, Lucas, el motor de mi vida.

Los hombres están impacientes por mejorar sus circunstancias, pero son pocos los que están dispuestos a mejorarse; por lo tanto siguen estando en las mismas circunstancias.

En todos los asuntos humanos hay esfuerzos, y hay resultados, y la fortaleza del esfuerzo es la medida del resultado.

James Allen

ÍNDICE GENERAL

<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	24
1.1. HISTORIA DEL TRIAJE	24
1.2. TRIAJE EN LA ACTUALIDAD	29
1.3. CONCEPTOS EN RELACIÓN CON EL TRIAJE	34
1.4. ¿POR QUÉ UN SISTEMA DE TRIAJE PEDIÁTRICO?	39
1.5.SITUACIÓN ACTUAL DE LAS URGENCIAS EN ASTURIAS	43
1.6.CLASIFICACIÓN CIAP-2	45
<u>2. OBJETIVOS</u>	47
<u>3. MATERIAL Y MÉTODOS</u>	48
3.1. CRONOGRAMA	52
<u>4. RESULTADOS</u>	56
4.1. ESTUDIO PILOTO	56
4.1.1. CLASIFICACIÓN POR SEXOS	56
4.1.2. CLASIFICACIÓN POR GRUPOS DE EDAD	57
4.1.3. CLASIFICACIÓN POR CENTROS	59
4.1.4 .CLASIFICACIÓN POR APARATOS	60
4.1.5. CLASIFICACIÓN SEGÚN CÓDIGO CIAP	63
4.1.6. TIEMPO MEDIO DE TRIAJE	66
	10

4.1.7. ANÁLISIS DEL NIVEL DE TRIAJE OBTENIDO	67
4.1.8. NIVELES DE TRIAJE POR SEXO	68
4.1.9. ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD	70
4.1.10. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN COMPARACIÓN CON EL JUICIO MÉDICO	71
4.2. ESTUDIO DE VALIDACIÓN	74
4.2.1. NÚMERO DE CASOS	74
4.2.2. CLASIFICACIÓN POR SEXOS	74
4.2.3. CLASIFICACIÓN POR EDAD	75
4.2.4. NIVELES DE TRIAJE	76
4.2.5. DESTINO	77
4.2.6. ÁREA SANITARIA	79
4.2.7. CLASIFICACIÓN POR CENTROS DE SALUD	80
4.2.8. CLASIFICACIÓN POR APARATOS SEGÚN CIAP 2	83
4.2.9. CLASIFICACIÓN POR MOTIVOS DE CONSULTA	86
4.2.10. TIEMPOS DE TRIAJE	150
4.2.11. NIVELES DE TRIAJE	152
4.2.12. DESTINO Y MOTIVO DE CONSULTA	195
4.2.13. ANÁLISIS DE VALIDACIÓN DEL TEST	197
<u>5. DISCUSIÓN</u>	205
5.1. ESTUDIO PILOTO	205
5.2. ESTUDIO DE VALIDACIÓN	208
5.2.1. DATOS DEMOGRÁFICOS	208
5.2.2. NIVEL DE TRIAJE	209
5.2.3. DESTINO	210
5.2.4. ÁREA SANITARIA	210

5.2.5. TIEMPO DE TRIAJE	211
5.2.6. MOTIVOS DE CONSULTA	212
5.2.7. ANÁLISIS DE VALIDACIÓN DEL TEST	217
<u>6. CONCLUSIONES</u>	<u>219</u>
<u>7. BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>221</u>
<u>8. ANEXOS</u>	<u>234</u>
ANEXO 1. CLASIFICACIÓN CIAP 2	234
ANEXO 2. CARTA DE PRESENTACIÓN A LOS MÉDICOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA	236
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE	238
ANEXO 4. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA EL ESTUDIO PILOTO	239
ANEXO 5. CONGRESOS Y PUBLICACIONES	240
ANEXO 6. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACION PARA EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN	253
ANEXO 7. PÁGINA WEB DEL GRUPO DE TRABAJO DEL TAP	254
ANEXO 8. PANTALLAS DEL TAP	256
INFORMES ADMINISTRATIVOS DE LA APLICACIÓN iTAP	263
ANEXO 9. PRIMER ÁRBOL DE DECISIONES (EJEMPLO. PATOLOGÍA ORL)	264
ANEXO 10. SEGUNDO ÁRBOL DE DECISIONES (EJEMPLO. ALTERACIONES DE LA AUDICIÓN)	265

Índice de tablas

Estudio piloto

Tabla 1. Muestra	56
Tabla 2. Distribución por sexos	56
Tabla 3. Percentiles por edad	57
Tabla 4. Distribución por edades	58
Tabla 5. Distribución por centros de salud	59
Tabla 6. Distribución por aparatos (triador 1)	61
Tabla 7. Distribución por aparatos (triador 2)	62
Tabla 8. Distribución según CIAP (triador 1)	64
Tabla 9. Distribución según CIAP (triador 2)	65
Tabla 10. Tiempo medio de triaje	66
Tabla 11. Tiempo medio de triaje de cada triador	66
Tabla 12. Comparación de ambas medias (t-student)	66
Tabla 13. Distribución por niveles (triador uno)	67
Tabla 14. Distribución por niveles (triador 2)	68
Tabla 15. Sexo/nivel de triaje (triador 1)	69
Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado sexo/nivel (triador 1)	69
Tabla 17. Sexo/nivel de triaje (triador 2)	69
Tabla 18. Prueba chi-cuadrado sexo/nivel (triador 2)	70
Tabla 19. Valoración del Coeficiente de Correlación Intraclase	70
Tabla 20. Coeficiente de correlación intraclase	71
Tabla 21. Comparación de resultados con juicio médico	72

Tabla 22. Niveles médico	72
Tabla 23. Niveles triador uno	73
Tabla 24. Niveles triador dos	73
Estudio de validación	
Tabla 1. Distribución por sexos	74
Tabla 2. Distribución por edad	75
Tabla 3. Niveles de triaje	76
Tabla 4. Destino del paciente	78
Tabla 5. Distribución por áreas sanitarias	79
Tabla 6. Centros de salud con TAP	80
Tabla 7. Centros de salud de origen	83
Tabla 8. Distribución por aparatos (CIE 10)	84
Tabla 9. Motivos de consulta frecuencia/porcentaje	90
Tabla 10. Distribución en problemas generales inespecíficos	91
Tabla 11. Niveles de triaje en problemas generales inespecíficos	92
Tabla 12. Niveles de triaje en problemas generales inespecíficos	93
Tabla 13. Porcentaje de niveles de triaje en problemas generales inespecíficos	94
Tabla 14. Distribución en problemas sanguíneos e inmunitarios	95
Tabla 15. Niveles de triaje en problemas sanguíneos/inmunitarios	96
Tabla 16. Niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios (motivo de consulta)	96
Tabla 17. Porcentaje de niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios	97
Tabla 18. Distribución de patología digestiva	99
Tabla 19. Nivel de triaje en patología digestiva	99
	14

Tabla 20. Nivel de triaje según motivo de consulta digestivo	100
Tabla 21. Porcentaje de nivel de triaje según motivo de consulta digestivo	101
Tabla 22. Distribución patología ojos y anejos	102
Tabla 23. Niveles de triaje en patologías de ojos y anejos	103
Tabla 24. Niveles de triaje en patología oftalmológica	104
Tabla 25. Porcentaje de niveles de triaje en patología oftalmológica	104
Tabla 26. Distribución de problemas ORL	106
Tabla 27. Niveles de triaje de patología ORL	107
Tabla 28. Niveles de triaje en patología ORL	108
Tabla 29. Porcentaje de niveles de triaje en patología ORL	108
Tabla 30. Distribución de problemas cardiocirculatorios	110
Tabla 31. Niveles de triaje de patología cardiocirculatoria	111
Tabla 32. Niveles de triaje en patología cardiocirculatoria	112
Tabla 33. Porcentaje de niveles de triaje en patología cardiocirculatoria	112
Tabla 34. Distribución de problemas del aparato locomotor	114
Tabla 35. Niveles de triaje en patología apto.locomotor	115
Tabla 36. Niveles de triaje en patología traumatológica	116
Tabla 37. Porcentaje de niveles de triaje en patología traumatológica	116
Tabla 38. Distribución de problemas neurológicos	118
Tabla 39. Niveles de triaje de patología neurológica	119
Tabla 40. Niveles de triaje en patología neurológica	120
Tabla 41. Porcentaje de niveles de triaje en patología neurológica	120
Tabla 42. Distribución problemas psiquiátricos y psicológicos	121

Tabla 43. Niveles de triaje en problemas psiquiátricos/psicológicos	122
Tabla 44. Niveles de triaje en problemas psiquiátricos/psicológicos	123
Tabla 45. Porcentaje de niveles de triaje en problemas psiquiátricos/psicológicos	124
Tabla 46. Distribución de patología respiratoria	125
Tabla 47. Niveles de triaje en patología respiratoria	126
Tabla 48. Niveles de triaje en problemas neumológicos	127
Tabla 49. Porcentaje de niveles de triaje en problemas neumológicos	127
Tabla 50. Distribución en patología de piel/faneras	128
Tabla 51. Niveles de triaje de patología de piel y faneras	129
Tabla 52. Niveles de triaje en patología dermatológica	130
Tabla 53. Porcentaje de niveles de triaje en patología dermatológica	131
Tabla 54. Distribución en problemas endocrinos	132
Tabla 55. Niveles de triaje de problemas endocrinos	133
Tabla 56. Niveles de triaje en problemas endocrinos	133
Tabla 57. Porcentaje de niveles de triaje en problemas endocrinos	134
Tabla 58. Distribución en problemas urinarios	135
Tabla 59. Niveles de triaje en patología urinaria	136
Tabla 60. Niveles de triaje en patología urinaria	137
Tabla 61. Porcentaje de niveles de triaje en patología urinaria	137
Tabla 62. Distribución en patología genital femenina	139
Tabla 63. Niveles de triaje en patología genital femenina	140
Tabla 64. Niveles de triaje en patología genital femenina	141
Tabla 65. Porcentaje de niveles de triaje en patología genital femenina	141

Tabla 66. Distribución en patología genital masculina	143
Tabla 67. Niveles de triaje de patología genital masculina	144
Tabla 68. Niveles de triaje en problemas del aparato genital masculino	145
Tabla 69. Porcentaje de niveles de triaje en patología el aparato genital masculino	145
Tabla 70. Distribución en problemas sociales	146
Tabla 71. Nivel de triaje de problemas sociales	147
Tabla 72. Niveles de triaje en problemas sociales.	148
Tabla 73. Porcentaje de niveles de triaje en problemas sociales.	149
Tabla 74. Tiempo de triaje	151
Tabla 75. Tiempo de espera hasta triaje	151
Tabla 76. Mediana/percentiles tiempo triaje/hasta triaje	152
Tabla 77. Pacientes fuera de tiempo de triaje	152
Tabla 78. Nivel de triaje	152
Tabla 79. Nivel de triaje por sexo	154
Tabla 80. Comparación de proporciones de columna	155
Tabla 81. Media de nivel de triaje por sexos	155
Tabla 82. Prueba de muestras independientes	156
Tabla 83. Relación entre edad y nivel de triaje	157
Tabla 84. Comparación de proporciones de columna	158
Tabla 85. Media de nivel de triaje en relación con edad	159
Tabla 86. Comparación de medias (ANOVA)	160
Tabla 87. Comparaciones múltiples (Scheffee)	167
Tabla 88. Centro de triaje y centro de origen	168

Tabla 89. Media nivel de triaje en relación con centro de salud	169
Tabla 90. Comparación de medias	169
Tabla 91. Nivel de triaje y centro	170
Tabla 92. X^2 de Pearson	170
Tabla 93. Comparación de proporciones de columna	171
Tabla 94. Media de nivel de triaje según centro de origen	173
Tabla 95. Media de nivel de triaje según centro de triaje	174
Tabla 96. Comparación de medias (ANOVA)	174
Tabla 97. Comparación de medias de grupos (Scheffe).	178
Tabla 98. Destino según nivel de triaje	178
Tabla 99. Media de nivel de triaje según destino del paciente	179
Tabla 100. Comparación de medias (ANOVA)	180
Tabla 101. Comparación de medias de grupos (Scheffe).	180
Tabla 102. Comparación de proporciones de columna	181
Tabla 103. Frecuencia y porcentaje de pacientes desplazados/no desplazados	182
Tabla 104. Media de nivel de triaje en pacientes desplazados/no desplazados	182
Tabla 105. Nivel de triaje en pacientes desplazados y no desplazados	182
Tabla 106. Comparación de proporciones de columna	183
Tabla 107. Prueba de muestras independientes	184
Tabla 108. Motivo de consulta y media de nivel de triaje	185
Tabla 109. Comparación de medias (ANOVA)	186
Tabla 110. Comparaciones múltiples (P.Scheffe)	194

Tabla 111. Destino según motivo de consulta	196
Tabla 112. Comparación de proporciones de columna	197
Tabla 113. Pacientes derivados al hospital	198
Tabla 114. Media de nivel de triaje según pronóstico	199
Tabla 115. Datos de regresión lineal de nivel de triaje y pronóstico	199
Tabla 116. Media de nivel de triaje y consumo de recursos	200
Tabla 117. Media de nivel de triaje y destino	201
Tabla 118. Comparativa de nivel de triaje (Prueba de Levene)	201
Tabla 119. Comparativa nivel de triaje con pronóstico	202
Tabla 120. Comparativa nivel de triaje con pronóstico	203
Tabla 121. Sensibilidad, especificidad, VPP y VPP del test de triaje pediátrico TAP	204

Índice gráficas

Estudio piloto

Gráfica 1. Distribución por sexos	57
Gráfica 2. Distribución por edades	59
Gráfico 3. Distribución por centros	60
Gráfico 4. Distribución por aparatos (triador 1)	61
Gráfica 5. Distribución por aparatos (triador 2)	63
Gráfica 6: Distribución por niveles según (triador 1)	67
Gráfica 7: Distribución por niveles según (triador 2)	68

Estudio validación

Gráfico 1. Distribución por sexo	74
Gráfico 2. Distribución por edad	76
Gráfico 3. Distribución por niveles de triaje	77
Gráfica 4. Destino de pacientes.	78
Gráfico 5. Distribución por áreas sanitarias.	79
Gráfica 6. Distribución por centros de salud	81
Gráfica 7. Distribución por aparatos	85
Gráfica 8. Distribución en problemas generales inespecíficos	92
Gráfica 9. Porcentaje de niveles triaje en problemas generales inespecíficos	93
Gráfica 10. Porcentaje niveles triaje problemas generales inespecíficos (motivo consulta)	94
Gráfica 11. Distribución en problemas sanguíneos e inmunitarios	95

Gráfica 12. Niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios	96
Gráfica 13. Niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios (motivo consulta)	98
Gráfica 14. Distribución en patología digestiva	99
Gráfica 15. Porcentaje de nivel de triaje en patología digestiva	100
Gráfica 16. Porcentaje de nivel de triaje en patología digestiva (motivo de consulta)	101
Gráfica 17. Distribución en patología de ojos y anejos	102
Gráfica 18. Porcentaje de niveles de triaje en patología de ojos y anejos	103
Gráfica 19. Porcentaje niveles de triaje patología oftalmológica (motivo consulta)	105
Gráfica 20. Distribución en problemas ORL	106
Gráfica 21. Porcentaje de niveles de triaje de patología ORL	107
Gráfico 22. Porcentaje de niveles de triaje en patología ORL (motivo consulta)	109
Gráfica 23. distribución en problemas cardiocirculatorios	110
Gráfica 24. Porcentaje de niveles de triaje de patología cardiocirculatoria	111
Gráfica 25. Porcentaje niveles de triaje problemas cardiocirculatorios (motivo consulta)	113
Gráfica 26. Distribución de problemas traumatológicos	114
Gráfica 27. Porcentaje de niveles de triaje en patología apt.locomotor	115
Gráfica 28. Porcentaje niveles de triaje patología traumatológica (motivos de consulta)	117
Gráfica 29. Distribución en problemas neurológicos	118
Gráfica 30. Porcentaje de niveles de triaje en patología neurológica	119
Gráfica 31. Porcentaje niveles de triaje en patología neurológica (motivo de consulta)	120
Gráfica 32. Distribución problemas psiquiátricos/psicológicos	122
Gráfica 33. Porcentaje de niveles de triaje en problemas psiquiátricos	123
Gráfica 34. Porcentaje niveles de triaje problemas psiquiátricos (motivo de consulta)	124

Gráfica 35. Distribución en patología respiratoria	125
Gráfica 36. Porcentaje de niveles de triaje en patología respiratoria	126
Gráfica 37. Porcentaje niveles de triaje problemas respiratorios (motivo de consulta)	127
Gráfica 38. Distribución en problemas de piel/faneras	129
Gráfica 39. Porcentaje de niveles de triaje de patología de piel y faneras	130
Gráfica 40. Porcentaje niveles de triaje patología dermatológica (motivo de consulta)	131
Gráfica 41. Distribución en problemas endocrinos/nutrición	132
Gráfica 42. Porcentaje de niveles de triaje de problemas endocrinos/nutrición	133
Gráfica 43. Porcentaje niveles de triaje problemas endocrinos (motivo de consulta)	134
Gráfica 44. Distribución en problemas urinarios	135
Gráfica 45. Porcentaje niveles de triaje en patología urinaria	136
Gráfica 46. Porcentaje de niveles de triaje en patología urinaria (motivo de consulta)	138
Gráfica 47. Distribución en patología genital femenina	139
Gráfica 48. Porcentaje de niveles de triaje en patología genital femenina	140
Gráfica 49. Porcentaje niveles de triaje patología genital femenina (motivo de consulta)	142
Gráfica 50. Distribución en patología genital masculina	143
Gráfica 51. Porcentaje de niveles de triaje de patología genital masculina	144
Gráfica 52. Porcentaje niveles de triaje patología genital masculina (motivo de consulta)	145
Gráfica 53. Distribución en problemas sociales	147
Gráfica 54. Porcentaje de nivel de triaje de problemas sociales	148
Gráfica 55. Porcentaje niveles de triaje problemas sociales (motivo de consulta)	149
Gráfica 56. Pacientes vistos fuera de tiempo de triaje	152
Gráfica 57. Niveles de triaje	153

Gráfica 58. Nivel de triaje por sexo	154
Gráfica 59. Niveles de triaje según la edad.	157
Gráfica 60. Destino según nivel de triaje	179
Gráfica 61. Niveles de triaje en desplazados y no desplazados	183
Gráfica 62. media de triaje según motivo de consulta	186
Gráfica 63. Pacientes derivados al hospital	198

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la utilización de los servicios de urgencias pediátricos por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial. Aproximadamente el 75% de los niños que acuden a estos servicios podrían ser vistos en atención primaria.

Con un sistema de triaje pediátrico conseguiríamos que las enfermedades no urgentes no interfieran con las de verdadera urgencia. Un triaje bien realizado es una pieza clave para el buen funcionamiento de estos servicios.

Pero para comprender mejor el objetivo de nuestra investigación puede ser útil echar la vista atrás y concretar que es un sistema de triaje y la historia de los mismos.

1.1. Historia del triaje

Triaje (del francés *triage*) es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. Un nivel que implique que el paciente puede ser demorado, no quiere decir que el diagnóstico final no pueda ser una enfermedad grave. Prioriza el compromiso vital y las posibles complicaciones (Juncosa, 2005).

El *Diccionario de la Real Academia* (DRAE) no ha recogido el término triaje, aunque se ha convertido en un vocablo de uso común en los servicios de urgencias hospitalarias. El término correcto sería «clasificación». Esta palabra es un galicismo derivado del francés *triage*.

Este término se emplea para la selección de pacientes en distintas situaciones y ámbitos, en situación normal en las urgencias extrahospitalarias y hospitalarias, así como en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o de desastre. En situación normal se privilegia la atención del paciente más grave, el de mayor prioridad. Ej.: paro cardíaco. En situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o desastre se privilegia a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y la disponibilidad de recursos.

Una de las primeras personas en utilizar el término triaje fue el barón Dominique-Jean Larrey (Beudéan, julio de 1766-Lyon, julio de 1842). Médico cirujano militar, jefe de los servicios sanitarios del ejército de Napoleón, comenzó a usar el triaje como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla (Keegan, 2001).

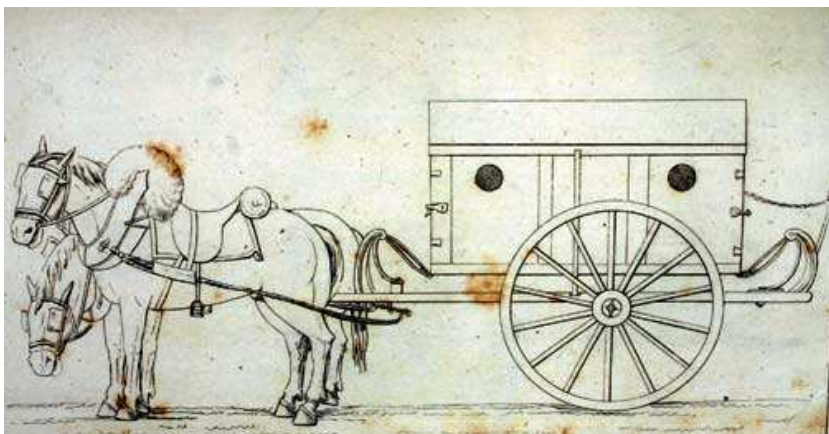
Larrey, reconociendo la necesidad de avanzar en la evacuación y el tratamiento inmediato, halló una solución:

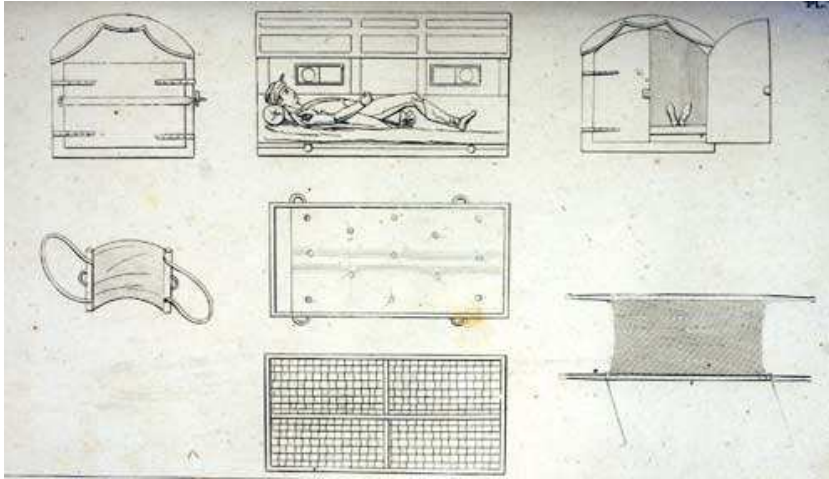
"Esto me sugirió la idea de la construcción de una ambulancia de tal manera que podría permitir el transporte de los heridos durante la batalla. Mi propuesta fue aceptada y se autorizó la construcción de un transporte, al que llamé ambulancia volante. Yo había hecho dos tipos de carruajes. El pequeño, con dos ruedas, portado por dos caballos... Dos pacientes podrían viajar tumbados en él; a los lados se adjuntaron varios bolsillos para llevar los artículos necesarios para el cuidado de los enfermos. El segundo tipo tiene cuatro ruedas, y es tirado por cuatro caballos. El lado izquierdo del carruaje se abre casi la

totalidad de su longitud, por medio de dos puertas correderas, a fin de permitir a los heridos entrar en posición horizontal. Cuatro hombres podrían viajar sentados con las piernas ligeramente dobladas.”

La primera “ambulante volante” se compuso de doce vehículos al que se adscribió un servicio de quince cirujanos. Esto ayudó a mejorar las tasas de éxito de la cirugía de guerra. Las intervenciones urgentes podían realizarse en el campo de batalla aumentando así las posibilidades de supervivencia.

Larrey, como parte del ejército de Napoleón, perfeccionó la organización de sus ambulancias volantes y esbozó sus misiones y prioridades. Su principal misión era rescatar a las víctimas en el campo de batalla, administrar los primeros auxilios y transportar las bajas a los hospitales de primera línea. La prioridad para el tratamiento fue determinada por las lesiones de los heridos, tratando y evacuando primero a los más gravemente heridos, sin tener en cuenta el rango o la distinción. Éste fue el comienzo del triaje moderno. Además de diseñar el proceso de evacuación Larrey también fue un gran defensor de los cuidados quirúrgicos inmediatos en el campo de batalla (Lorenzo, 2004).





Modelo de la Ambulance-volante de Larrey

Este nuevo concepto de evacuación fue empleado y perfeccionado durante la Guerra Civil Americana. Jonathan Letterman (December 1824 – March 1872), comandante médico y profundo conocedor de la obra de Larrey, creó un sistema de ambulancias para trasladar a los heridos fuera del campo de batalla. Los pacientes eran atendidos en áreas habilitadas a escasos 100 metros del campo de batalla, otros eran conducidos a hospitales de campaña a algunos kilómetros del frente y finalmente otros iban a hospitales de mayor envergadura más alejados.

La idea de acercar el quirófano al frente de batalla y tratar las lesiones en un término de cuatro horas de haberse producido surgió del cirujano Bedroitz en la guerra Ruso Japonesa a principios del siglo XX.

Otro nombre relevante en la historia del triaje es el de John Wilson. Este Cirujano Naval Británico escribe un libro en el que hace referencia por primera vez en un texto médico a la clasificación de los heridos.

“Durante la batalla, las heridas y las lesiones de cada tipo y grado son clasificadas como leves, graves y fatales; y todo esto hay que decidirlo probablemente en unos minutos, y si la batalla continua, seguramente dentro de las siguientes horas.”

“Frente a las heridas de naturaleza fatal nada se puede hacer. Solo puede ser administrado alivio, estímulos, un opiáceo, una posición cómoda” (Wilson, 1840).

En la Primera Guerra Mundial se inicia formalmente el triage, hecho que manifiesta el Mayor M.C. Salvador Hernández Vela durante la Primera Convención de Médico Militares en el año de 1937, al exponer el tema “El Servicio de Sanidad en Campaña y su importancia adquirida durante la última Guerra Mundial”. Describe que en algunos frentes, como el de Argonne y Champagne, funcionaron con mucho éxito puestos quirúrgicos avanzados instalados bajo tierra. Y que los servicios, especialmente el de Sanidad, deben ser organizados de tal modo que su movilidad sea amplia, su impedimenta mínima y su eficacia tal, que la restitución de elementos al frente se verifique lo más rápidamente posible, dado que el material hombre, aún en la guerra moderna, es todavía insustituible. Aunque es cierto que estos adelantos disminuyeron la morbi-mortalidad, no se especifica si contaban con un procedimiento de clasificación y sobre todo de un registro para priorizar la atención de los pacientes (Watt, 1985; Keegan, 2001).

El Teniente Coronel M.C. Salvador Hernández Vela en su libro “Táctica de Sanidad” publicado en el año de 1944, hace referencia a la ficha médica de vanguardia o de Emergencia, la cual consiste en una tarjeta con ojillo metálico que se cuelga del cuello del herido desde el primer escalón del Servicio de Sanidad y lo acompaña durante toda su evacuación. Sirve para anotar los datos de identificación del herido o enfermo, la naturaleza de las lesiones que presenta, la hora en que ocurrió, tratamientos aplicados, urgencia de la evacuación y la modalidad de transporte que amerite efectuarse; firmada, con la fecha y hora por la persona que atendió al herido en cada escalón. También se describe la “Ficha Médico

Internacional” de uso global, cuya clave estandarizada permite que la puedan interpretar y usar diversas naciones independientemente del idioma.

Hoy en día hablamos de las tarjetas de triage. Son tarjetas de prioridad de evacuación y contienen datos del herido, su tratamiento y número de orden. Contienen información del paciente (identidad, sexo, dirección, lesiones, tratamiento realizado y número de orden). Deben sujetarse a la víctima y no a su ropa. Todas las tarjetas son iguales. Debe ser cómoda y visible. De un material consistente (plástico) que no se deforme con el agua y secreciones. Deben ser conocidas por el personal que realiza el triaje. Si no se dispone de las tarjetas se pueden utilizar cintas de sujeción de colores según la gravedad.

1.2. Triage en la actualidad

Conforme a lo establecido por el Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos (ATLS) se denomina triaje al método de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención.

Como comentamos anteriormente existen distintos tipos de triajes:

- Triage en desastres

Esta clasificación se inicio su uso en las guerras y se ha extendido a las catástrofes. Se clasifica a los pacientes por colores.

1. Negro: cadáver o nulas posibilidades de recuperación
2. **Rojo**: posibilidades de sobrevivir y necesita actuación médica inmediata.
3. **Amarillo**: diferible, vigilado mientras se le puede atender.
4. **Verde**: levemente lesionado, camina, no precisa medio especial de traslado.

Hay ocasiones en las que se utiliza un color más para diferenciar al paciente agonizante (negro) del éxitus (blanco).

- Triaje de urgencias y emergencias

Entendemos por triaje de urgencias el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa según su grado de urgencia. En una situación de saturación del servicio, de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico. El triaje de emergencias extrahospitalario tiene dos componentes; el triaje telefónico, entendido como el proceso de clasificación de los paciente por el Centro Coordinador de Emergencias, con base en la valoración protocolizada de su grado de urgencias, de forma que se establezcan los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y se active el mejor recurso para su caso y/o el mejor transporte al centro más adecuado. Por otro lado el triaje de Emergencias, entendido como el proceso de clasificación de los pacientes por un

equipo sanitario de atención prehospitalaria, de acuerdo a la valoración protocolizada de su grado de urgencia, de forma que se establezcan los términos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y el medio de transporte sanitario óptimo al centro sanitario más adecuado.

El triaje hospitalario suele ser realizado por enfermería.

En la actualidad este es el triaje sobre el que más se está investigando.

La comunidad científica internacional coincide en recomendar los sistemas de triaje basados en escalas de cinco niveles de priorización uniformes y estandarizados, de ámbito nacional, como medida fundamental para garantizar la accesibilidad y mejorar la calidad de los servicios de urgencias.

Actualmente existen, de acuerdo con las recomendaciones de la Medicina basada en la evidencia, cinco escalas con suficiente peso específico como para ser consideradas de triaje estructurado (Ovens, 2010):

▶ *Australasian Triage Scale* (ATS). Publicada en 1993 y revisada en 2000.

▶ *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (CTAS).

Desarrollada en 1995.

▶ *Manchester Triage System* (MTS). Introducido en 1996.

▶ *Emergency Severity Index* (ESI). Desarrollado en EEUU en 1999.

▶ *Modelo Andorrano de Triage* (MAT). Aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria en 2000. En los últimos trabajos publicados este modelo es el que ha obtenido mejores resultados. Dispone además de un software para su

aplicación práctica, el Programa de Ayuda al Triage (PAT), cuya validación ha sido ya publicada.

Estos modelos están diseñados para el paciente adulto. Los niños presentan problemas de riesgo vital con menos frecuencia que los adultos, pero tienen más riesgo de presentar signos o síntomas de enfermedad grave de forma sutil, o deterioro rápido. La evaluación de los síntomas en el niño, especialmente en los pequeños, es difícil e interferida por la angustia familiar.

La valoración de la edad pediátrica, del estado fisiológico del niño ajustado a la edad (nivel de conciencia y reactividad, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y perfusión) y las reevaluaciones frecuentes son fundamentales en el triaje infantil.

La escala canadiense de triaje y gravedad pediátrica (Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: PaedCTAS), la única que tiene versión pediátrica, se ha desarrollado como complemento de la Escala Canadiense de Triage y gravedad para los Servicios de Urgencias (CTAS). Las diferencias específicas reflejan las circunstancias y condiciones únicas de los niños. La escala se basa en las presentaciones habituales, síntomas o síndromes y cada niño ha de ser triado en función de su edad, estado de desarrollo y gravedad, considerando sus aspectos socio-familiares y culturales.

La Sociedad Catalana de Pediatría (SCP) ha creado un grupo de trabajo multicéntrico coordinado por el Hospital de San Juan de Dios (Barcelona) para el desarrollo de un sistema de triaje para urgencias en pediatría (ETP).

Dicho equipo de trabajo ha basado el protocolo en el Modelo Andorrano de Triage (MAT) que se ha implantado en la mayoría de los hospitales catalanes y ha sido el escogido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

(SEMES) para la elaboración del Sistema Español de Triage (SET), el primero propiamente hispano y en lengua española (Arnedo, 2007).

En la actualidad hay varios grupos de trabajo en distintas comunidades autónomas (Navarra, Valencia...) que pretenden desarrollar programas alternativos a los ya existentes.

La tendencia actual en la mayoría de los hospitales es la de establecer cinco niveles de gravedad según la posible demora en la atención del paciente.

Los primeros sistemas, que dividían a los pacientes en 3 o 4 niveles de urgencia, no lograron el suficiente grado de evidencia científica en cuanto a utilidad, reproductibilidad y validez.

Las 5 escalas antes comentadas con el suficiente peso para ser consideradas como de triaje estructurado tienen en común el clasificar a los pacientes en cinco niveles de urgencia (Gómez, 2003):

► **Nivel I:** se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital avanzado. El tiempo de atención tanto de enfermería como del médico es inmediato.

► **Nivel II:** pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo. Son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. El tiempo de atención de enfermería es inmediato y del médico no más de 15 minutos.

► **Nivel III:** lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y /o terapéuticas en

pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales). El tiempo de atención tanto de personal de enfermería como médico no debe sobrepasar los 30 minutos.

► **Nivel IV:** son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad-urgencia significativa. Suelen necesitar una exploración diagnóstica y /o terapéutica. El tiempo de atención de personal de medicina y enfermería no debería exceder de 60 minutos.

► **Nivel V:** son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica/terapéutica. El tiempo de atención de enfermería/médico puede llegar a ser hasta de 4 hora.

1.3. Conceptos en relación con el triaje

- Urgencia:

“Situación clínica con la capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo” (Gómez, 2004)

“Aparición fortuita de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” OMS.

“Todo problema que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia” AMA.

Este concepto lleva implícitos:

- La necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de manera que los pacientes más urgentes, es decir, los que tienen más riesgo de deterioro o peligro para su salud o su vida con el paso del tiempo, sean asistidos más rápidamente (con más urgencia).
- El concepto de adecuación entre el grado de urgencia y los recursos necesarios para solucionarla.

En general, los procesos clínicos más agudos y más graves, que se presentan con características de mayor severidad, serán los que generan un mayor grado de urgencia. Esta relación se satura en condiciones de catástrofe o en incidentes con múltiples víctimas, de manera que podemos observar que en estas circunstancias los niveles de máxima gravedad y severidad se asocian con niveles de urgencia más bajos, estableciéndose así un curva urgencia/gravedad inicialmente creciente, que se sigue de una meseta, para acabar siendo decreciente.

El concepto de urgencia así entendido, se vincula a la respuesta a la pregunta: ¿con cuanta rapidez necesita el paciente ser visitado por el médico? y no a la pregunta ¿cuán enfermo está el paciente? Técnicamente las dos preguntas son diferentes. La primera se vincula a la agudeza del proceso y a la necesidad de actuación rápida. La segunda puede o no vincularse a estos conceptos.

- Diferencia entre catástrofe y desastre

Según la DRAE catástrofe es un hecho o suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas y desastre es una desgracia grande, suceso infeliz y lamentable. Por lo que catástrofe es el hecho y desastre la consecuencia. El desastre ocurre cuando se pierde la capacidad de respuesta de una organización o sociedad.

- Demanda masiva y atención de múltiples víctimas

La atención de los pacientes en situación de emergencia o urgencia requiere que los centros hospitalarios, los servicios y sistemas prehospitalarios tengan una oferta de reserva, la cual será utilizada para resolver las fluctuaciones de la demanda. La atención individual se explica por sí misma. La atención de múltiples víctimas ocurre cuando se atiende a dos o más personas graves procedentes de un mismo evento: la demanda sobrepasa la oferta normal de servicios, esto ocurre hasta el uso de la primera mitad de la oferta de reserva. La demanda masiva implica el uso de la segunda mitad de la oferta de reserva. El desastre ocurre cuando la demanda excede el total de la oferta incluida la oferta de reserva, produciéndose una pérdida de la capacidad operativa del sistema.

- Triaje estructurado

Sistema de triaje de cinco niveles, fiable, válido, útil, relevante y reproducible, y disponibilidad de una estructura física, profesional y tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias que permitan hacer el triaje de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable (Gómez, 2002).

Ya hemos hablado de la finalidad fundamental del triaje, pero en realidad es un proceso más complejo y ambicioso, con objetivos como:

1. Identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente.
3. Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
4. Determinar el área más adecuada para tratar un paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
5. Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente y el tiempo de espera probable. Proporciona humanización y aumenta el nivel de satisfacción percibida. Es muy importante para reducir la ansiedad el hecho de que unos minutos después de su llegada a urgencias el paciente sea valorado y la

familia reciba información sobre su estado y sobre la situación del servicio de urgencias.

6. Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.
7. Proporcionar información a los profesionales que ayude a definir y monitorizar la complejidad de su servicio.

Evidentemente las decisiones de triaje no deberían basarse en el criterio personal y en la propia subjetividad del personal que lo realiza. El triaje estructurado exige unos criterios consensuados y universales que se apliquen uniformemente a todos los pacientes y que tengan en cuenta los diferentes factores que inciden en el grado de urgencia de cada uno. Hemos de ser conscientes de que, del mismo modo que intentamos apoyar nuestras decisiones médicas sobre la evidencia científica, también los criterios de clasificación de los pacientes tienen que estar basados en la ciencia.

La calidad de un sistema de triaje pasa porque sea **válido, reproducible y aplicable**, y que estos tres puntos estén apoyados por estudios bien diseñados.

Su **validez** implica que mida realmente lo que tiene que medir, es decir, que sus diferentes niveles correspondan a distintos grados de urgencia de los pacientes. Se cuantifica a través de indicadores tales como la proporción de ingresos, el consumo de recursos, el tiempo de asistencia, o el diagnóstico final.

La **reproducibilidad** se debe comprobar con estudios de concordancia en los que se valore si diferentes profesionales coinciden en la asignación de nivel de triaje y si un mismo profesional mantiene la misma clasificación en diferentes momentos.

La **aplicabilidad** pasa por comprobar en estudios de campo que su puesta en práctica resulta posible y que el tiempo que se requiere para clasificar a un paciente está dentro de límites razonables (Blanco, 2004).

1.4. ¿Por qué un sistema de triaje pediátrico?

La declaración de Alma Ata (OMS, 1978) situó a la Atención Primaria en el centro de la escena.

Se define la Atención Primaria como el cuidado esencial de la salud, basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, con una tecnología universal accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo que la comunidad pueda soportar. Constituye, junto con el desarrollo de los médicos de familia, una megatendencia mundial en salud (Sánchez, 2010).

En nuestro sistema sanitario es el médico de familia el que debe tratar a la población en urgencias de Atención Primaria, a toda la población, tanto en su edad adulta como en la pediátrica. Este trabajo requiere de conocimientos especiales sobre el crecimiento, el desarrollo y aptitudes específicas para la evaluación pediátrica. Poder discernir de forma correcta que niños necesitan atención médica de urgencias y quien no, se convierte cada vez más en un serio problema para el personal médico que trabaja en estos centros.

La formación de un médico de familia en pediatría es reducida, lo cual nos lleva a que en no pocas ocasiones no sean capaces de resolver las urgencias pediátricas que se plantean en Atención Primaria.

En 1993 el Instituto de Medicina de EEUU informó sobre el estado de los servicios médicos de emergencias pediátricas en ese país. Surgieron varias recomendaciones, entre ellas la necesidad de que todos los centros dispusieran de equipos y materiales suplementarios adecuados para la atención de las urgencias/emergencias pediátricas. Otra sugerencia fue la de que se comenzaran a instaurar métodos de categorización y regionalización.

La población espera que cualquier hospital o centro de salud con servicio de urgencias esté preparado para atender a todos los pacientes, independientemente de sus problemas o de su edad, las 24 horas del día. No todos están igualmente capacitados para satisfacer las necesidades especiales de los niños. Los servicios de urgencias pueden garantizar una asistencia adecuada creando un ámbito apropiado para los niños, atendéndolos en función de protocolos pediátricos, entrenando a su personal en la habilidad de evaluación pediátrica de urgencia y asegurando la disponibilidad de equipos y materiales suplementarios pediátricos.

Los servicios de urgencias de los centros de salud representan el primer contacto del paciente con el sistema sanitario. Se ha convertido en una de las partes más importantes y complejas de los mismos. A nivel pediátrico varias publicaciones coinciden en que se está produciendo un aumento importante de la demanda asistencial. Esto ha generado nuevos problemas y aumentado otros ya existentes a nivel organizativo y funcional en los distintos puntos de atención continuada (Mintegui, 2004).

Los profesionales, en el seno de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas pretenden, entre otras acciones, crear normas y estándares que ayuden a

saber cómo deben estructurarse y funcionar los servicios de urgencias pediátricos. En Cataluña, el Grupo de Trabajo de la Sociedad Catalana de Pediatría, publicó en 1999 y luego en 2005 los resultados de una encuesta sobre la actividad asistencial y los recursos disponibles. Al comparar los resultados obtenidos en los dos periodos, se evidencia un notable incremento de la demanda de asistencia urgente, la falta de especialistas con habilidades de evaluación pediátricas para atender urgencias en el ámbito extrahospitalario y la escasa organización en los centros donde se presta asistencia pediátrica urgente.

En otros países también se han hecho estudios relevantes sobre la situación de los servicios de urgencias pediátricos utilizando encuestas. Cabe destacar el Shaw (Shaw, 2001), Salter (Salter, 2005), Gausche-Hill (Gausche-Hill, 2007) y el Research in European Pediatric Emergency Medicine (2007). Este último muestra datos tanto a nivel de hospital como de centro de salud de 14 países de Europa. El denominador común de las conclusiones de todos estos trabajos es que existen oportunidades de mejora en la estructura y organización de los servicios de urgencias pediátricos a todos los niveles.

Entre los cambios producidos en los últimos años dos son los que han tenido un impacto especial. Por un lado la introducción de sistemas de triaje. Pretenden identificar rápidamente a los paciente con urgencias o condiciones que ponen en peligro su vida, determinar el área de tratamiento más apropiado, disminuir la congestión en las áreas de la sala de urgencias, proveer los mecanismos para la evaluación permanente de los pacientes y dar información a los pacientes y familiares en relación a los cuidados y al tiempo de espera. Los niños presentan problemas de riesgo vital con menor frecuencia que los adultos, pero tiene más riesgo de presentar signos o síntomas de enfermedad grave de forma sutil, o deterioro

rápido. El análisis de síntomas en el niño, especialmente en los pequeños, es difícil e interferida en muchas ocasiones por la angustia de los familiares.

La valoración en los pacientes pediátricos, del estado fisiológico del niño ajustado a su edad (nivel de conciencia y reactividad, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y perfusión) y reevaluaciones frecuentes son fundamentales en el triaje infantil. La intención de los sistemas de triaje pediátrico es clasificar a los pacientes según su nivel de urgencia, no su severidad. ¿Con cuánta rapidez necesita ser visto este paciente? Y no ¿cuán enfermo está este paciente? Por ejemplo un paciente con cáncer que acude por un herpes labial está más enfermo que uno que acude por un brazo roto, pero será visto en segundo lugar.

Otro punto de impacto ha sido la introducción del triángulo de evaluación pediátrica (TEP) como enfoque para la evaluación inicial especialmente adaptado a niños (Dieckman, 2004).



Figura 1. Triángulo de evaluación pediátrica

La aplicación del TEP consiste en la evaluación intuitiva y rápida, no se tarda más de 30-60 segundos, de sus tres componentes: el aspecto general, el esfuerzo

respiratorio y la circulación cutánea. Sin necesidad de tocar al paciente, sólo mirándole y oyéndole, se pueden identificar alteraciones anatómicas o fisiológicas importantes, determinar la gravedad, la necesidad de atención urgente y qué tratamiento específico se necesita.

1.5. Situación actual de las urgencias en Asturias

En Asturias, según la Memoria que el Servicio de Salud del Principado de Asturias realiza todos los años, se produjeron en el año 2013 849.352 visitas a los servicios de urgencias de Atención Primaria, lo cual supone una media de 2.327 visitas al día. Si echamos la vista atrás vemos que entre 1994 y 2001 se produjeron casi 6,5 millones de visitas a urgencias. Pasan los años y el número de urgencias vista en Atención Primaria no disminuye. Fue hasta 1996 cuando se produjo el incremento más acusado en Atención Primaria y paralelo en ambos niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospital) a partir de 1997. En cambio vemos como por otro lado los puntos de Atención Continuada, debido a diversos factores socioeconómicos, si han disminuido (Del Busto, 2009; Oterino, 2001).

Actualmente existen aproximadamente noventa puntos de Atención Continuada repartidos por las ocho áreas sanitarias que existen en esta comunidad. En estos centros se atiende tanto a niños como a adultos. Nos encontramos por tanto en una situación de aumento de la demanda y escasez de recursos para satisfacerla.

Se han desarrollado diversas estrategias para intentar dar solución a este problema. Una de ellas consistiría en educar a la población, explicarles que es un

servicio de urgencias, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria, y enseñarles a hacer un uso correcto del mismo.

Otra estrategia consistiría en optimizar la atención a los pacientes en las urgencias de los centros de salud para así evitar la saturación de las urgencias hospitalarias. Esta optimización podría lograrse de muchas maneras, entre ellas desarrollando un sistema de triaje estructurado, como el que se utiliza en la mayoría de los hospitales españoles, pero adaptado a la Atención Primaria, puesto que no conocemos ninguno que sea específico de esta área y esté validado, ni para niños ni para adultos.

1.6. CLASIFICACIÓN CIAP-2

La Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) es una taxonomía de los términos y expresiones utilizadas habitualmente en medicina general. Recoge los motivos de consulta, los problemas de salud y el proceso de atención. Es un tipo de clasificación de terminología médica de ámbito internacional, cuya versión española ha sido publicada en 1999 por la WONCA.

Esta versión permite clasificar por “episodios de atención” concepto más amplio que el hospitalario de “episodio de enfermedad”, que permite incluir, razón de consulta expresada por el paciente, problemas de salud detectados por el profesional y las intervenciones o procesos de atención.

Se basa en códigos alfanuméricos de tres dígitos, ampliables si se considera necesario. El primer dígito es la letra que representa un aparato o sistema orgánico, y lo constituyen los 17 “capítulos” de esta clasificación. El segundo y tercer dígito los forman números, denominados “componentes”, que se relacionan específicamente o inespecíficamente con:

- signos o síntomas
- procedimientos administrativos, diagnósticos, preventivos o terapéuticos
- resultados de pruebas complementarias
- derivaciones, seguimiento y otras razones de consulta
- enfermedades y problemas de salud.

La CIE-10 (de la OMS) y la CIAP-2 (de la WONCA) son duras competidoras por convertirse en la clasificación de referencia mundial en Atención Primaria. La primera tiene la ventaja en España de ser la clasificación obligatoria por Ley en informes de alta hospitalaria, y el inconveniente de ser muy extensa, específica y orientada a la enfermedad. La CIAP-2 tiene el apoyo internacional de los médicos de familia y está pensada para la Atención Primaria pero su uso hasta ahora se ha restringido mucho a la investigación (Gervás, 1999; Juncosa, 2005).

Tras analizar el tema de las urgencias y ahondar en la historia de los sistemas de triaje existentes tanto a nivel pediátrico como en adulto, en este momento nuestro objetivo consiste en desarrollar nuestro propio sistema de triaje pediátrico para Atención Primaria. Un sistema de triaje que, como los validados hasta el momento, conste de cinco niveles de gravedad y para ello vamos a servirnos de la clasificación CIAP-2 (anexo 1).

2. OBJETIVOS

- 1) Desarrollar un sistema de triaje con una aplicación informática utilizable en las urgencias pediátricas de Atención Primaria.
- 2) Comprobar que el sistema de triaje creado puede ser aplicado en los centros de salud.
- 3) Realizar un estudio piloto comprobando la validez y fiabilidad
- 4) Analizar las características demográficas de la población vista en urgencias de AP, los motivos de consulta y los niveles de triaje.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

En octubre de 2009 se creó un grupo de trabajo con el objetivo de desarrollar un sistema de triaje aplicable a las urgencias pediátricas de Atención Primaria. Para ello se partió de la clasificación de enfermedades de la WONCA (Organización Mundial de los Médicos Generales y de Familia) CIAP-2.

En dicha clasificación existen 17 grupos (Problemas generales inespecíficos, Sangre e inmunitario, Aparato digestivo, Ojos y anejos, Aparato auditivo...). Estos grupos principales se mantienen invariables en el sistema de triaje. Dentro de cada grupo principal hay varios subgrupos, algunos de los cuales se unificaron para facilitar el manejo. Por ejemplo, reagrupar los 28 subgrupos que aparecen en el grupo aparato auditivo en 7 subgrupos, dentro de los cuales se encuentren todas las posibles causas de consulta relacionadas con el aparato auditivo. Y lo mismo se hizo con los 16 grupos restantes.

Centrándose en los subgrupos se fueron desarrollando preguntas que hacer y signos que mirar, para valorar la urgencia de cada paciente y así establecer un nivel de triaje. Se diseñaron árboles de decisiones, uno para cada subgrupo (anexos 9 y 10).

Para realizar esta parte del trabajo se revisaron un gran número de libros de urgencias tanto generales como pediátricas.

Una vez realizados todos los árboles de decisiones se inicio el desarrollo del programa informático que iba a dar forma a todo el trabajo desarrollado hasta el momento.

El objetivo era crear un programa sencillo, fácil de manejar, pero sobre todo útil y válido. La aplicación se programó en C# mediante Visual Studio 2010 para plataformas Microsoft Windows.

El programa consta de cuatro pantallas. En la primera pantalla aparecen los datos personales del paciente. Se recogen datos muy concretos; nombre y apellidos, edad, sexo, teléfono, centro de salud y motivo de consulta. En segundo lugar está la pantalla con los 16 grupos principales antes mencionados. Tras introducir los datos demográficos del paciente y seleccionar un grupo de los 16 principales, aparece la tercera pantalla en la que se puede seleccionar un subgrupo concreto. A continuación se pasa a la cuarta y última pantalla donde ya pueden verse todas las preguntas que sería necesario hacer al paciente (a la izquierda de la pantalla), así como los signos a mirar (a la derecha de la pantalla), para un correcto estadiaje (anexo 8).

Una vez desarrollado todo el programa informático el siguiente paso consiste en validarlo. Se realiza un estudio piloto para comprobar que el programa cumple los objetivos iniciales. Para ello se cuenta con el apoyo y la ayuda de la Gerencia de Atención Primaria del Área IV.

Aquí comienza la labor de campo que se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se acudió a los centros de salud elegidos en horario de guardia (laborales 15:00 a 20:00 y fines de semana 8:00 a 20:00).

Los centros se seleccionaron, previo consentimiento de la gerencia, por distintas razones. El centro de salud de La Corredoria, por ser un centro en el que se atienden muchas urgencias pediátricas. En segundo lugar el centro de salud de Ventanielles, por ser el centro que tiene una mayor demanda del área IV. Y en tercer lugar el centro de salud de La Lila por ser un centro de referencia.

Al llegar al centro de salud se le entrega al médico de guardia una carta informándole en qué consiste el trabajo y en qué punto necesitamos su colaboración. Se les pide que una vez que el paciente sea valorado por ellos, previa realización del triaje, comenten que nivel de triaje les parece a ellos que le corresponde al paciente (anexo 2).

A continuación se acude a la sala de espera y se explica a cada paciente el objetivo del trabajo, entregándole un consentimiento informado para que lo firmen en caso de querer participar en el estudio (anexo 3). Una vez que el paciente firma el consentimiento es triado por los dos investigadores, situados en consultas independientes y a continuación es visto por el médico de guardia. En ningún momento ni el paciente, ni el médico, ni los triadores conocen la valoración emitida por la aplicación para así evitar sesgos.

La idea era poder desarrollar todo este programa de una manera adecuada, contando con un buen material informático (ordenadores portátiles con pantalla táctil), asesoramiento por especialistas para el diseño del programa, material de papelería, poder presentar el proyecto en distintos congresos...Por estos motivos se decidió solicitar un beca Ficyt que fue concedida, lo cual facilitó el trabajo.

En septiembre de 2010 se presento la suficiencia investigadora que lleva por título “Triaje pediátrico en Atención Primaria”.

Tras unos meses de descanso se retomó el estudio para llevar a cabo una segunda fase que consistía en la validación del TAP pediátrico (Triaje Atención Primaria).

Mientras en los centros de salud de los áreas III (Avilés), IV (Oviedo) y V (Gijón), lugares en los cuales está implantado nuestro sistema de triaje TAP, se iban

viendo pacientes tras ser triados formándose así nuestra muestra (desde 9 octubre de 2010 hasta 31 diciembre 2014 son 60.271 pacientes), nosotros estábamos repasando bibliografía y corrigiendo errores del sistema que iban surgiendo.

Contamos con la ayuda de otros compañeros médicos entre los que se repartieron los distintos apartados del TAP para que cada uno revisase los árboles de decisiones y pudiesen así salir a la luz errores que para nosotros, inmersos en el mundo TAP, hubiesen pasado desapercibidos.

Cuando a 31 de diciembre de 2014 teníamos el total de la muestra, 60.271 casos, empezó la tarea de estudio y análisis retrospectivo, observacional y descriptivo de los datos para lo cual se utilizó el programa SPSS v.21. Como comentábamos anteriormente esos 60.271 pacientes en edad pediátrica son el total de los clasificados con el TAP entre octubre de 2010 y diciembre de 2014 pero cabe recordar que nuestro programa sirve tanto para niños como adultos ya que los algoritmos de decisión van cambiando en función de la edad del paciente.

De todos los casos triados se buscaron los que fueron vistos en el área IV y desde primaria derivados al hospital de referencia, el HUCA. Eran un total de 976. Con la ayuda de Fisterra.com realizamos un cálculo muestral y con Microsoft Office Excel una selección de número aleatorios para obtener de los archivos del hospital nuestra muestra (Pertegás, 2002). Tras pedir permiso a la Comisión Ética de Investigación Clínica y a la Dirección Médica (anexo 6) se estudiaron datos como ingresos y recursos utilizados, entre otros que se pueden ver en el apartado de resultados de este trabajo.

El siguiente y último paso fue darle forma por escrito a todo este trabajo.

3.1. CRONOGRAMA

Septiembre 2009

- Crear grupo de trabajo para desarrollar un sistema de triaje aplicable a las urgencias de Atención Primaria. El sistema será tanto para adultos como para niños, aunque este trabajo pretende desarrollar la parte relacionada con el triaje pediátrico.

Octubre 2009

- Búsqueda bibliográfica. Qué existe en lo que a triaje se refiere y qué campos están aún por desarrollar.

Noviembre – Diciembre 2009

- Selección de la Clasificación CIAP-2 como base para desarrollar el programa de triaje. Estudio de dicha clasificación para adaptarla, simplificarla y así hacer un sistema de triaje rápido, sencillo y útil.

Enero 2010 – Marzo 2010

- Realizar los distintos árboles de decisiones y revisarlos uno por uno a fin de que ninguna patología quede excluida del programa.
- Asimismo en este periodo de tiempo se realiza la primera versión del programa informático TAP (versión Beta-O).

Abril – Mayo 2010

- Crear nuevos árboles de decisiones dirigidos especialmente al paciente pediátrico. Patologías que en principio son características de los niños y ya no aparecen en la edad adulta (“Niño con fiebre”, “Niño que cojea”...).

Junio 2010

- Acudir al C.S. La Lila para explicar al personal del centro en qué consiste el proyecto.
- Desarrollar la carta de presentación que se entregará al personal de guardia en cada centro de salud.
- Redactar el consentimiento informado, que fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Regional del Principado de Asturias, con el número 61/2010, y cuyo nombre es “Triage en Atención Primaria (Proyecto TAP)”.
- Obtención de la beca Ficyt para el proyecto TAP, con el número AP10-07.
- Aprobación por la Gerencia de Atención Primaria del área de Oviedo para poder realizar el pilotaje del programa de triaje.

Julio – Agosto 2010

- Acudir a los C.S de Ventanielles, La Lila y La Corredoria, para realizar la recogida de datos.
- Realizar varias versiones del programa informático (beta 1, beta 2, beta 3), hasta la versión beta 4.
- Encuesta telefónica.

Septiembre 2010

- Presentación de la suficiencia investigadora que lleva por título “Triage Pediátrico en Atención Primaria”.

Diciembre 2010-Noviembre 2011

- Premio a la innovación, gestión y calidad en los servicios sanitarios (Sespa.Diciembre 2010)
- Presentación en el XII Congreso Internacional y XVIII Congreso Nacional de la SEMG (Vigo), como póster expuesto.
- Presentación en el Congreso Nacional de la SEMES (Murcia), como póster expuesto.
- Presentación en el Congreso Nacional Inforenf-SEIS (Ciudad Real), como comunicación oral.
- Presentación en el XXXIII Congreso Nacional de SEMERGEN (Oviedo), como comunicación oral.

2012/2013

- Revisión bibliográfica
- Correcciones en el sistema TAP pediátrico

Octubre 2014-Enero 2015

- Recogida y análisis de datos registrados en las bases del TAP en los Centros de Salud que cuentan con el sistema de triaje en las áreas III, IV y V durante el periodo comprendido entre octubre de 2010 y diciembre 2014.

Febrero 2015-Mayo 2015

- Escribir este proyecto.

4. Resultados

4.1. Estudio piloto

En este estudio participaron 35 personas menores de 15 años. No hubo ninguna persona que rechazase participar en el estudio.

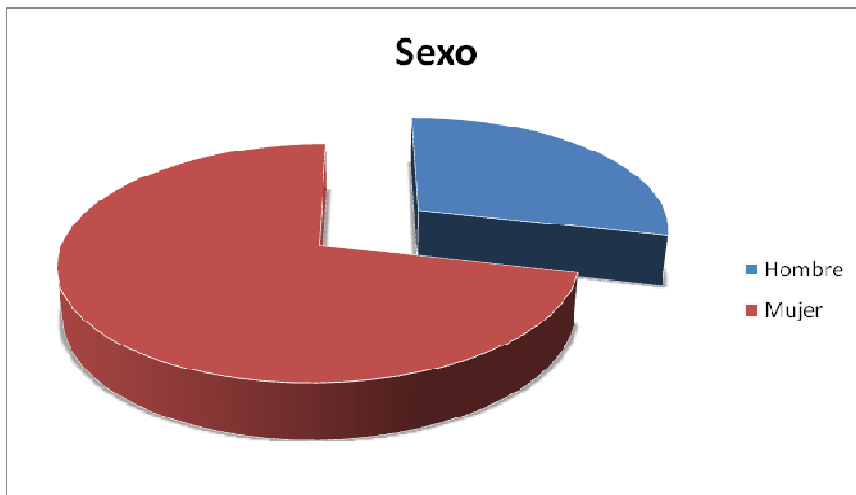
Válidos	35
Perdidos	0

Tabla 1. Muestra.

4.1.1. Clasificación por sexos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	10	28,6	28,6	28,6
Mujer	25	71,4	71,4	100
Total	35	100	100	

Tabla 2. Distribución por sexos



Gráfica 1. Distribución por sexos.

4.1.2. Clasificación por grupos de edad

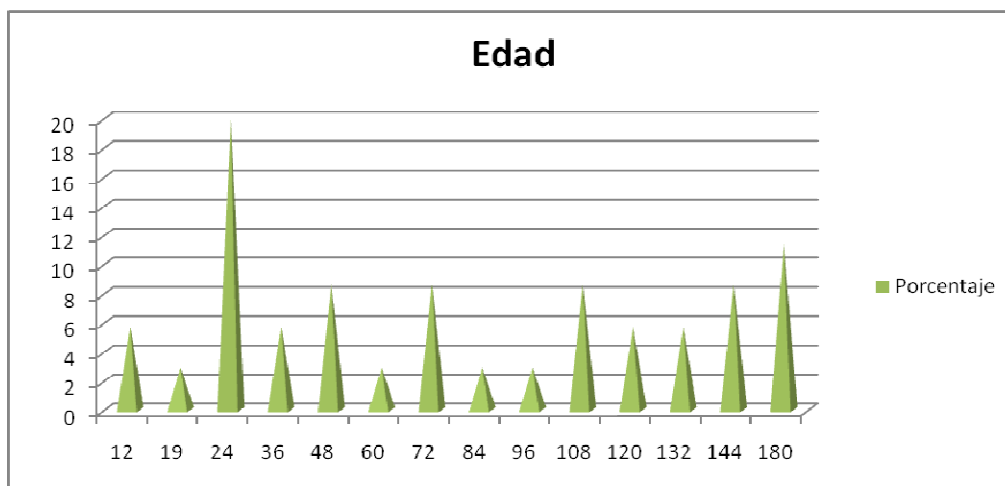
Se recogieron en el estudio personas entre 1 día y 15 años. En todos los datos que aparecen a continuación la edad se expresa en meses.

		Edad
Percentiles	25	24
	50	72
	75	132

Tabla 3. Percentiles por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
12	2	5,7	5,7	5,7
19	1	2,9	2,9	8,6
24	7	20	20	28,6
36	2	5,7	5,7	34,3
48	3	8,6	8,6	42,9
60	1	2,9	2,9	45,7
72	3	8,6	8,6	54,3
84	1	2,9	2,9	57,1
96	1	2,9	2,9	60
108	3	8,6	8,6	68,6
120	2	5,7	5,7	74,3
132	2	5,7	5,7	80
144	3	8,6	8,6	88,6
180	4	11,4	11,4	100
Total	35	100	100	

Tabla 4. Distribución por edades



Gráfica 2. Distribución por edades.

4.1.3. Clasificación por centros

En esta tabla puede verse de que centro procedían las personas del estudio.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CORREDORIA	1	2,9	2,9	2,9
VENTANIELLES	34	97,1	97,1	100
Total	35	100	100	

Tabla 5. Distribución por centros de salud

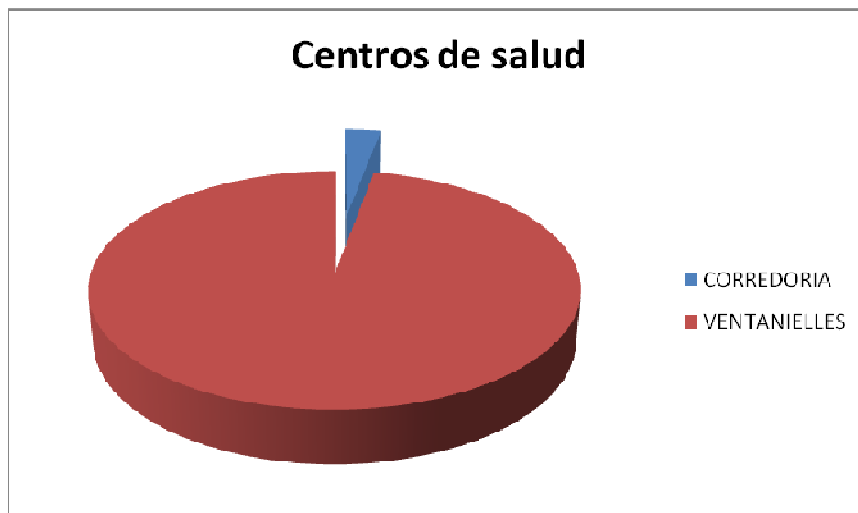


Gráfico 3. Distribución por centros.

4.1.4 .Clasificación por aparatos

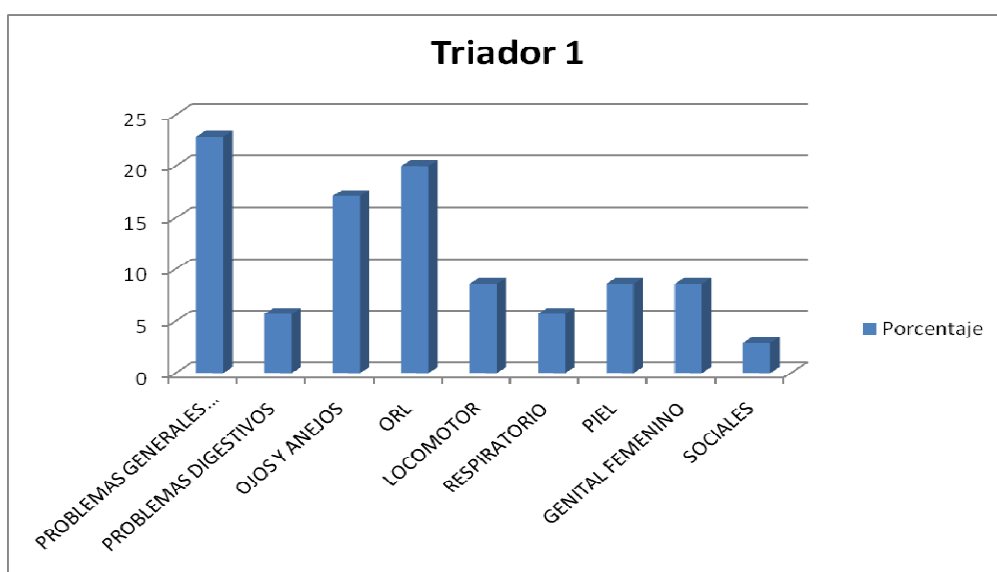
Analizamos a continuación los distintos motivos de consulta por los que acudieron los pacientes a urgencias. Vemos como existen diferencias entre ambos triadores.

Para el triador 1 fueron “Problemas generales inespecíficos” el principal motivo de consulta, seguido de “ORL” y “Ojos y anejos”. En cambio para el triador número el primer motivo de consulta fue “ORL”, seguido de “Apto. Locomotor” y “Problemas generales inespecíficos”.

Todos estos datos pueden verse más claramente en las tablas y gráficos siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PROBLEMAS GENERALES INESPECIFICOS	8	22,9	22,9	22,9
PROBLEMAS DIGESTIVOS	2	5,7	5,7	28,6
OJOS Y ANEJOS	6	17,1	17,1	45,7
ORL	7	20	20	65,7
LOCOMOTOR	3	8,6	8,6	74,3
RESPIRATORIO	2	5,7	5,7	80
PIEL	3	8,6	8,6	88,6
GENITAL FEMENINO	3	8,6	8,6	97,1
SOCIALES	1	2,9	2,9	100
Total	35	100	100	

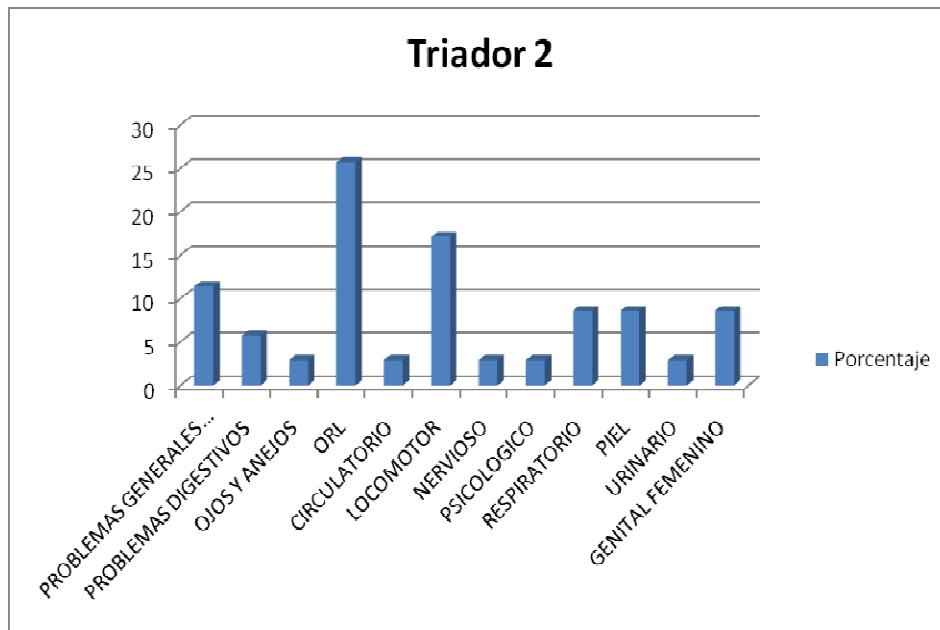
Tabla 6. Distribución por aparatos (triador 1).



Gráfica 4. Distribución por aparatos (triador 1)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PROBLEMAS GENERALES INESPECIFICOS	4	11,4	11,4	11,4
PROBLEMAS DIGESTIVOS	2	5,7	5,7	17,1
OJOS Y ANEJOS	1	2,9	2,9	20
ORL	9	25,7	25,7	45,7
CIRCULATORIO	1	2,9	2,9	48,6
LOCOMOTOR	6	17,1	17,1	65,7
NERVIOSO	1	2,9	2,9	68,6
PSICOLOGICO	1	2,9	2,9	71,4
RESPIRATORIO	3	8,6	8,6	80
PIEL	3	8,6	8,6	88,6
URINARIO	1	2,9	2,9	91,4
GENITAL FEMENINO	3	8,6	8,6	100
Total	35	100	100	

Tabla 7. Distribución por aparatos (triador 2).



Gráfica 5. Distribución por aparatos (triador 2)

4.1.5. Clasificación según código CIAP

Los motivos de consulta más frecuentes para el triador 1 fueron: “Fiebre” (22.9%) y “Ojo rojo” (11.4%) y para el triador 2: “Fiebre” (22,9%), “Dolor muscular” (14,3%) y “Faringitis/amigdalitis estreptocócica” (14,3%). En las siguientes tablas se ven los códigos CIAP utilizados por los dos triadores.

Triador 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fiebre	8	22,9	22,9	22,9
Astenia/cansancio/debilidad	1	2,9	2,9	25,7
Traumatismo/Lesión NE	1	2,9	2,9	28,6
Alergia/Reacción alérgica NE	2	5,7	5,7	34,3
Medicina preventiva/promoción salud	1	2,9	2,9	37,1
Dolor de estómago	1	2,9	2,9	40
Ojo rojo	4	11,4	11,4	51,4
Conjuntivitis alérgica	1	2,9	2,9	54,3
Dolor de oído/oreja	1	2,9	2,9	57,1
Otitis externa	1	2,9	2,9	60
Dolor muscular	2	5,7	5,7	65,7
Abuso crónico de alcohol	1	2,9	2,9	68,6
Faringitis/Amigdalitis estreptocócica	2	5,7	5,7	74,3
Infección respiratoria aguda superior	1	2,9	2,9	77,1
Amigdalitis aguda	1	2,9	2,9	80
Prurito	1	2,9	2,9	82,9
Picadura de insecto	1	2,9	2,9	85,7
Miedo enfermedades de la piel	1	2,9	2,9	88,6
Laceración/Herida incisa	1	2,9	2,9	91,4
Disuria/Micción dolorosa	1	2,9	2,9	94,3
Aborto espontáneo	1	2,9	2,9	97,1
Menstruación excesiva	1	2,9	2,9	100
Total	35	100	100	

Tabla 8. Distribución según CIAP (triador 1).

Triador 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fiebre	2	5,7	5,7	5,7
Inflamación	1	2,9	2,9	8,6
Dolor torácico	1	2,9	2,9	11,4
Dolor abdominal	3	8,6	8,6	20
Ojo rojo	1	2,9	2,9	22,9
Dolor de oído/oreja	3	8,6	8,6	31,4
Dolor muscular	5	14,3	14,3	45,7
Esguinces/distensiones de tobillo	1	2,9	2,9	48,6
Dolor en la cara	1	2,9	2,9	51,4
Vértigo/vahido	1	2,9	2,9	54,3
Dolor atribuido apt.respiratorio	1	2,9	2,9	57,1
Fatiga respiratoria/disnea	1	2,9	2,9	60
Faringitis/amigdalitis estreptocócica	5	14,3	14,3	74,3
Infección respiratoria aguda superior	2	5,7	5,7	80
Asma	1	2,9	2,9	82,9
Laceración/herida incisa	1	2,9	2,9	85,7
Problema alimentación	1	2,9	2,9	88,6
Disuria/micción dolorosa	2	5,7	5,7	94,3
Aborto espontaneo	1	2,9	2,9	97,1
Problemas socioculturales	1	2,9	2,9	100
Total	35	100	100	

Tabla 9. Distribución según CIAP (triador 2).

4.1.6. Tiempo medio de triaje

En la siguiente tabla podemos ver los tiempos medios de triaje expresados en segundos.

Estadísticos descriptivos				
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Tiempo medio de triaje	16	133	47,6571	25,36695

Tabla 10. Tiempo medio de triaje

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Triador 1	17	133	57,5429	29,09957
Triador 2	8	169	37,7714	35,61732

Tabla 11. Tiempo medio de triaje de cada triador

Se observan diferencias entre ambos triadores por lo que realizamos una t-student para así comparar ambas medias y ver si esas diferencias son estadísticamente significativas.

Valor de prueba = 0						
					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Inferior	Superior
Triador 1	11,699	34	0	57,54286	47,5468	67,5389
Triador 2	6,274	34	0	37,77143	25,5365	50,0064

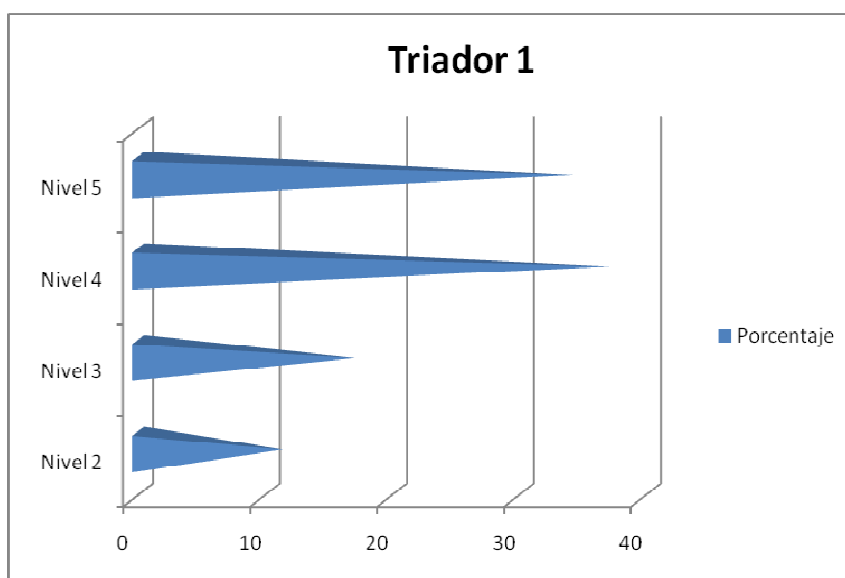
Tabla 12. Comparación de ambas medias (t-student).

Y así observamos como existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de triaje entre ambos triadores.

4.1.7. Análisis del nivel de triaje obtenido

TRIADOR 1				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel 2	4	11,4	11,4	11,4
Nivel 3	6	17,1	17,1	28,6
Nivel 4	13	37,1	37,1	65,7
Nivel 5	12	34,3	34,3	100
Total	35	100	100	

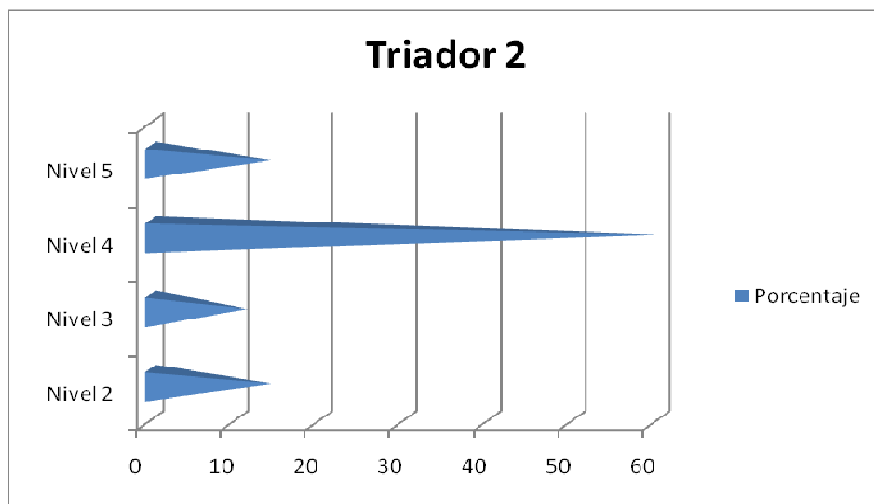
Tabla 13. Distribución por niveles (triador uno).



Gráfica 6: Distribución por niveles según (triador 1)

TRIADOR 2				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel 2	5	14,3	14,3	14,3
Nivel 3	4	11,4	11,4	25,7
Nivel 4	21	60	60	85,7
Nivel 5	5	14,3	14,3	100
Total	35	100	100	

Tabla 14. Distribución por niveles (triador 2).



Gráfica 7. Distribución por niveles (triador dos)

4.1.8. Niveles de triaje por sexo

A continuación analizaremos los niveles de triaje en función del sexo y la edad. Para ello haremos un contraste de hipótesis mediante una prueba chi-cuadrado. Así determinamos que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Triador 1				
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Hombre	0	2	3	5
Mujer	4	4	10	7
Total	4	6	13	12

Tabla 15. Sexo/nivel de triaje (triador 1)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,867 ^a	3	0,413
Razón de verosimilitudes	3,895	3	0,273
Asociación lineal por lineal	1,792	1	0,181

Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado sexo/nivel (triador 1)

Triador 2				
	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Hombre	2	0	6	2
Mujer	3	4	15	3
Total	5	4	21	5

Tabla 17. Sexo/nivel de triaje (triador 2)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,240 ^a	3	0,524
Razón de verosimilitudes	3,291	3	0,349
Asociación lineal por lineal	0,058	1	0,809
N de casos válidos	35		

Tabla 18. Prueba chi-cuadrado sexo/nivel (triador 2)

4.1.9. Análisis de la fiabilidad

Para saber en qué medida los dos evaluadores han obtenido unos resultados similares se calcula el coeficiente de correlación intraclase que como podemos observar es de 0,742, lo cual quiere decir que el cuestionario es fiable.

Valoración de la concordancia según los valores del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI).	
Valor del CCI	Fuerza de la concordancia
>0,90	Muy buena
0,71-0,90	Buena
0,51-0,70	Moderada
0,31-0,50	Mediocre
<0,30	Mala o nula

Tabla 19. Valoración del Coeficiente de Correlación Intraclase

	Correlación intraclase	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	0,742	0,547	0,861	6,766	34	34	0
Medidas promedio	0,852	0,707	0,925	6,766	34	34	0

Tabla 20. Coeficiente de correlación intraclase

4.1.10. Análisis de los resultados en comparación con el juicio médico

Si hacemos un análisis de la correlación (Pearson) entre el nivel obtenido por el programa y el nivel obtenido a juicio del médico observamos que ambos triadores obtienen niveles similares y estadísticamente significativos pero no así con el nivel médico.

		Médico de guardia	Triador 1	Triador 2
Médico de guardia	Correlación de Pearson	1	0,068	0,066
	Sig. (bilateral)		0,698	0,705
	N	35	35	35
Triador 1	Correlación de Pearson	0,068	1	,748**
	Sig. (bilateral)	0,698		0
	N	35	35	35
Triador 2	Correlación de Pearson	0,066	,748**	1
	Sig. (bilateral)	0,705	0	
	N	35	35	35

Tabla 21. Comparación de resultados con juicio médico

Si comprobamos las frecuencias de los distintos niveles obtenemos las siguientes tablas:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel 2	1	2,9	2,9	2,9
Nivel 3	1	2,9	2,9	5,7
Nivel 4	21	60	60	65,7
Nivel 5	12	34,3	34,3	100
Total	35	100	100	

Tabla 22. Niveles médico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel 2	4	11,4	11,4	11,4
Nivel 3	6	17,1	17,1	28,6
Nivel 4	13	37,1	37,1	65,7
Nivel 5	12	34,3	34,3	100
Total	35	100	100	

Tabla 23. Niveles triador uno

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel 2	5	14,3	14,3	14,3
Nivel 3	4	11,4	11,4	25,7
Nivel 4	21	60	60	85,7
Nivel 5	5	14,3	14,3	100
Total	35	100	100	

Tabla 24. Niveles triador dos

4.2. ESTUDIO DE VALIDACIÓN

4.2.1. Número de casos

Tenemos una muestra con 60.271 pacientes.

4.2.2. Clasificación por sexos

El 51.6% de la muestra son mujeres y el 48.4% restantes hombres.

Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujeres	31104	51,6	51,6	51,6
Hombres	29167	48,4	48,4	100
Total	60271	100	100	

Tabla 1. Distribución por sexos



Gráfica 1. Distribución por sexo

4.2.3. Clasificación por edad

Nuestra población a estudio son los niños y niñas de entre 0 y 14 años que acudieron a las urgencias de los centros de salud en los que está implantado el programa de triaje TAP.

Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	3796	6,3	6,3	6,3
1	5836	9,7	9,7	16
2	6109	10,1	10,1	26,1
3	6703	11,1	11,1	37,2
4	6105	10,1	10,1	47,4
5	5207	8,6	8,6	56
6	4316	7,2	7,2	63,2
7	3798	6,3	6,3	69,5
8	3286	5,5	5,5	74,9
9	3062	5,1	5,1	80
10	2839	4,7	4,7	84,7
11	2591	4,3	4,3	89
12	2339	3,9	3,9	92,9
13	2167	3,6	3,6	96,5
14	2117	3,5	3,5	100
Total	60271	100	100	

Tabla 2. Distribución por edad

Vemos como la franja de edad de 1-5 años acuden más a urgencias y luego hay un descenso progresivo conforme aumenta la edad.

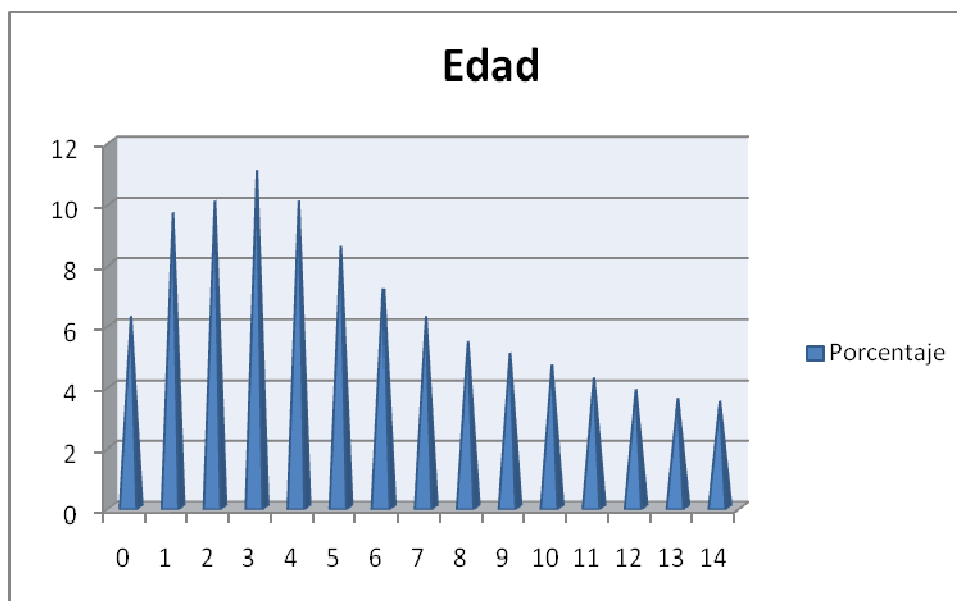


Gráfico 2. Distribución por edad

4.2.4. Niveles de triaje

Como veíamos al describir el TAP, es un sistema de triaje, como los más importantes utilizados hoy en día, con cinco niveles de triaje.

Nivel de triaje				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Perdidos	72	0,1	0,1	0,1
Nivel 1	46	0,1	0,1	0,2
Nivel 2	5657	9,4	9,4	9,6
Nivel 3	11141	18,5	18,5	28,1
Nivel 4	41724	69,2	69,2	97,3
Nivel 5	1631	2,7	2,7	100
Total	60271	100	100	

Tabla 3. Niveles de triaje

El nivel 4 destaca claramente sobre el resto con el 69.2% de los casos, seguido muy de lejos del nivel 3 (18.5%). A continuación en frecuencia está el nivel 2 (9.4%), el 5 (2.7%) y finalmente el nivel 1 (0.1%).

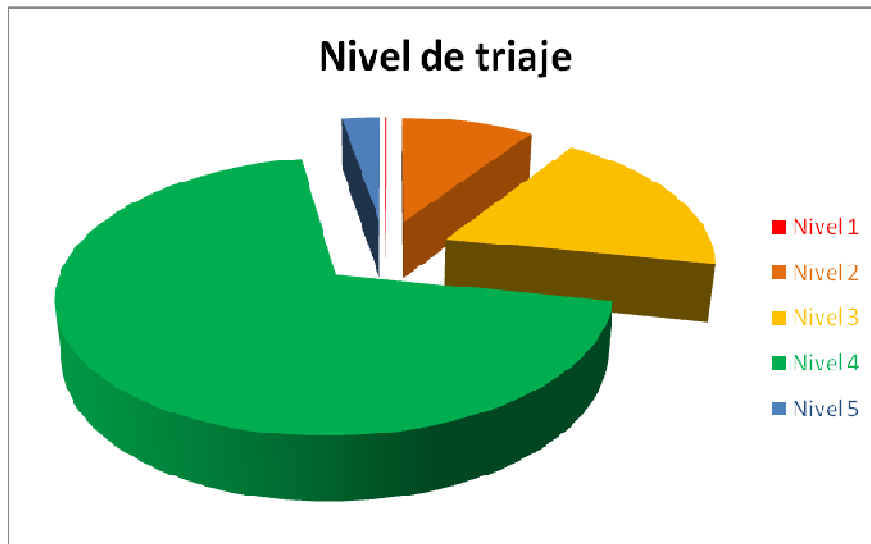


Gráfico 3. Distribución de niveles de triaje.

4.2.5 Destino

Como es fácil imaginar tres son los posibles destinos que tiene un paciente tras pasar por el triaje. Los pacientes son vistos por el médico y éste los envía bien a su domicilio o al hospital. Luego hay un grupo de pacientes que abandonan el centro de salud antes de que el facultativo los valore.

Destino				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	150	0,2	0,2	0,2
Alta	54536	90,5	90,5	90,7
Derivación H.	4101	6,8	6,8	97,5
Fuga	1484	2,5	2,5	100
Total	60271	100	100	

Tabla 4. Destino del paciente

La gran mayoría de los pacientes son dados de alta al domicilio (90.5%) y sólo un pequeño porcentaje (6.8%) son enviados al hospital. Más pequeño es aún el porcentaje de pacientes que se van sin ser vistos por el médico.



Gráfica 4. Destino de pacientes.

4.2.6. Área sanitaria

Los pacientes clasificados con el sistema de triaje TAP proceden de las tres áreas sanitarias en las que ahora mismo funciona este programa los fines de semana y días festivos. Estas áreas son III (Áviles), IV (Oviedo) y V (Gijón).

Área sanitaria				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Área III	16951	28,1	28,1	28,1
Área IV	16092	26,7	26,7	54,8
Área V	27228	45,2	45,2	100
Total	60271	100	100	

Tabla 5. Distribución por áreas sanitarias

Observamos como el área V cuenta con el 45.2% de los casos de este estudio, seguido del área III con el 28.1% y en tercer lugar el área IV con el 26.7%.

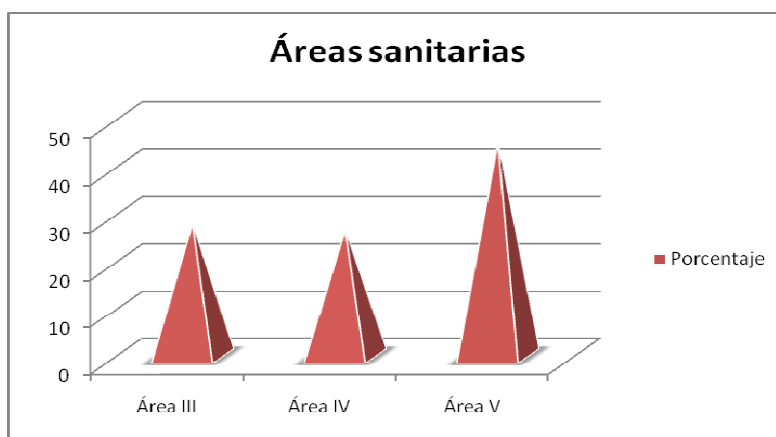


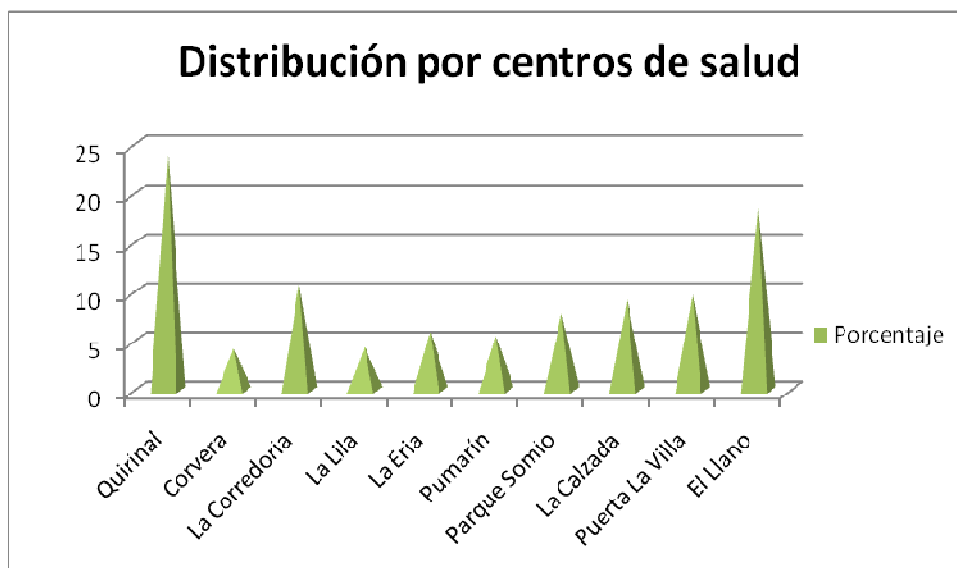
Gráfico 5. Distribución por áreas sanitarias.

4.2.7. Clasificación por centros de salud

En Oviedo son cuatro los centros que ven pacientes los fines de semana y festivos; La Corredoria, La Lila, Pumarín y La Eria. En Gijón los centros de salud que utilizan el TAP son también cuatro; Parque Somio, La Calzada, Puerta la Villa y El Llano. Finalmente en Avilés son los centros de salud de Quirinal y Corvera los que ven pacientes tras pasar por el triaje (TAP).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Quirinal	14444	24	24	24
Corvera	2507	4,2	4,2	28,1
La Corredoria	6521	10,8	10,8	38,9
La Lila	2655	4,4	4,4	43,3
La Eria	3592	6	6	49,3
Pumarín	3324	5,5	5,5	54,8
Parque Somio	4715	7,8	7,8	62,6
La Calzada	5575	9,2	9,2	71,9
Puerta La Villa	5817	9,7	9,7	81,5
El Llano	11121	18,5	18,5	100
Total	60271	100	100	

Tabla 6. Centros de salud con TAP



Gráfica 6. Distribución por centros de salud

A continuación podemos ver los centros de procedencia de los pacientes triados con nuestro sistema TAP.

Centros de origen				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Llano Ponte	2096	3,5	3,5	3,5
Sabugo	4126	6,8	6,8	10,3
Quirinal	2883	4,8	4,8	15,1
Magdalena	3754	6,2	6,2	21,3
Villalegre	1776	2,9	2,9	24,3
Corvera	2043	3,4	3,4	27,7
Cudillero	2	0	0	27,7
Pravia	9	0	0	27,7
Castrillon	35	0,1	0,1	27,7
Luanco	16	0	0	27,8
Noreña	21	0	0	27,8
Lugones	19	0	0	27,8

Pola de Siero	19	0	0	27,9
Nava	10	0	0	27,9
Salas	1	0	0	27,9
Grado	2	0	0	27,9
Riosa	8	0	0	27,9
Belmonte	4	0	0	27,9
Proaza	1	0	0	27,9
Vallobín	1227	2	2	30
Naranco	728	1,2	1,2	31,2
La Corredoria	5203	8,6	8,6	39,8
La Fresneda	6	0	0	39,8
La Lila	689	1,1	1,1	40,9
Somiedo	48	0,1	0,1	41
Paulino Prieto	380	0,6	0,6	41,7
La Eria	1422	2,4	2,4	44
El Cristo	890	1,5	1,5	45,5
Otero	582	1	1	46,5
Ventanielles	1814	3	3	49,5
Teatinos	1311	2,2	2,2	51,6
Pumarín	1315	2,2	2,2	53,8
Llanera	21	0	0	53,9
Zarracina	932	1,5	1,5	55,4
Parque Somio	2316	3,8	3,8	59,2
Villaviciosa	27	0	0	59,3
Laviada	1319	2,2	2,2	61,5
Montevil	2383	4	4	65,4
Candas	34	0,1	0,1	65,5
La Calzada	3721	6,2	6,2	71,7

Natahoyo	1585	2,6	2,6	74,3
Puerta la Villa	1652	2,7	2,7	77
Perchera	1364	2,3	2,3	79,3
Severo Ochoa	2374	3,9	3,9	83,2
Contrueces	2585	4,3	4,3	87,5
El Llano	3370	5,6	5,6	93,1
El Coto	1996	3,3	3,3	96,4
Otra área	777	1,3	1,3	97,7
Otra provincia	1375	2,3	2,3	100
Total	60271	100	100	

Tabla 7. Centros de salud de origen

4.2.8. Clasificación por aparatos según CIAP 2

Seguidamente vemos la clasificación de las distintas patologías, según la CIAP-2, en una tabla donde aparece la frecuencia y el porcentaje en los distintos grupos:

Motivo de consulta				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
OJOS Y ANEJOS	2573	4,3	4,3	4,3
PIEL Y FANERAS	6188	10,3	10,3	14,5
PROBLEMAS CARDIACOS O CIRCULATORIOS	42	0,1	0,1	14,6

PROBLEMAS DEL APARATO LOCOMOTOR	4054	6,7	6,7	21,3
PROBLEMAS DIGESTIVOS	5511	9,1	9,1	30,5
PROBLEMAS ENDOCRINOS, METABOLICOS O NUTRICION	4	0	0	30,5
PROBLEMAS GENERALES INESPECIFICOS	8987	14,9	14,9	45,4
PROBLEMAS GENTALES FEMENINOS	167	0,3	0,3	45,7
PROBLEMAS GENTALES MASCULINOS	299	0,5	0,5	46,2
PROBLEMAS NEUROLOGICOS	527	0,9	0,9	47
PROBLEMAS ORL	17621	29,2	29,2	76,3
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS	32	0,1	0,1	76,3
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	12847	21,3	21,3	97,6
PROBLEMAS SANGUÍNEOS E INMUNITARIOS	58	0,1	0,1	97,7
PROBLEMAS SOCIALES	446	0,7	0,7	98,5
PROBLEMAS URINARIOS	915	1,5	1,5	100
Total	60271	100	100	

Tabla 8. Distribución por aparatos (CIE 10)

En el siguiente gráfico podemos ver aún mejor como el grupo de “Problemas ORL” es el más frecuente (29.2%), seguido de “Problemas respiratorios” (21.3%) y

en tercer lugar “Problemas generales inespecíficos” (14.9%). Por otro lado el grupo por el que menos niños consultan es el de “Problemas endocrinos, metabólicos o nutrición” (4 pacientes), en segundo lugar “Problemas psicológicos/psiquiátricos” (32 pacientes/0.1%) y en tercer lugar “Problemas cardiocirculatorios” (42 pacientes/0.1%).

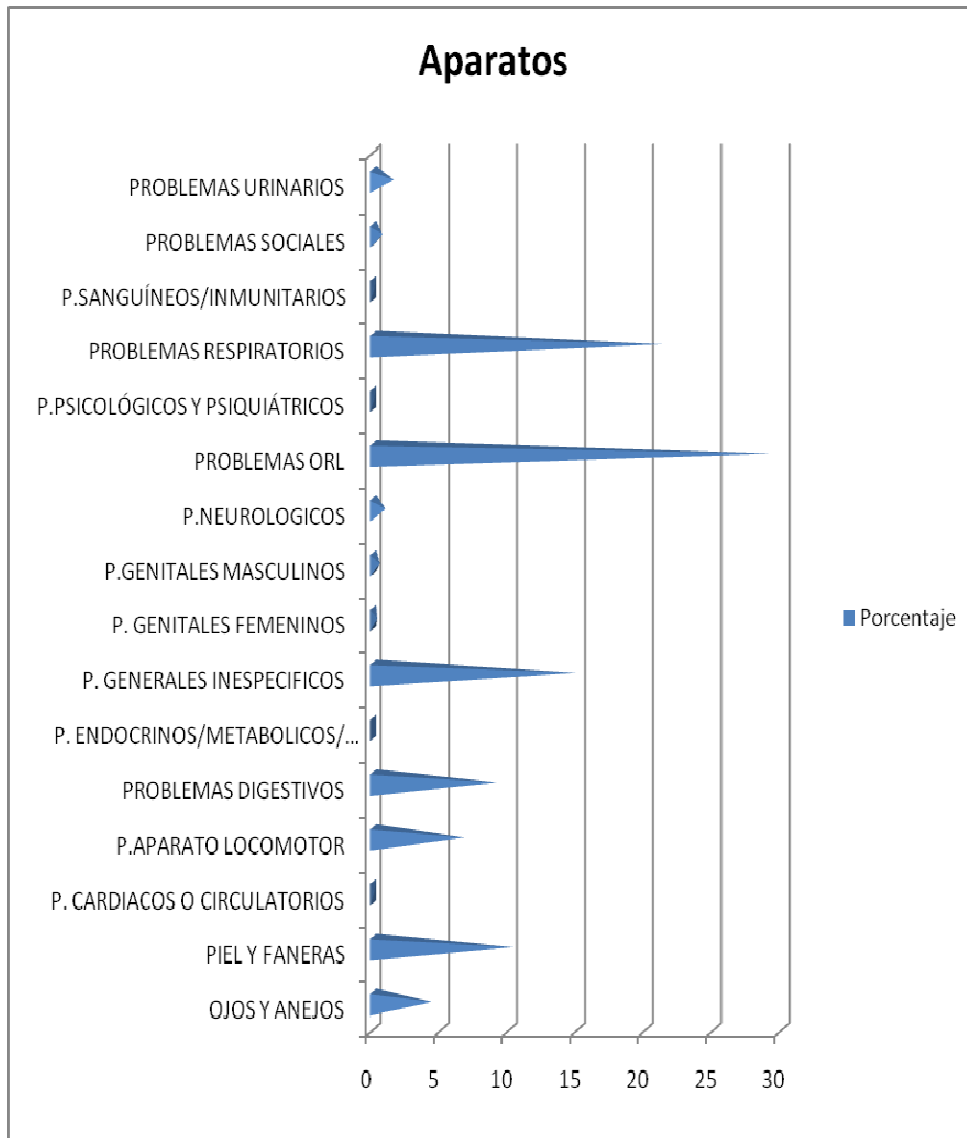


Gráfico 7. Distribución por aparatos

4.2.9. Clasificación por motivos de consulta

Vemos ahora dentro de cada grupo de la CIAP 2 los distintos motivos de consulta. Para ello creamos esta tabla ordenándolos de mayor a menor frecuencia.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
PATOLOGIA DE GARGANTA o NARIZ	11619	19,3	19,3	75,3
TOS	10787	17,9	17,9	94,2
FIEBRE (NIÑOS)	6706	11,1	11,1	34,7
LESIÓN CUTANEA AGUDA	4852	8,1	8,1	46,5
ENFERMEDADES DEL OIDO	4803	8	8	18
OJO ROJO ó DOLOROSO	2237	3,7	3,7	54,8
VÓMITOS Y PATOLOGÍA DEGLUTORIA	2181	3,6	3,6	100
EXTREMIDADES INFERIORES	1816	3	3	21,1
ALTERACIONES DEL HÁBITO INTESTINAL	1688	2,8	2,8	4,3
MALESTAR GENERAL	1570	2,6	2,6	50,8
EXTREMIDADES SUPERIORES	1529	2,5	2,5	23,6
DOLOR ABDOMINAL	1506	2,5	2,5	9,4
INFECCIÓN RESPIRATORIA	1225	2	2	36,8
INFECCIÓN URINARIA BAJA-ALTA (DISURIA, ...)	860	1,4	1,4	38,2
URGENCIAS BUCODENTALES	832	1,4	1,4	96,4
DISNEA	800	1,3	1,3	6,9
LESIÓN CUTÁNEA CRÓNICA	672	1,1	1,1	47,7

ALTERACIONES DE UÑAS,PELO,GLANDULAS	386	0,6	0,6	1,5
RECOGIDA DE RECETAS Y OTROS PAPELES	386	0,6	0,6	76,3
TRAUMATISMO CRANEAL o CERVICAL	378	0,6	0,6	95
DOLOR DE CABEZA o CEFALEA	326	0,5	0,5	9,9
COLUMNA TORACOLUMBAR	303	0,5	0,5	5,5
OTRAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS	278	0,5	0,5	55,4
OTRAS PATOLOGIAS ORL	267	0,4	0,4	56
ALERGIAS E INTOXICACIONES	260	0,4	0,4	0,5
ALTERACIONES EN EL PENE	218	0,4	0,4	4,7
INFECCIONES	185	0,3	0,3	38,5
LESIONES GENERALES	177	0,3	0,3	48
ALTERACIONES ANATOMICAS OCULARES	162	0,3	0,3	0,8
TRAUMATISMO CRANEAL	110	0,2	0,2	94,4
ALTERACIONES EN ORGANOS GENITALES INFERIORES	108	0,2	0,2	4,9
LESIONES ó TRAUMATISMOS OCULARES	99	0,2	0,2	48,2
PATOLOGÍA RECTAL	86	0,1	0,1	75,4
MIEDO A DIVERSAS PATOLOGÍAS	79	0,1	0,1	51
MAREOS	75	0,1	0,1	50,9
ENFERMEDAD DEL PABELLON ó CUERPOS EXTRAÑOS	69	0,1	0,1	10,1

ADENOPATIAS O LESIONES CUTANEAS	50	0,1	0,1	0,1
ALTERACIONES TESTICULARES	48	0,1	0,1	5
OTRAS LESIONES OCULARES	45	0,1	0,1	55
OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS	36	0,1	0,1	55,5
OTRAS PATOLOGÍAS NEUMOLÓGICAS	33	0,1	0,1	55,5
ALTERACIONES VISUALES	30	0	0	5
ALTERACIÓN DE LA AUDICIÓN	29	0	0	0,6
OTRAS ALTERACIONES DEL APARATO GENITAL MASCULINO	29	0	0	54,9
ALTERACIONES DEL ÁNIMO	27	0	0	1,5
LESIONES DEL TRACTO URINARIO	25	0	0	47,7
OTRAS ALTERACIONES DEL APARATO GENITAL FEMENINO	24	0	0	54,8
DOLOR TORÁCICO	21	0	0	9,9
PROBLEMAS DE RELACION FAMILIAR o DE AMIGOS	19	0	0	75,5
NIÑO CON COJERA	17	0	0	51,1
PROBLEMAS EN LAS MAMAS	17	0	0	75,6
PROBLEMAS LEGALES	16	0	0	75,6
OTROS PROBLEMAS SOCIALES o BUROCRÁTICOS	15	0	0	56
SANGRADOS ó HEMORRAGIAS	13	0	0	76,3

PROBLEMAS MENSTRUALES	12	0	0	75,6
OTRAS ALTERACIONES URINARIAS	11	0	0	54,9
POLITRAUMATIZADO	11	0	0	75,5
ARRITMIAS CARDIACAS o PALPITACIONES	10	0	0	5
OTRAS PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS	9	0	0	55,6
COLICO RENAL o HEMATURIA	7	0	0	5
NIÑO MALTRATADO	7	0	0	51,1
ALTERACION ANALITICA URINARIA	6	0	0	0,5
PERDIDA DE CONOCIMIENTO	6	0	0	75,5
PROBLEMAS CON LA TENSIÓN ARTERIAL	6	0	0	75,5
RETENCIÓN URINARIA	6	0	0	76,3
ALTERACIONES DEL MOVIMIENTO	5	0	0	4,3
SÍNDROME GENERAL	5	0	0	76,3
ALTERACIONES VASCULARES PERIFÉRICAS	4	0	0	5
DOLOR TORACICO	4	0	0	10
INFECCIONES o ETS	4	0	0	38,5
OTRAS ALTERACIONES SANGUÍNEAS	3	0	0	54,9
OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIATRICAS	3	0	0	56
PROBLEMAS DE LA ESFERA SEXUAL	3	0	0	75,5
ALTERACIONES DEL APETITO o DE LA SED	2	0	0	1,5
EXPECTORACIÓN CON SANGRE	2	0	0	18

FOCALIDAD NEUROLÓGICA	2	0	0	34,7
MAREOS O VERTIGO	2	0	0	50,9
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO	2	0	0	75,6
PROBLEMAS SECUNDARIOS A DROGAS o ABUSO DE FÁRMACOS	2	0	0	75,6
PROBLEMAS SOCIO-CULTURALES O DE EDUCACIÓN	2	0	0	75,6
HIPERGLUCEMIA O SINTOMAS DE HIPERGLUCEMIA	1	0	0	34,7
MASA ABDOMINAL	1	0	0	50,9
OTRAS PATOLOGÍAS CIRCULATORIAS	1	0	0	55
PROBLEMAS LABORALES	1	0	0	75,6
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PARTO/PUERPERIO	1	0	0	75,6
PROBLEMAS TIROIDEOS	1	0	0	75,6
Total	60271	100	100	

Tabla 9. Motivos de consulta frecuencia/porcentaje

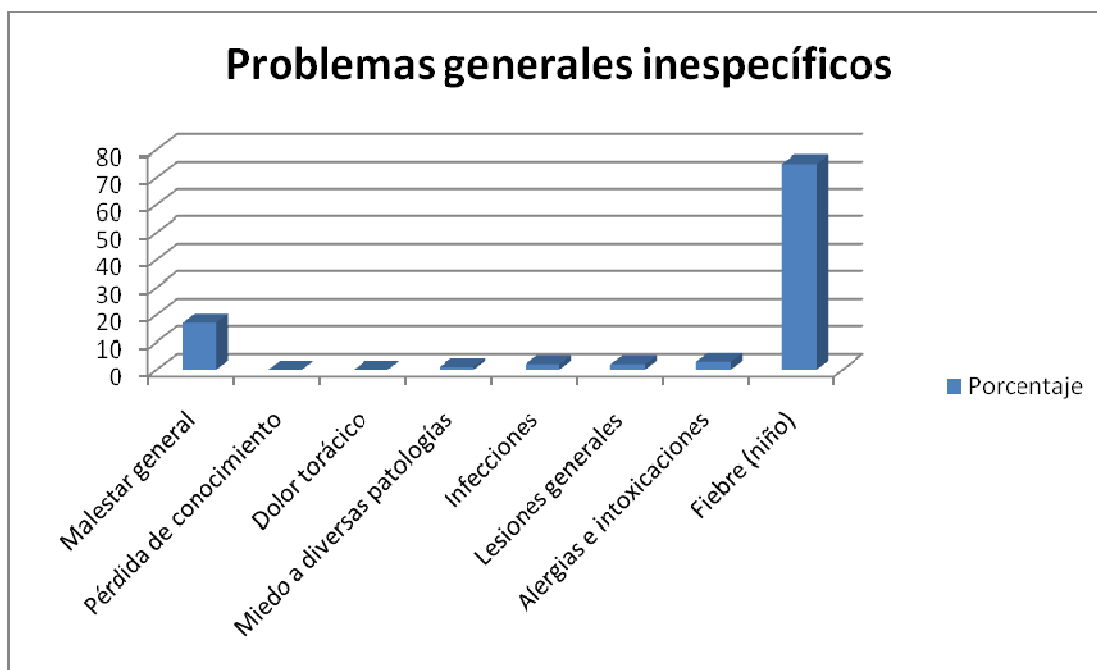
A continuación iremos analizando, aparato por aparato, los dieciséis grupos en que divide al CIAP 2 todos los posibles motivos por los que un paciente, en este caso un niño, acude a consulta, en nuestro caso de urgencias de Atención Primaria.

4.2.9.1. Problemas generales inespecíficos

Analizamos los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas generales inespecíficos:

Problemas generales inespecíficos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malestar general	1570	17	17	17
Pérdida de conocimiento	6	0	0	17
Dolor torácico	4	0	0	17
Miedo a diversas patologías	79	1	1	18
Infecciones	185	2	2	20
Lesiones generales	177	2	2	22
Alergias e intoxicaciones	260	3	3	25
Fiebre (niño)	6706	75	75	100
Total	8987	100	100	

Tabla 10. Distribución en problemas generales inespecíficos



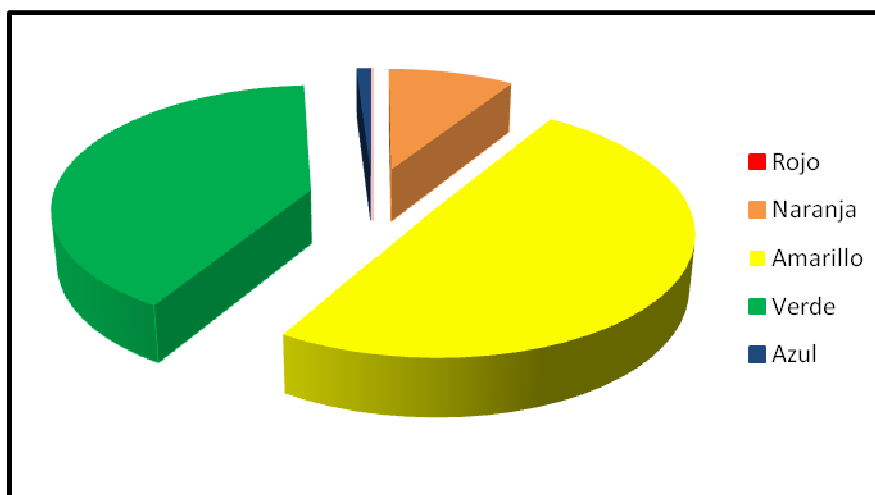
Gráfica 8. Distribución en problemas generales inespecíficos

Vemos así que el principal motivo de consulta dentro de este grupo es “Fiebre” con un porcentaje del 75%. Es decir, tres de cada cuatro niños que consultan por “Problemas generales inespecíficos” lo hacen por “Fiebre”. Seguido a una gran distancia por “Malestar general” con un 17%.

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	6	0	0	0
Naranja	850	9	9	9
Amarillo	4372	49	49	58
Verde	3632	40	40	98
Azul	127	1	1	100
Total	8987	100	100	

Tabla 11. Niveles de triaje en problemas generales inespecíficos



Gráfica 9. Porcentaje de niveles triaje en problemas generales inespecíficos

Observamos que los más frecuentes son los pacientes de nivel 3 (amarillo) con un 49%, seguidos de cerca el nivel 4 (40%).

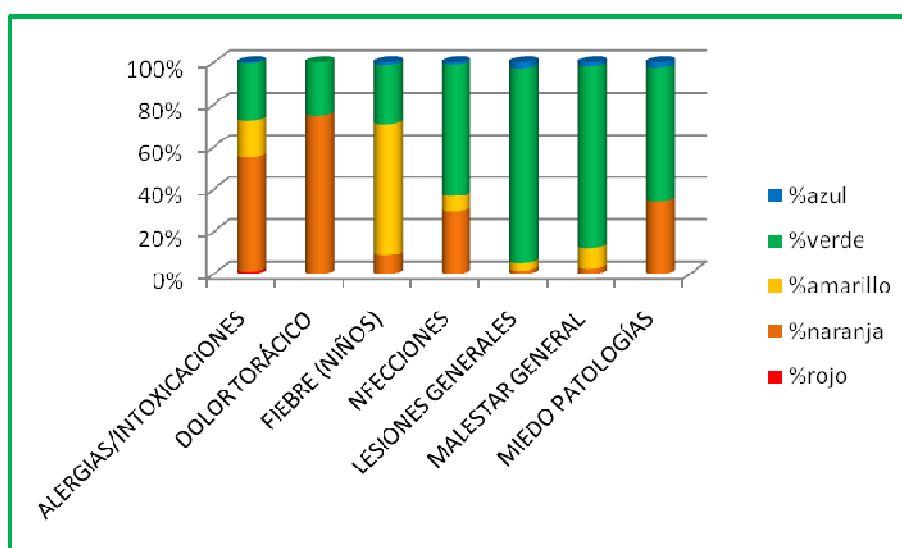
Seguidamente vemos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas generales inespecíficos:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALERGIAS E INTOXICACIONES	3	141	44	71	1
DOLOR TORÁCICO	0	3	0	1	0
FIEBRE (NIÑOS)	2	577	4156	1884	87
INFECCIONES	0	55	13	115	2
LESIONES GENERALES	0	3	6	163	5
MALESTAR GENERAL	1	39	153	1348	29
MIEDO A DIVERSAS PATOLOGÍAS	0	27	0	50	2

Tabla 12. Niveles de triaje en problemas generales inespecíficos

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALERGIAS/INTOXICACIONES	1	54	17	27	0
DOLOR TORÁCICO	0	75	0	25	0
FIEBRE (NIÑOS)	0	9	62	28	1
INFECCIONES	0	30	7	62	1
LESIONES GENERALES	0	2	3	92	3
MALESTAR GENERAL	0	2	10	86	2
MIEDO PATOLOGÍAS	0	34	0	63	3

Tabla 13. Porcentaje de niveles de triaje en problemas generales inespecíficos



Gráfica 10. Porcentaje de niveles de triaje en problemas generales inespecíficos (motivo consulta)

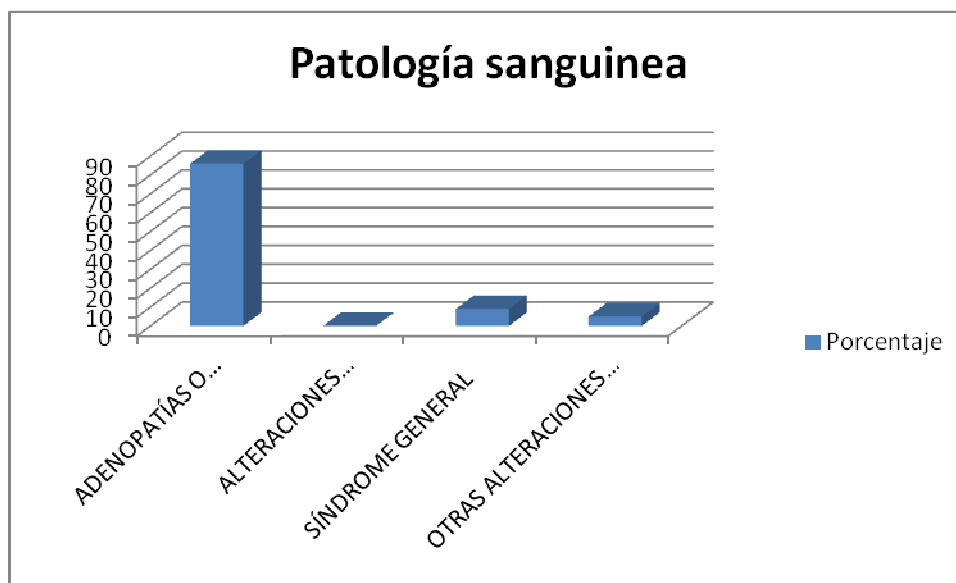
Podemos ver que el motivo de consulta más frecuente, que como decíamos era “Fiebre”, el 62% se clasifican con nivel 3 (amarillo) y las más urgente (nivel 1/rojo) corresponden a “Alergias e intoxicaciones” en primer lugar.

4.2.9.2 Problemas sanguíneos e inmunitarios

Ahora analizamos los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas sanguíneos e inmunitarios.

Patologías Sanguíneas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ADENOPATÍAS O LESIONES CUTÁNEAS	50	86	86	86
ALTERACIONES ANALÍTICAS	0	0	0	86
SÍNDROME GENERAL	5	9	9	95
OTRAS ALTERACIONES SANGUÍNEAS	3	5	5	100
Total	58	100	100	

Tabla 14. Distribución en problemas sanguíneos e inmunitarios



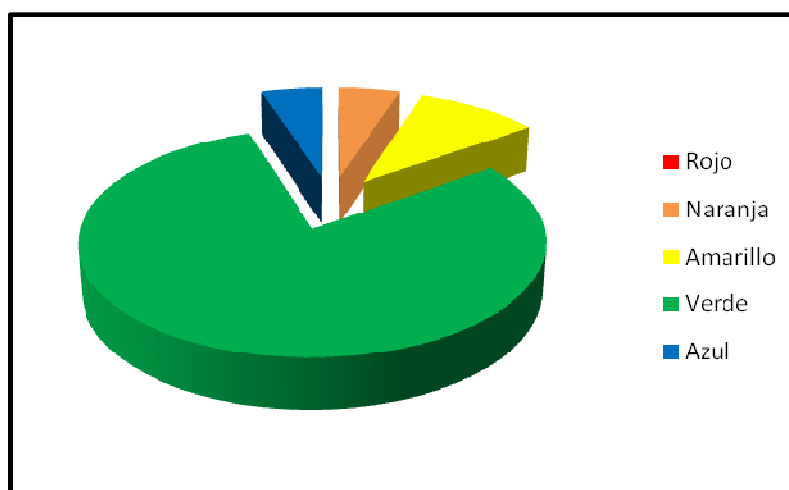
Gráfica 11. Distribución en problemas sanguíneos e inmunitarios

El principal motivo de consulta es “Adenopatías o lesiones cutáneas” representando el 86% de los motivos de consulta dentro de este grupo. Muy por delante de “Síndrome general” que está en segundo lugar con el 9%.

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	0	0	0	0
Naranja	3	5	5	5
Amarillo	6	10	10	15
Verde	46	79	79	94
Azul	3	5	5	100
Total	58	100	100	

Tabla 15. Niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios



Gráfica 12. Niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios

Vemos como la gran mayoría (79%) tienen un nivel 4 (verde). No aparece ningún paciente con nivel 1.

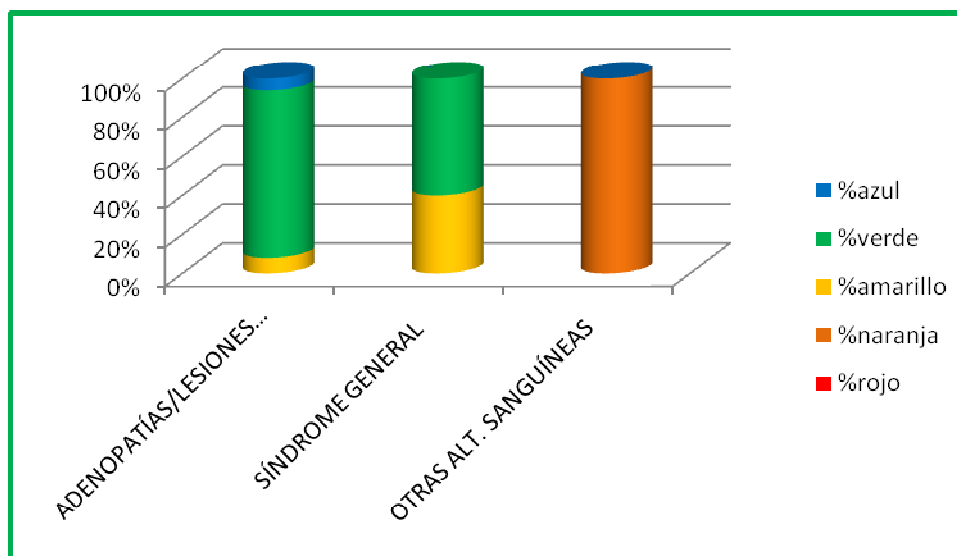
Si ahora estudiamos los niveles de triaje por motivo de consulta dentro de este grupo podemos observar los siguientes datos:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ADENOPATÍAS O LESIONES CUTANEAS	0	0	4	43	3
SÍNDROME GENERAL	0	0	2	3	0
OTRAS ALTERACIONES SANGUÍNEAS	0	3	0	0	0

Tabla 16. Niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ADENOPATÍAS/LESIONES CUTANEAS	0	0	8	86	6
SÍNDROME GENERAL	0	0	40	60	0
OTRAS ALT. SANGUÍNEAS	0	100	0	0	0

Tabla 17. Porcentaje de niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios



Gráfica 13. Niveles de triaje en problemas sanguíneos e inmunitarios (motivo consulta)

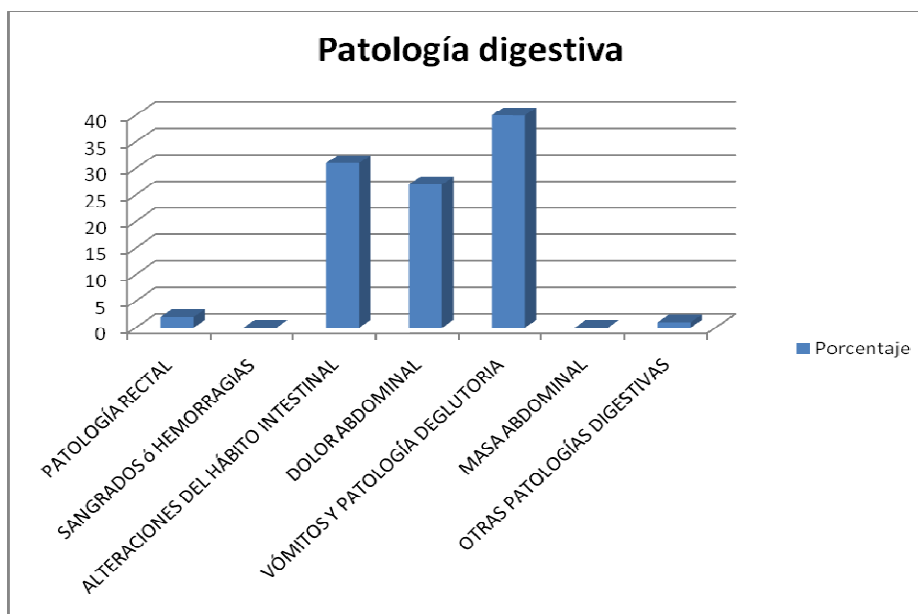
4.2.9.3. Problemas digestivos

A continuación analizamos los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas digestivos.

Patologías Digestivas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PATOLOGÍA RECTAL	86	2	2	2
SANGRADOS ó HEMORRAGIAS	13	0	0	2
ALTERACIONES DEL HÁBITO INTESTINAL	1688	31	31	33
DOLOR ABDOMINAL	1506	27	27	60
VÓMITOS Y PATOLOGÍA DEGLUTORIA	2181	40	40	100
MASA ABDOMINAL	1	0	0	100
OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS	36	1	1	100
Total	5511	100	100	

Tabla 18. Distribución de patología digestiva

Vemos como el 40% consultan por “Vómitos y patología deglutoria” seguido de “Alteraciones del hábito intestinal” con un 31% y en tercer lugar “Dolor abdominal”.

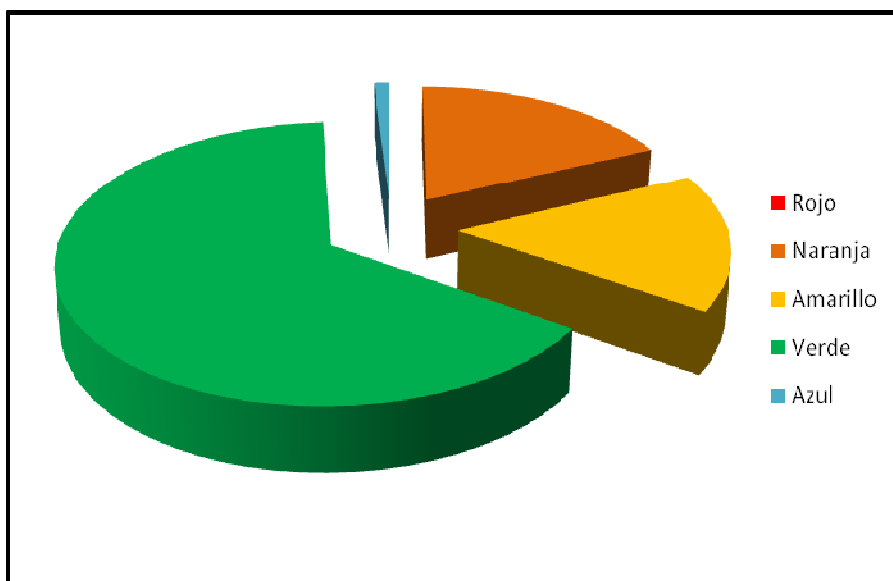


Gráfica 14. Distribución en patología digestiva

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rojo	10	0	0	0
Naranja	988	18	18	18
Amarillo	880	16	16	34
Verde	3482	64	64	98
Azul	49	1	1	100

Tabla 19. Nivel de triaje en patología digestiva



Gráfica 15. Porcentaje de nivel de triaje en patología digestiva

Observamos cómo el 64% de los pacientes que consultan por motivos digestivos reciben un nivel de triaje verde.

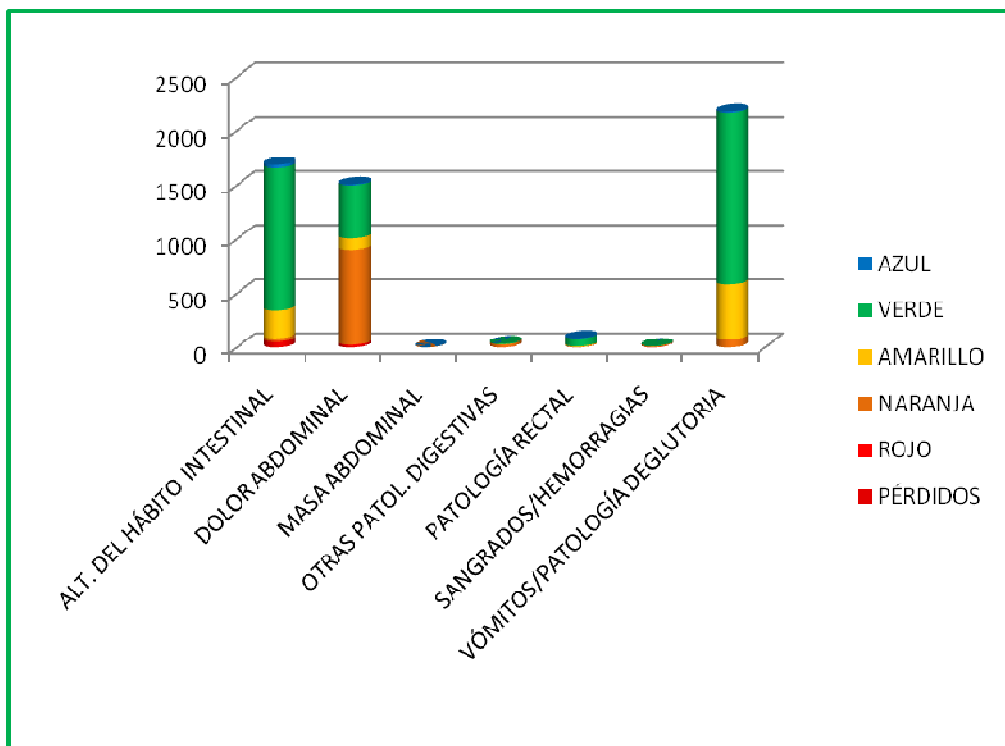
Seguidamente vemos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas digestivos:

	PÉRDIDOS	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES DEL HÁBITO INTESTINAL	54	0	30	256	1319	29
DOLOR ABDOMINAL	17	7	877	105	493	7
MASA ABDOMINAL	0	0	1	0	0	0
OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS	0	1	26	1	8	0
PATOLOGÍA RECTAL	1	0	2	8	72	3
SANGRADOS ó HEMORRAGIAS	0	2	8	1	2	0
VÓMITOS Y PATOLOGÍA DEGLUTORIA	0	0	74	509	1588	10

Tabla 20. Nivel de triaje según motivo de consulta digestivo

	Rojo	Naranja	Amarillo	Verde	Azul
ALTERACIONES DEL HÁBITO INTESTINAL	0	2	16	81	2
DOLOR ABDOMINAL	0	59	7	33	0
MASA ABDOMINAL	0	100	0	0	0
OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS	3	72	3	22	0
PATOLOGÍA RECTAL	0	2	9	85	4
SANGRADOS ó HEMORRAGIAS	15	62	8	15	0
VÓMITOS/ PATOLOGÍA DEGLUTORIA	0	3	23	73	0

Tabla 21. Porcentaje de nivel de triaje según motivo de consulta digestivo



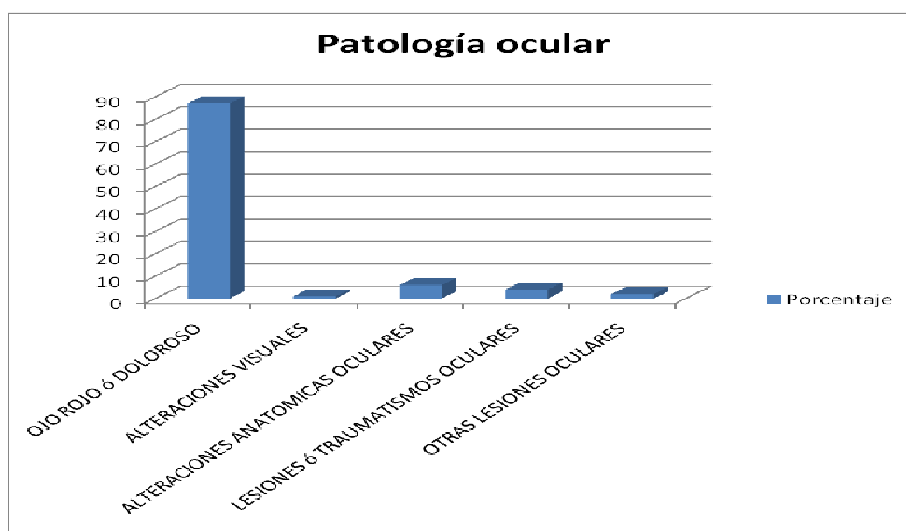
Gráfica 16. Porcentaje de nivel de triaje en patología digestiva (motivo de consulta).

4.2.9.4. Ojos y anejos

Vamos a analizar los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en la patología de ojos y anejos.

Problemas Oculares	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
OJO ROJO ó DOLOROSO	2237	87	87	87
ALTERACIONES VISUALES	30	1	1	88
ALTERACIONES ANATOMICAS OCULARES	162	6	6	94
LESIONES ó TRAUMATISMOS OCULARES	99	4	4	98
OTRAS LESIONES OCULARES	45	2	2	100
Total	2573	100	100	

Tabla 22. Distribución patología ojos y anejos



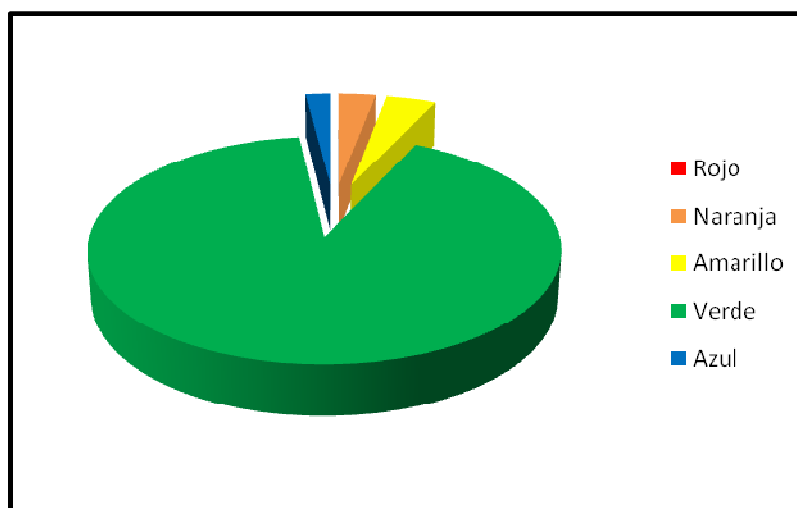
Gráfica 17. Distribución en patología de ojos y anejos

Dentro de este grupo el principal motivo de consulta es “Ojo rojo o doloroso” (87%).

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	1	0	0	0
Naranja	89	3	3	3
Amarillo	100	4	4	7
Verde	2337	91	91	98
Azul	46	2	2	100
Total	2573	100	100	

Tabla 23. Niveles de triaje en patologías de ojos y anejos



Gráfica 18. Porcentaje de niveles de triaje en patología de ojos y anejos

La mayoría de los pacientes que consulta por problemas oftalmológicos tiene un nivel 4 (verde), el 91%. Sólo un 3% tiene nivel naranja.

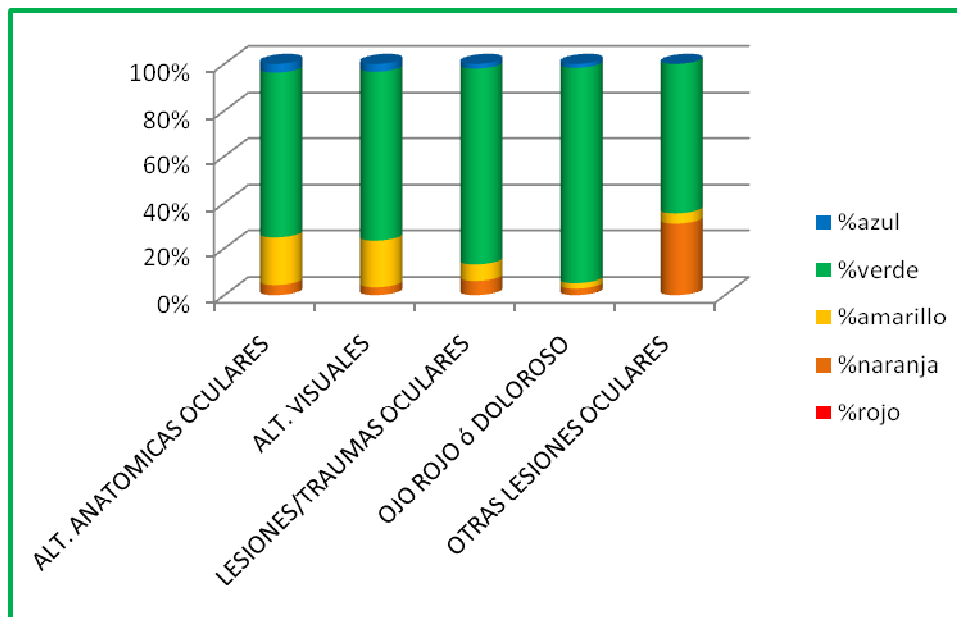
A continuación vemos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas oftalmológicos:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES ANATOMICAS OCULARES	0	7	33	116	6
ALTERACIONES VISUALES	0	1	6	22	1
LESIONES ó TRAUMATISMOS OCULARES	0	6	7	84	2
OJO ROJO ó DOLOROSO	1	61	52	2086	37
OTRAS LESIONES OCULARES	0	14	2	29	0

Tabla 24. Niveles de triaje en patología oftalmológica

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALT. ANATOMICAS OCULARES	0	4	20	72	4
ALT. VISUALES	0	3	20	73	3
LESIONES/TRAUMAS OCULARES	0	6	7	85	2
OJO ROJO ó DOLOROSO	0	3	2	93	2
OTRAS LESIONES OCULARES	0	31	4	64	0

Tabla 25. Porcentaje de niveles de triaje en patología oftalmológica



Gráfica 19. Porcentaje de niveles de triaje en patología oftalmológica (motivo consulta)

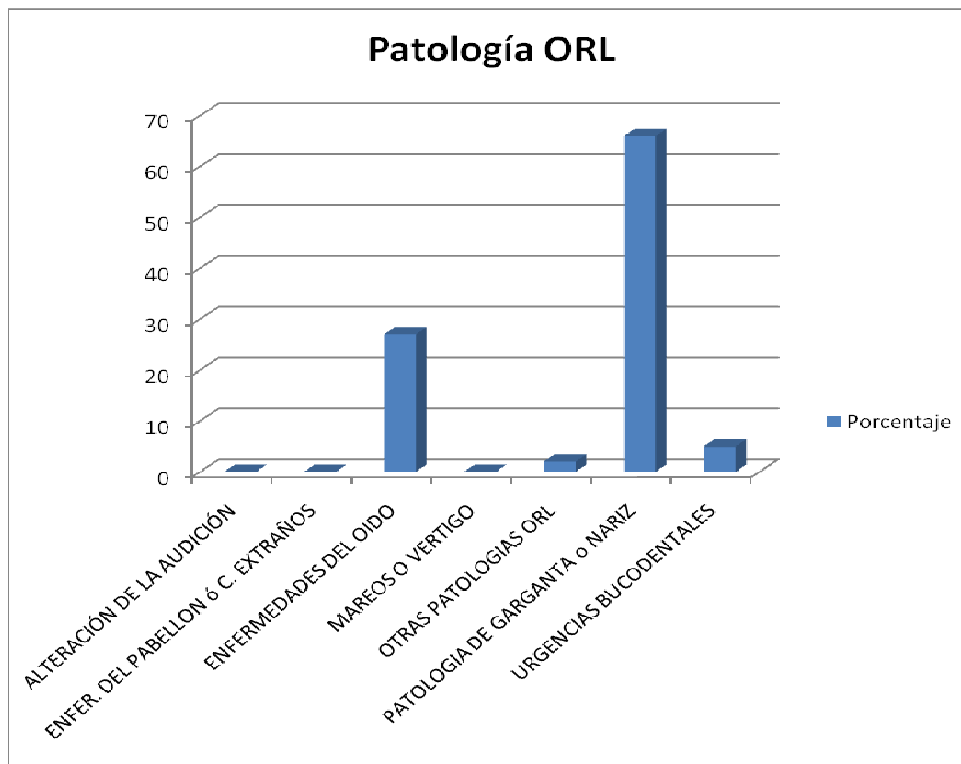
El 93% de los pacientes que consultan por “Ojo rojo”, patología más frecuente en este grupo, obtiene un nivel 4 de triaje. Siendo este el nivel más frecuente en todos los motivos de consulta de este grupo.

4.2.9.5. Problemas ORL

Seguidamente analizamos los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas otorrinolaringológicos.

Patologías ORL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ALTERACIÓN DE LA AUDICIÓN	29	0	0	0
ENFERMEDAD DEL PABELLON ó CUERPOS EXTRAÑOS	69	0	0	0
ENFERMEDADES DEL OIDO	4803	27	27	27
MAREOS O VERTIGO	2	0	0	27
OTRAS PATOLOGIAS ORL	267	2	2	29
PATOLOGIA DE GARGANTA o NARIZ	11619	66	66	95
URGENCIAS BUCODENTALES	832	5	5	100
Total	17621	100	100	

Tabla 26. Distribución de problemas ORL



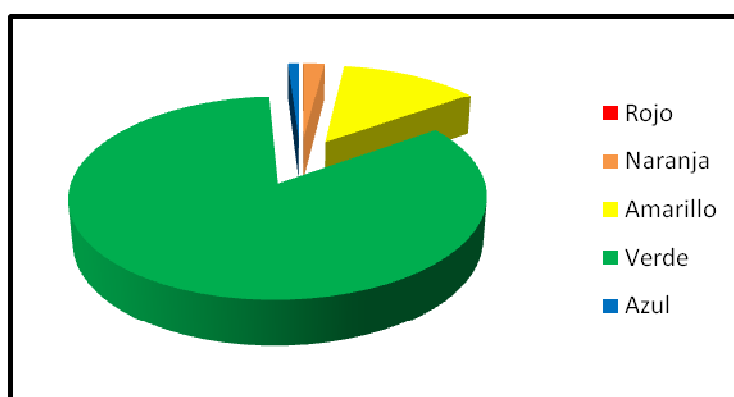
Gráfica 20. Distribución en problemas ORL

Dentro de los “Problemas ORL” el principal motivo de consulta es por “Patología de garganta y nariz” (66%) y en segundo lugar por “Enfermedades del oído” (27%).

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	3	0	0	0
Naranja	417	2	2	2
Amarillo	2247	13	13	15
Verde	14699	83	83	98
Azul	255	1	1	100
Total	17621	100	100	

Tabla 27. Niveles de triaje de patología ORL



Gráfica 21. Porcentaje de niveles de triaje de patología ORL

La gran mayoría tienen un nivel 4 (verde), concretamente un 83%. Sólo el 2% tienen un nivel 2. La mitad de estos pacientes con nivel 2 acuden por “Mareo o vértigo”.

A continuación observamos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas otorrinolaringológicos:

	PÉRDIDOS	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIÓN DE LA AUDICIÓN	0	0	0	3	25	1
ENFERMEDAD DEL PABELLON ó CUERPOS EXTRAÑOS	0	0	4	7	54	4
ENFERMEDADES DEL OIDO	0	1	45	694	4014	49
MAREOS O VERTIGO	0	0	1	0	1	0
OTRAS PATOLOGIAS ORL	0	0	5	35	219	8
PATOLOGIA DE GARGANTA o NARIZ	0	2	340	1452	9645	180
URGENCIAS BUCODENTALES	0	0	22	56	741	13

Tabla 28. Niveles de triaje en patología ORL

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALTERACIÓN DE LA AUDICIÓN	0	0	10	86	3
ENF.PABELLON/CUERPOS EXTRAÑOS	0	6	10	78	6
ENF. DEL OIDO	0	1	14	84	1
MAREOS O VERTIGO	0	50	0	50	0
OTRAS PATOLOGIAS ORL	0	2	13	82	3
PATOL. DE GARGANTA/NARIZ	0	3	12	83	2
URGENCIAS BUCODENTALES	0	3	7	89	2

Tabla 29. Porcentaje de niveles de triaje en patología ORL

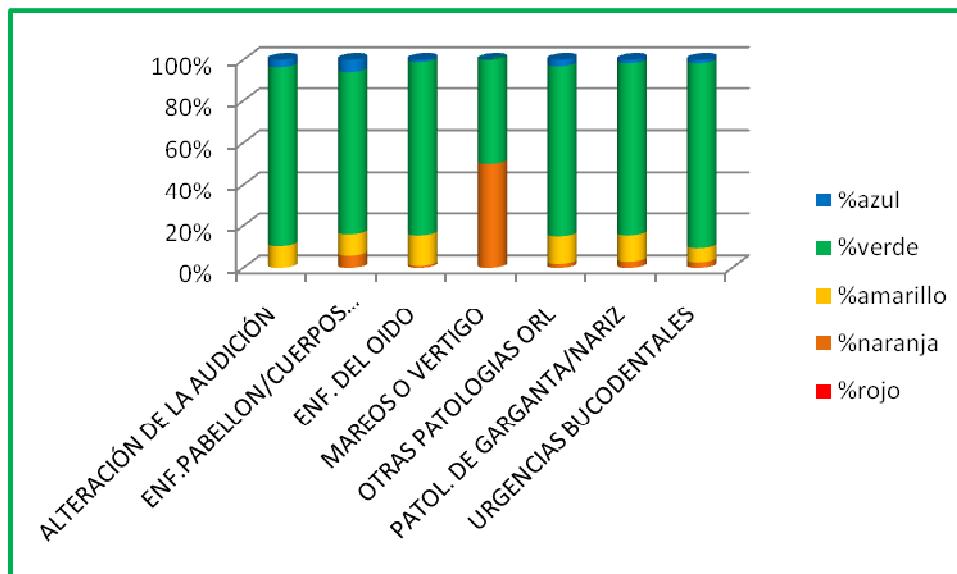


Gráfico 22. Porcentaje de niveles de triaje en patología ORL (motivo consulta)

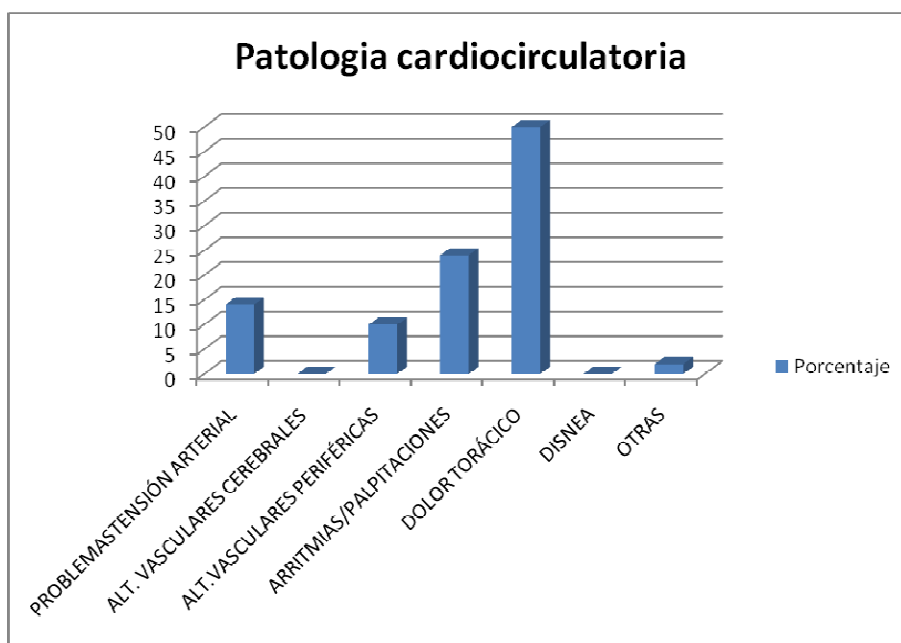
El 83% de los niños que consultan por “Problemas de garganta/nariz” obtienen un nivel 4 de triaje y sólo un 3% un nivel 2. No hay paciente clasificados como rojos en este grupo. El 50% de los niños que consultan por “Mareo/vértigo” son triados como naranjas.

4.2.9.6. Problemas cardiacos y circulatorios

Dentro de este grupo podemos ver en la siguiente tabla las frecuencias y porcentajes de los distintos motivos de consulta.

Patologías Cardiocirculatorias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PROBLEMAS CON LA TENSIÓN ARTERIAL	6	14	14	14
ALTERACIONES VASCULARES CEREBRALES	0	0	0	14
ALTERACIONES VASCULARES PERIFÉRICAS	4	10	10	24
ARRITMIAS CARDIACAS o PALPITACIONES	10	24	24	48
DOLOR TORÁCICO	21	50	50	98
DISNEA	0	0	0	98
OTRAS PATOLOGÍAS CIRCULATORIAS	1	2	2	100
Total	42	100	100	

Tabla 30. Distribución de problemas cardiocirculatorios



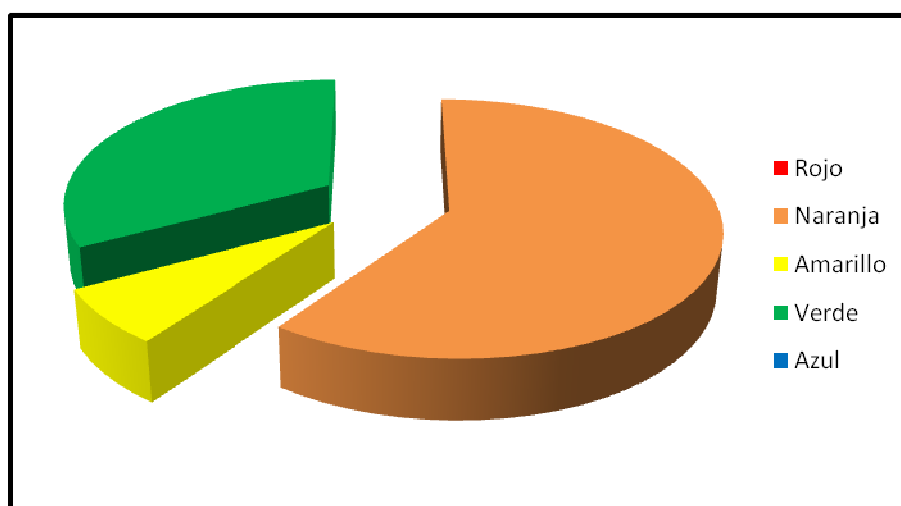
Gráfica 23. Distribución en problemas cardiocirculatorios

Observamos que el principal motivo de consulta es el “Dolor torácico”, correspondiendo al 50% de los pacientes que consultan por problemas cardiacos y circulatorios.

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	0	0	0	0
Naranja	25	60	60	60
Amarillo	3	7	7	67
Verde	14	33	33	100
Azul	0	0	0	100
Total	42	100	100	

Tabla 31. Niveles de triaje de patología cardiocirculatoria



Gráfica 24. Porcentaje de niveles de triaje de patología cardiocirculatoria

Si valoramos los niveles de triaje podemos ver, entre otros datos, que el 60% tienen un nivel 2 (naranja) y no hubo ningún paciente con nivel 1 y tampoco con nivel 5.

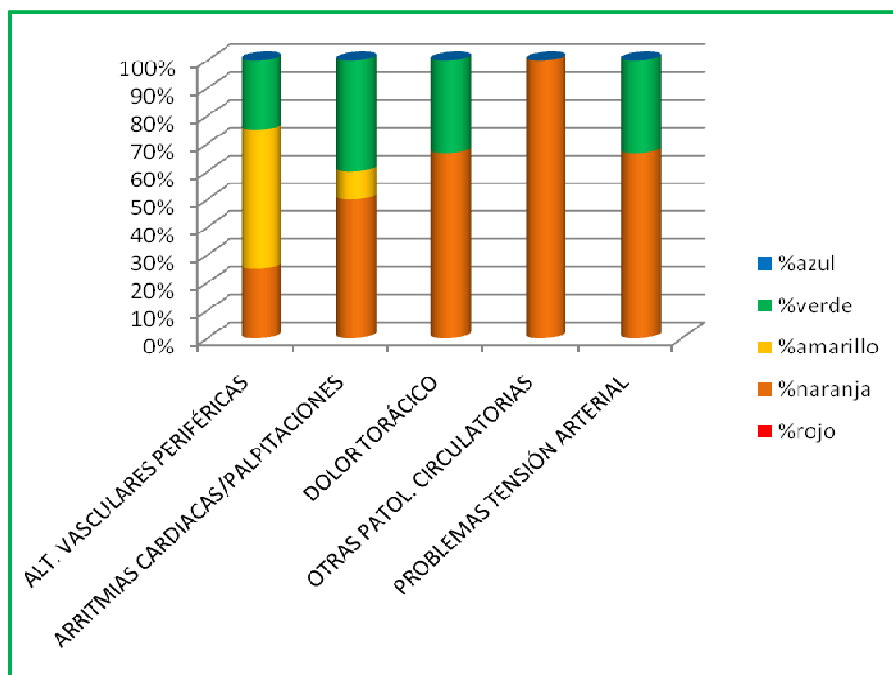
Las siguientes tablas nos muestran la frecuencia y porcentaje de los niveles de triaje en relación con los distintos motivos de consulta dentro de los problemas cardiocirculatorios.

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES VASCULARES PERIFÉRICAS	0	1	2	1	0
ARRITMIAS CARDIACAS o PALPITACIONES	0	5	1	4	0
DOLOR TORÁCICO	0	14	0	7	0
OTRAS PATOLOGÍAS CIRCULATORIAS	0	1	0	0	0
PROBLEMAS CON LA TENSIÓN ARTERIAL	0	4	0	2	0

Tabla 32. Niveles de triaje en patología cardiocirculatoria

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALT. VASCULARES PERIFÉRICAS	0	25	50	25	0
ARRITMIAS CARDIACAS/PALPITACIONES	0	50	10	40	0
DOLOR TORÁCICO	0	67	0	33	0
OTRAS PATOL. CIRCULATORIAS	0	100	0	0	0
PROBLEMAS TENSIÓN ARTERIAL	0	67	0	33	0

Tabla 33. Porcentaje de niveles de triaje en patología cardiocirculatoria



Gráfica 25. Porcentaje de niveles de triaje en problemas cardiocirculatorios (motivo consulta)

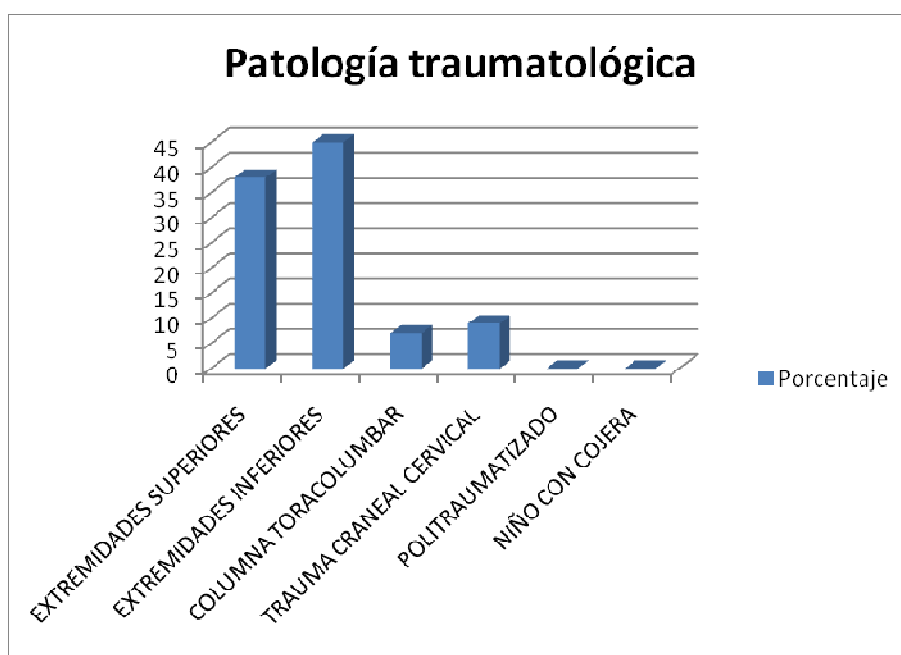
Vemos en todos los motivos de consulta un porcentaje importante de nivel 2 (67% en “Dolor torácico” y 100% en “Otras alteraciones circulatorias”) y una ausencia de pacientes con nivel 5. Lo cual nos permite hacernos una idea de la urgencia que suelen tener los pacientes que consultan por problemas cardiocirculatorios.

4.2.9.7. Problemas del aparato locomotor

En la siguiente tabla observamos la frecuencia y porcentaje de los motivos de consulta dentro de este apartado de aparato locomotor.

Problemas Traumatológicos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EXTREMIDADES SUPERIORES	1529	38	38	38
EXTREMIDADES INFERIORES	1816	45	45	83
COLUMNA TORACOLUMBAR	303	7	7	90
TRAUMATISMO CRANEAL o CERVICAL	378	9	9	99
POLITRAUMATIZADO	11	0	0	100
NIÑO CON COJERA	17	0	0	
Total	4054	100	100	

Tabla 34. Distribución de problemas del aparato locomotor



Gráfica 26. Distribución de problemas traumatológicos

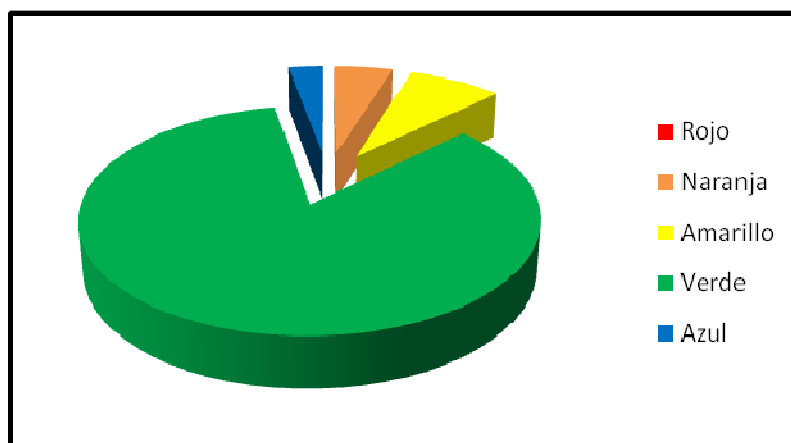
Las consultas por extremidades inferiores representan el 45% de los motivos de consulta, y si le sumamos el 38% que representan las consultas por extremidades

superiores, veremos que son el principal motivo de consulta dentro de este grupo (83%).

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	0	0%	0	0
Naranja	184	5%	5	5
Amarillo	310	8%	8	13
Verde	3458	85%	85	98
Azul	102	3%	3	100
Total	4054	100%	100	

Tabla 35. Niveles de triaje en patología apt.locomotor



Gráfica 27. Porcentaje de niveles de triaje en patología apt.locomotor

Vemos que el 85% tienen un nivel 2 (verde) y un 5% un nivel 2 (naranja).

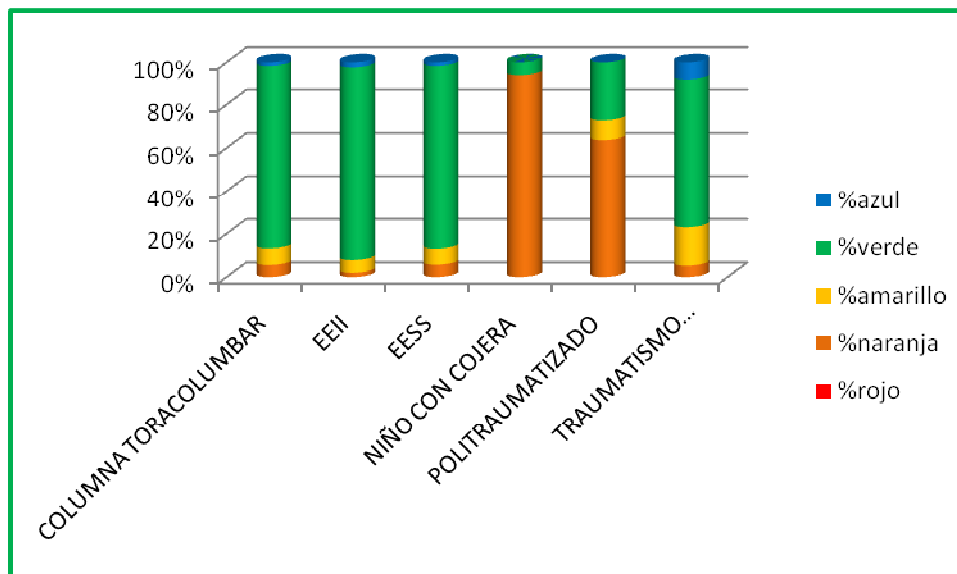
Si ahora estudiamos los niveles de triaje por motivo de consulta dentro de este grupo podemos observar los siguientes datos:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
COLUMNA TORACOLUMBAR	0	17	23	258	5
EXTREMIDADES INFERIORES	0	36	107	1631	42
EXTREMIDADES SUPERIORES	0	88	112	1304	25
NIÑO CON COJERA	0	16	0	1	0
POLITRAUMATIZADO	0	7	1	3	0
TRAUMATISMO CRANEAL o CERVICAL	0	20	67	261	30

Tabla 36. Niveles de triaje en patología traumatológica

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
COLUMNA TORACOLUMBAR	0	6	8	85	2
EEII	0	2	6	90	2
EESS	0	6	7	85	2
NIÑO CON COJERA	0	94	0	6	0
POLITRAUMATIZADO	0	64	9	27	0
T. CRANEAL/CERVICAL	0	5	18	69	8

Tabla 37. Porcentaje de niveles de triaje en patología traumatológica



Gráfica 28. Porcentaje de niveles de triaje en patología traumatólica (motivos de consulta)

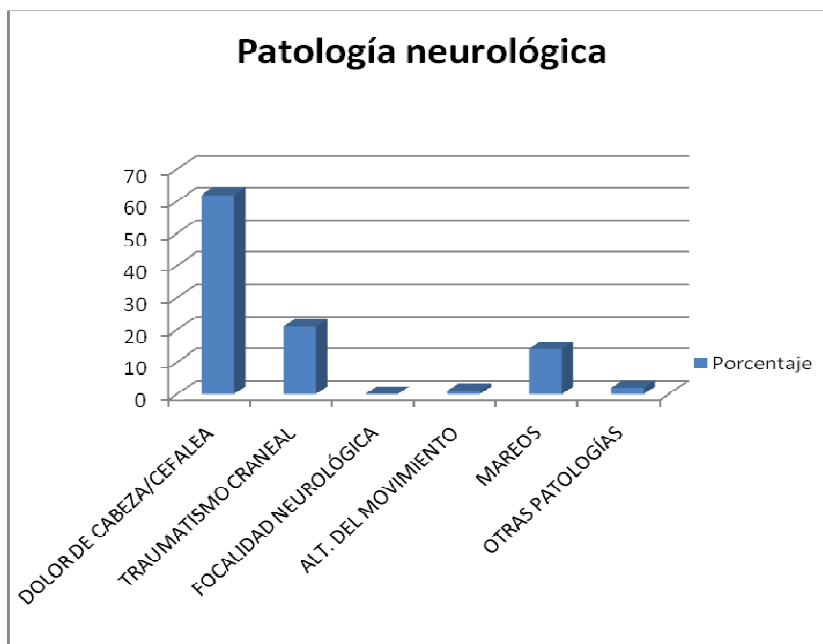
En este gráfico podemos comprobar cómo en las patologías más consultadas, que decíamos eran las de extremidades, predomina el nivel 4 (verde). En cambio en otras menos frecuentes como “Niño con cojera” o “Politrauma” predomina el nivel 2 (naranja).

4.2.9.8. Problemas neurológicos

Seguidamente analizamos los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficos donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas neurológicos.

Patologías Neurológicas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DOLOR DE CABEZA o CEFALEA	326	62	62	62
TRAUMATISMO CRANEAL	110	21	21	83
FOCALIDAD NEUROLÓGICA	2	0	0	83
ALTERACIONES DEL MOVIMIENTO	5	1	1	84
MAREOS	75	14	14	98
OTRAS PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS	9	2	2	100
Total	527	100	100	

Tabla 38. Distribución de problemas neurológicos



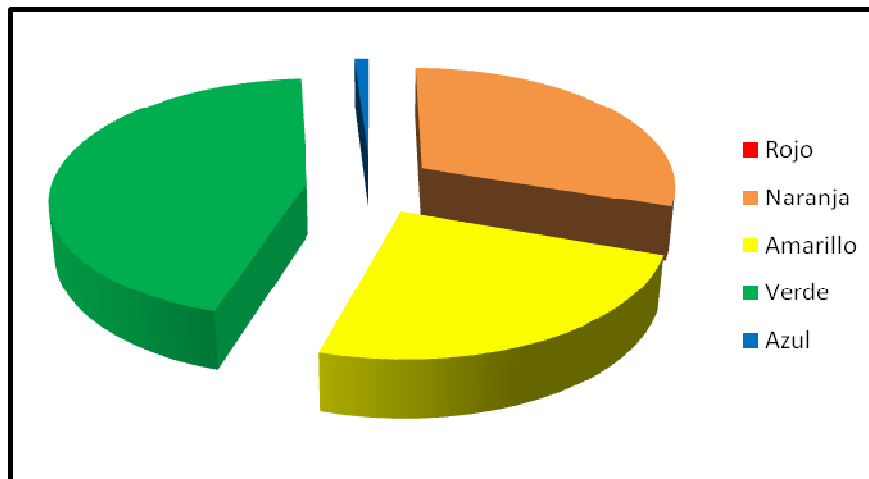
Gráfica 29. Distribución en problemas neurológicos

Podemos observar que el grupo más frecuente es “Dolor de cabeza o cefalea” con un 62%.

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	1	0%	0	0
Naranja	159	30%	30	30
Amarillo	127	24%	24	54
Verde	233	44%	44	98
Azul	7	1%	1	100
Total	527	100%	100	

Tabla 39. Niveles de triaje de patología neurológica



Gráfica 30. Porcentaje de niveles de triaje en patología neurológica

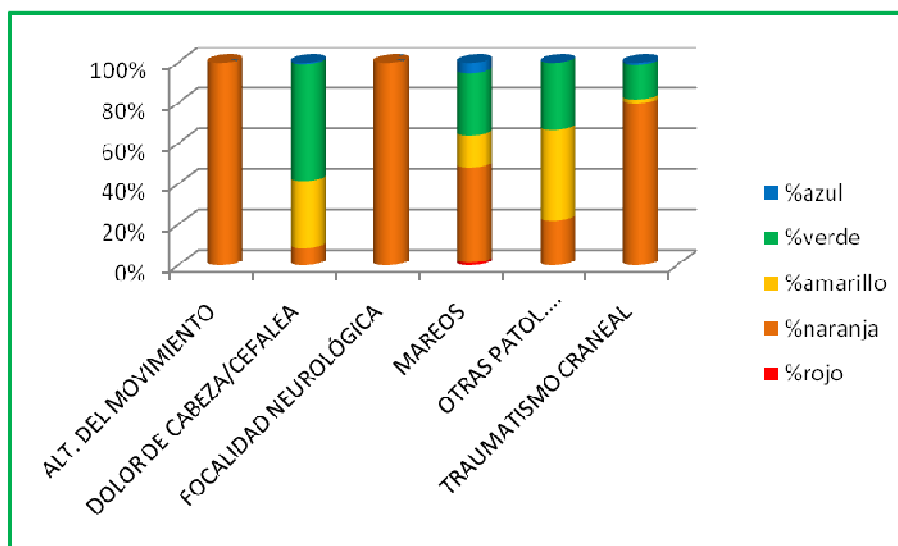
Vemos que el más frecuente es el nivel 4 (44%) seguido de cerca del 2 (30%) y el 3 (24%).

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES DEL MOVIMIENTO	0	5	0	0	0
DOLOR DE CABEZA o CEFALEA	0	27	109	188	2
FOCALIDAD NEUROLÓGICA	0	2	0	0	0
MAREOS	1	35	12	23	4
OTRAS PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS	0	2	4	3	0
TRAUMATISMO CRANEAL	0	88	2	19	1

Tabla 40. Niveles de triaje en patología neurológica

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALT. DEL MOVIMIENTO	0	100	0	0	0
DOLOR DE CABEZA/CEFALEA	0	8	33	58	1
FOCALIDAD NEUROLÓGICA	0	100	0	0	0
MAREOS	1	47	16	31	5
OTRAS PATOL. NEUROLÓGICAS	0	22	44	33	0
TRAUMATISMO CRANEAL	0	80	2	17	1

Tabla 41. Porcentaje de niveles de triaje en patología neurológica



Gráfica 31. Porcentaje de niveles de triaje en patología neurológica (motivo de consulta)

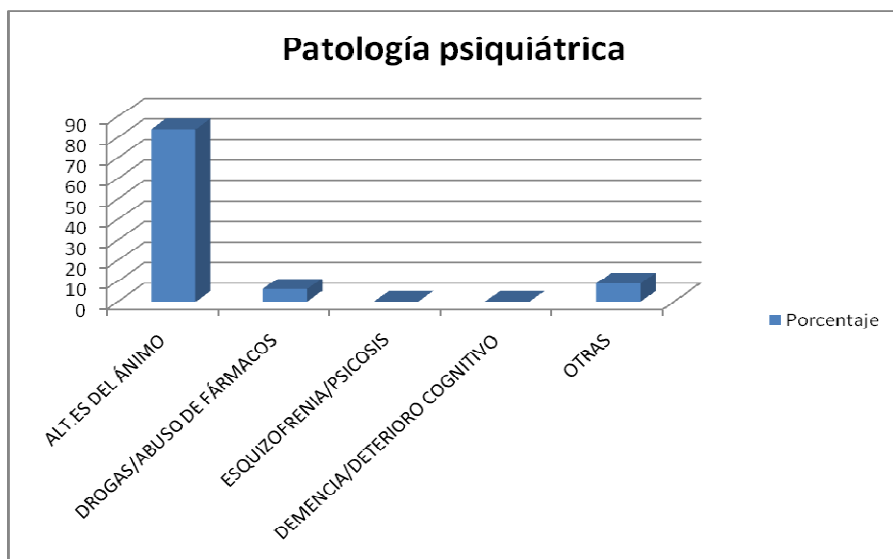
En esta gráfica observamos como motivos de consulta poco frecuentes como “Alteraciones del movimiento” (1%) o “Focalidad neurológica” (<1%) tiene un nivel de triaje naranja en el 100% de los casos. En cambio el 58% de las cefaleas, principal motivo de consulta, son verdes.

4.2.9.9. Problemas psicológicos y psiquiátricos

Seguidamente vamos a ver los datos de este grupo con unas tablas y gráficas que muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas psicológicos y psiquiátricos.

Problemas Psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ALTERACIONES DEL ÁNIMO	27	84	84	84
PROBLEMAS SECUNDARIOS A DROGAS o ABUSO DE FÁRMACOS	2	6	6	90
ESQUIZOFRENIA o PSICOSIS	0	0	0	90
DEMENCIA o DETERIORO COGNITIVO	0	0	0	90
OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIATRICAS	3	9	9	100
Total	32	100	100	

Tabla 42. Distribución de problemas psiquiátricos y psicológicos



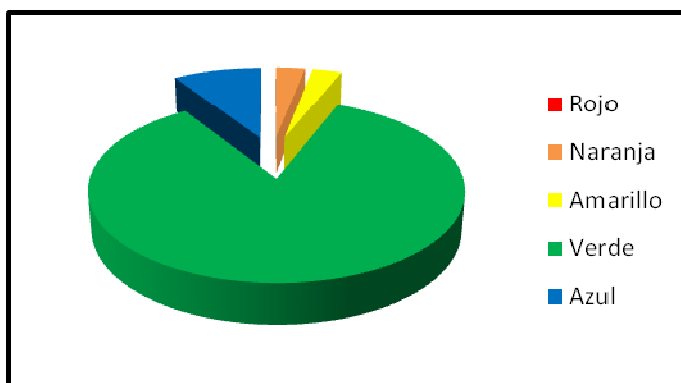
Gráfica 32. Distribución en problemas psiquiátricos/psicológicos

Vemos que las “Alteraciones del ánimo” son en este grupo el principal motivo de consulta con un porcentaje del 84% del total.

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	0	0	0	0
Naranja	1	3	3	3
Amarillo	1	3	3	6
Verde	27	84	84	90
Azul	3	9	9	100
Total	32	100	100	

Tabla 43. Niveles de triaje en problemas psiquiátricos/psicológicos



Gráfica 33. Porcentaje de niveles de triaje en problemas psiquiátricos/psicológicos

El 84% tienen un nivel 4 de triaje, ningún paciente obtuvo un nivel 1.

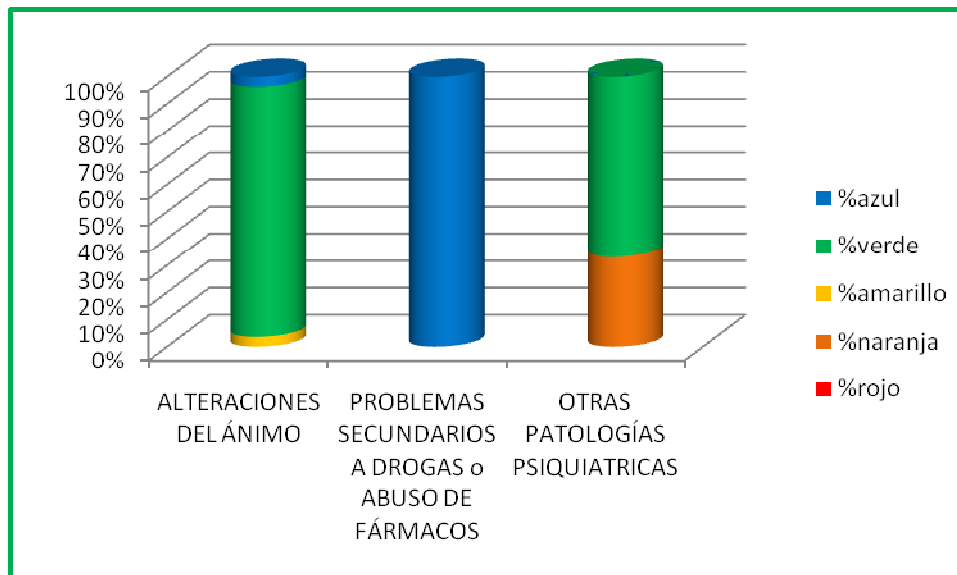
A continuación vemos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas psiquiátricos/psicológicos:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES DEL ÁNIMO	0	0	1	25	1
PROBLEMAS SECUNDARIOS A DROGAS o ABUSO DE FÁRMACOS	0	0	0	0	2
OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIATRICAS	0	1	0	2	0

Tabla 44. Niveles de triaje en problemas psiquiátricos/psicológicos

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALTERACIONES DEL ÁNIMO	0	0	4	93	4
P.2° A DROGAS o ABUSO DE FÁRMACOS	0	0	0	0	100
OTRAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS	0	33	0	67	0

Tabla 45. Porcentaje de niveles de triaje en problemas psiquiátricos/psicológicos



Gráfica 34. Porcentaje de niveles de triaje en problemas psiquiátricos/psicológicos (motivo de consulta)

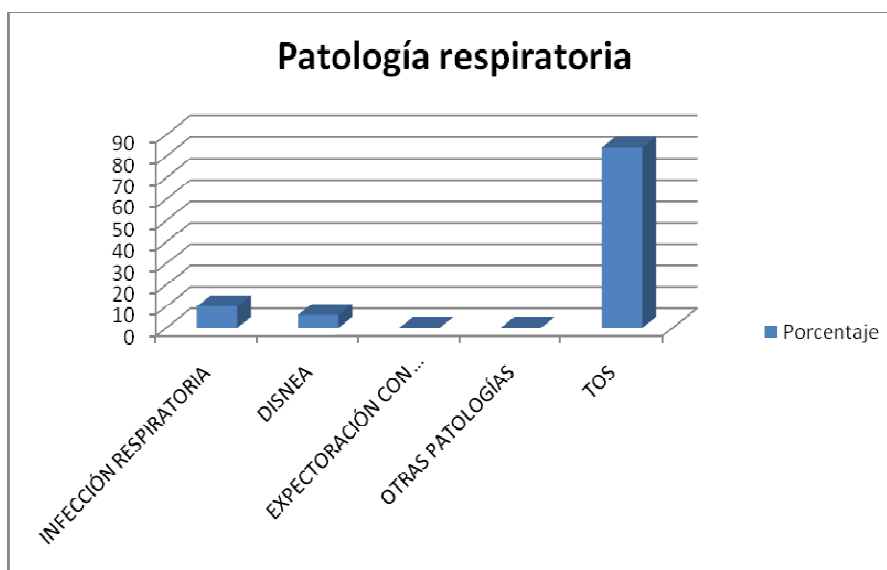
Vemos que el 93% de los pacientes que consultaron por “Alteraciones del ánimo” obtuvieron un nivel verde. El 100% de los que consultan por “Problemas secundarios al uso de drogas/fármacos” tienen nivel azul.

4.2.9.10. Problemas respiratorios

Analizamos ahora los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas neumológicos.

Problemas Respiratorios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INFECCIÓN RESPIRATORIA	1225	10	10	10
DISNEA	800	6	6	16
EXPECTORACIÓN CON SANGRE	2	0	0	16
OTRAS PATOLOGÍAS NEUMOLÓGICAS	33	0	0	16
TOS	10787	84	84	100
Total	12847	100	100	

Tabla 46. Distribución de patología respiratoria



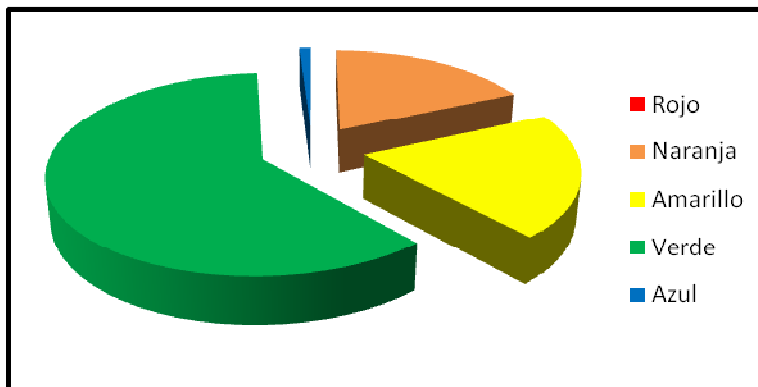
Gráfica 35. Distribución en patología respiratoria

“Tos” es el principal motivo de consulta (84%), seguido de “Infección respiratoria” (10%) y “Disnea” (6%).

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	18	0	0	0
Naranja	2304	18	18	18
Amarillo	2627	20	20	38
Verde	7715	60	60	98
Azul	183	1	1	100
Total	12847	100	100	

Tabla 47. Niveles de triaje en patología respiratoria



Gráfica 36. Porcentaje de niveles de triaje en patología respiratoria

Observamos cómo el 60% de los pacientes que consultan por problemas respiratorios tienen un nivel 4, un 20% nivel 3 y un 18% nivel 2.

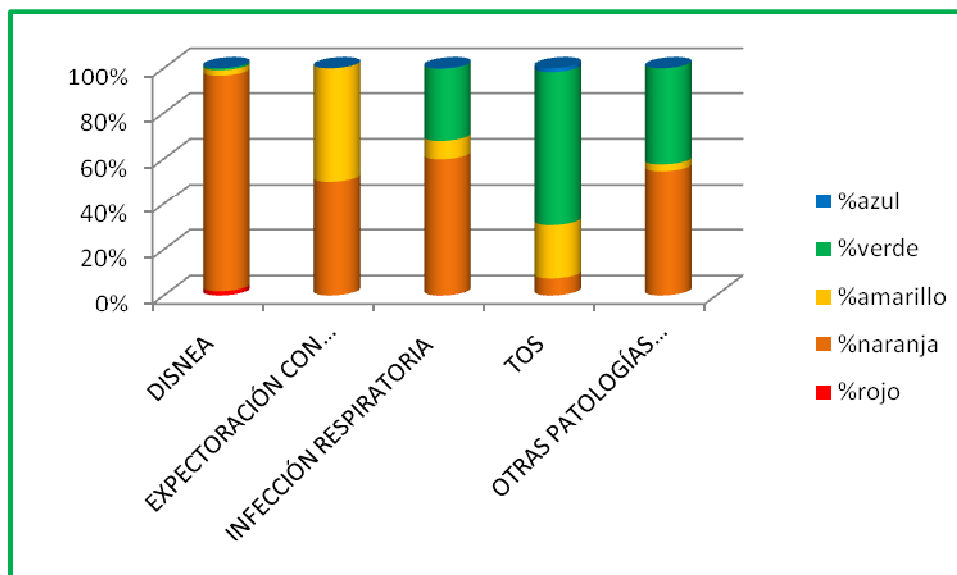
En las siguientes tablas podemos ver los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas respiratorios:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
DISNEA	15	759	19	7	0
EXPECTORACIÓN CON SANGRE	0	1	1	0	0
INFECCIÓN RESPIRATORIA	1	732	98	391	3
TOS	2	794	2508	7303	180
OTRAS PATOLOGÍAS NEUMOLÓGICAS	0	18	1	14	0

Tabla 48. Niveles de triaje en problemas neumológicos

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
DISNEA	2	95	2	1	0
EXPECTORACIÓN CON SANGRE	0	50	50	0	0
INFECCIÓN RESPIRATORIA	0	60	8	32	0
TOS	0	7	23	68	2
OTRAS PATOLOGÍAS NEUMOLÓGICAS	0	55	3	42	0

Tabla 49. Porcentaje de niveles de triaje en problemas neumológicos



Gráfica 37. Porcentaje de niveles de triaje en problemas respiratorios (motivo de consulta)

El 68% de los pacientes que acuden por “Tos” obtienen un nivel verde. “Disnea” es un motivo de consulta mucho menos frecuente (6%) pero si embargo con un nivel de urgencia mayor ya que el 95% de los pacientes que consultaron por disnea tienen un nivel naranja.

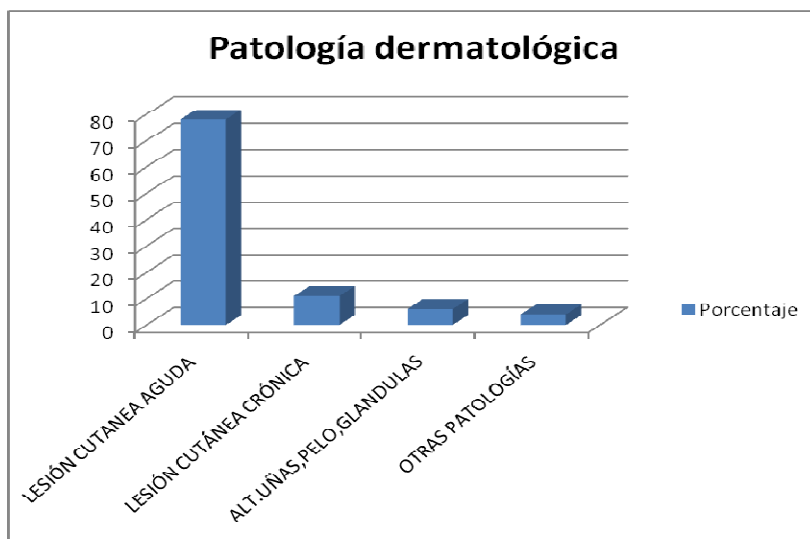
4.2.9.11. Problemas de piel y faneras

A continuación vemos los datos de este grupo mediante tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas de la piel:

Problemas Dermatológicos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
LESIÓN CUTÁNEA AGUDA (< 24 HORAS)	4852	78	78	78
LESIÓN CUTÁNEA CRÓNICA (> 24 HORAS)	672	11	11	89
ALTERACIONES DE UÑAS,PELO,GLANDULAS	386	6	6	95
OTRAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS	278	4	4	100
Total	6188	100	100	

Tabla 50. Distribución en patología de piel/faneras

Observamos cómo el 78% de los pacientes que consultan por problemas en la piel lo hacen por lesiones de menos de 24 horas de evolución.

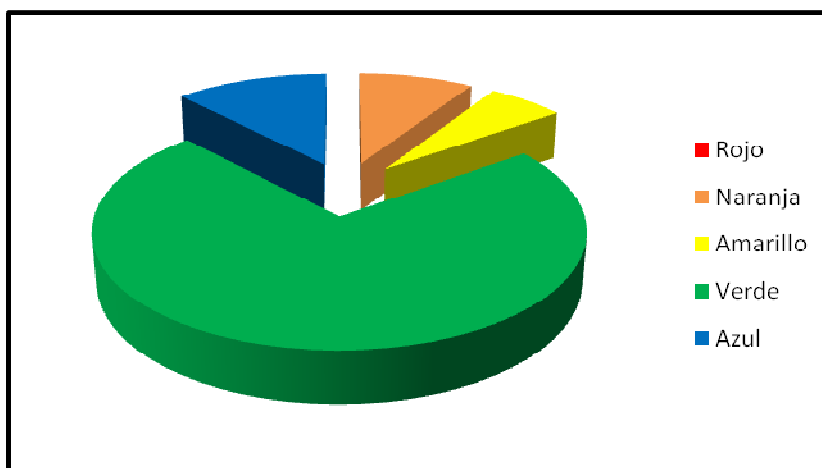


Gráfica 38. Distribución en problemas de piel/faneras

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	5	0	0	0
Naranja	544	9	9	9
Amarillo	360	6	6	15
Verde	4545	73	73	88
Azul	734	12	12	100
Total	6188	100	100	

Tabla 51. Niveles de triaje de patología de piel y faneras



Gráfica 39. Porcentaje de niveles de triaje de patología de piel y faneras

Este gráfico objetiva que el mayor número de pacientes que acuden por problemas dermatológicos (73%) tienen un nivel 4. Solamente 5 niños (<1%) obtuvieron un nivel 1 (rojo).

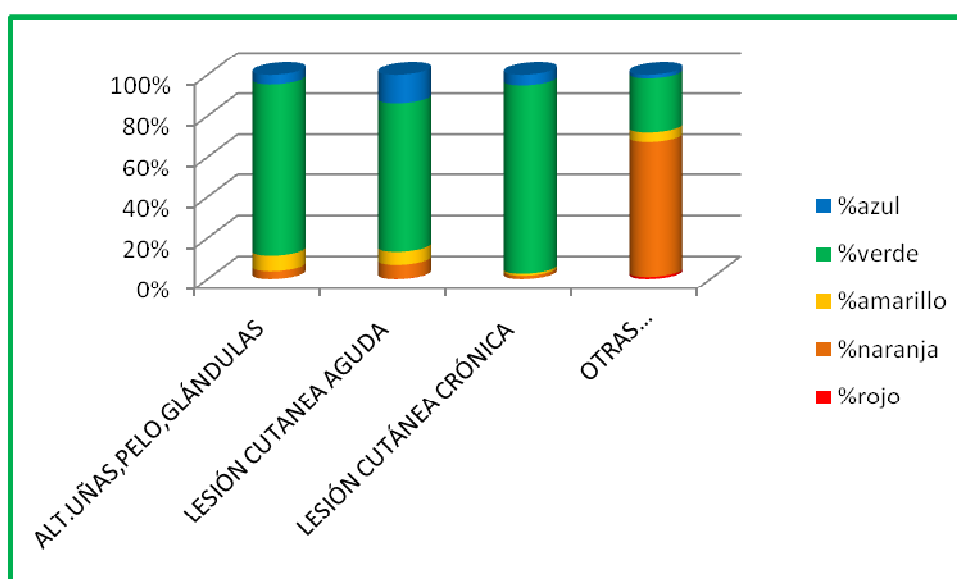
Seguidamente vemos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas dermatológicos:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES DE UÑAS,PELO,GLANDULAS	0	15	29	324	18
LESIÓN CUTÁNEA AGUDA	2	334	311	3529	676
LESIÓN CUTÁNEA CRÓNICA	0	11	7	619	35
OTRAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS	3	184	13	73	5

Tabla 52. Niveles de triaje en patología dermatológica

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALT.UÑAS,PELO,GLÁNDULAS	0	4	8	84	5
LESIÓN CUTÁNEA AGUDA	0	7	6	73	14
LESIÓN CUTÁNEA CRÓNICA	0	2	1	92	5
OTRAS PATOL.DERMATOLÓGICAS	1	66	5	26	2

Tabla 53. Porcentaje de niveles de triaje en patología dermatológica



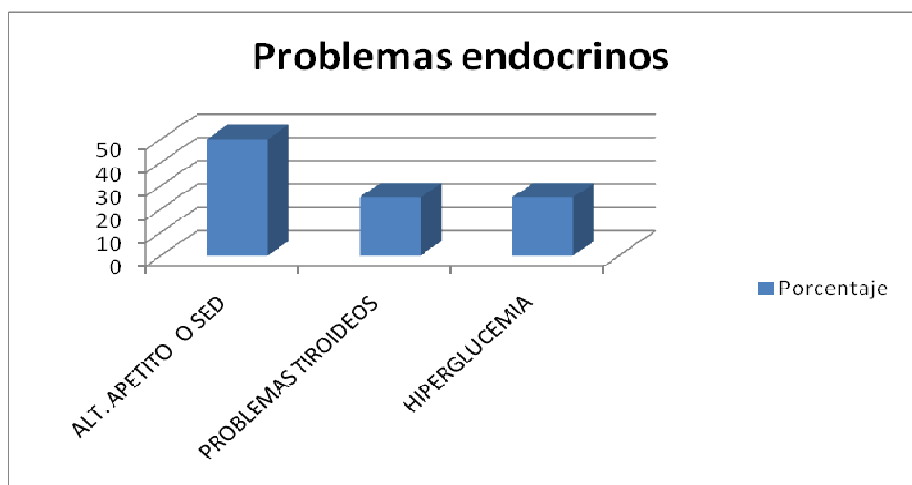
Gráfica 40. Porcentaje de niveles de triaje en patología dermatológica (motivo de consulta)

4.2.9.12. Problemas endocrinos, metabólicos y de nutrición

Analizamos ahora los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas endocrinos, metabólicos y de nutrición:

Problemas Endocrinológicos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ALTERACIONES DEL APETITO O DE LA SED	2	50	50	50
PROBLEMAS TIROIDEOS	1	25	25	75
HIPERGLUCEMIA O SÍNTOMAS DE HIPERGLUCEMIA	1	25	25	100
Total	4	100	100	

Tabla 54. Distribución en problemas endocrinos y de nutrición



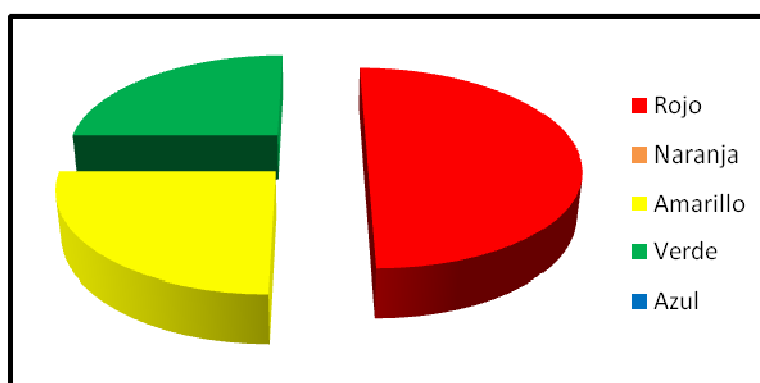
Gráfica 41. Distribución en problemas endocrinos/nutrición

Solamente cuatro pacientes consultaron por problemas de este grupo.

A continuación vemos los niveles de triaje en este grupo:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	2	50	50	50
Naranja	0	0	0	50
Amarillo	1	25	25	75
Verde	1	25	25	100
Azul	0	0	0	100
Total	4	100	100	

Tabla 55. Niveles de triaje de problemas endocrinos/nutrición



Gráfica 42. Porcentaje de niveles de triaje de problemas endocrinos/nutrición

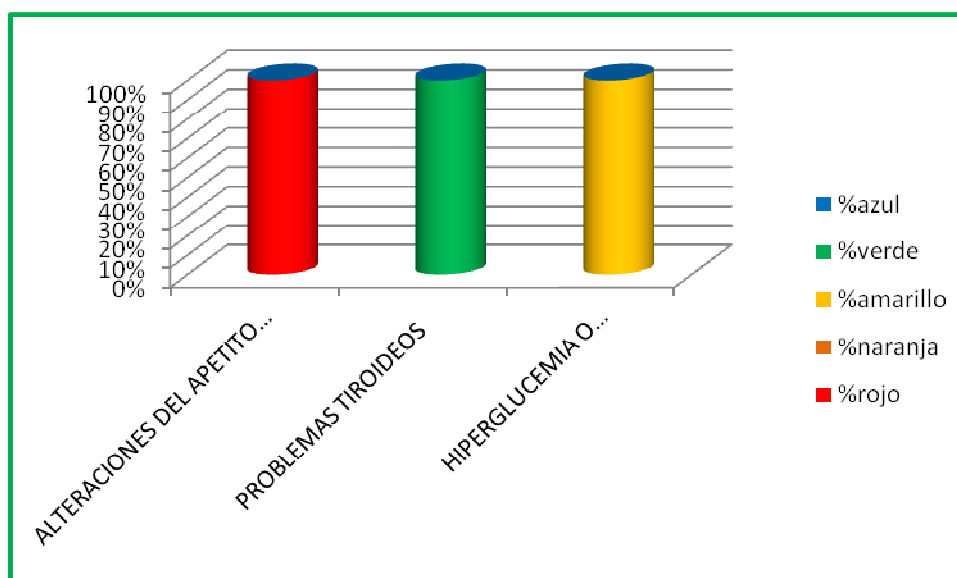
Seguidamente valoramos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas endocrinos:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES DEL APETITO o DE LA SED	2	0	0	0	0
PROBLEMAS TIROIDEOS	0	0	0	1	0
HIPERGLUCEMIA O SINTOMAS DE HIPERGLUCEMIA	0	0	1	0	0

Tabla 56. Niveles de triaje en problemas endocrinos, metabolismo y nutrición

	%rojo	%narana	%amario	%vde	%azul
ALTERACIONES DEL APETITO o DE LA SED	100	0	0	0	0
PROBLEMAS TIROIDEOS	0	0	0	100	0
HIPERGLUCEMIA O SINTOMAS DE HIPERGLUCEMIA	0	0	100	0	0

Tabla 57. Porcentaje de niveles de triaje en problemas endocrinos, metabolismo y nutrición



Gráfica 43. Porcentaje de niveles de triaje en problemas endocrinos (motivo de consulta)

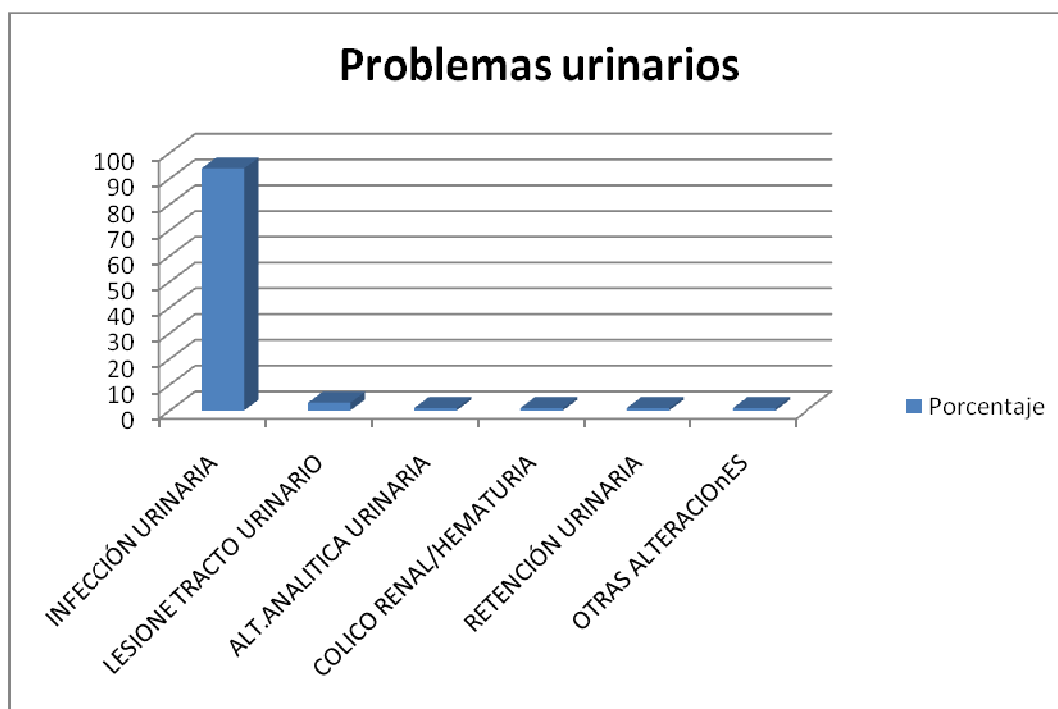
A pesar de ser sólo cuatro los niños vistos con problemas endocrinos dos de ellos obtuvieron un nivel 1 de triaje, consultando por “Alteraciones del apetito o de la sed”.

4.2.9.13. Problemas urinarios

A continuación analizamos los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas urinarios:

Problemas Urinarios-Urológicos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INFECCIÓN URINARIA BAJA-ALTA (DISURIA, ...)	860	94	94	94
LESIONES DEL TRACTO URINARIO	25	3	3	97
ALTERACION ANALITICA URINARIA	6	1	1	98
COLICO RENAL o HEMATURIA	7	1	1	99
RETENCIÓN URINARIA	6	1	1	100
OTRAS ALTERACIONES URINARIAS	11	1	1	100
Total	915	100	100	

Tabla 58. Distribución en problemas urinarios



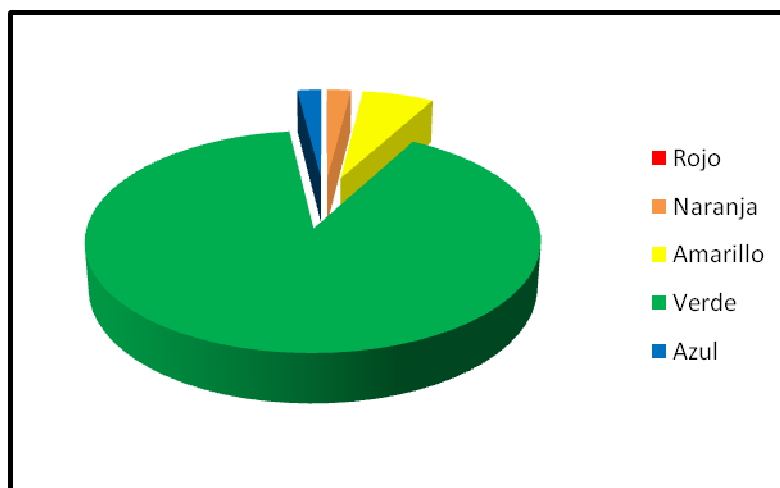
Gráfica 44. Distribución en problemas urinarios

Se puede ver como el 94% de los pacientes que consultan por problemas urinarios lo hacen por “Infección urinaria baja-alta (disuria...)”.

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	0	0	0	0
Naranja	17	2	2	2
Amarillo	59	6	6	8
Verde	821	90	90	98
Azul	18	2	2	100
Total	915	100	100	

Tabla 59. Niveles de triaje en patología urinaria



Gráfica 45. Porcentaje de niveles de triaje en patología urinaria

El 90% de los niños que acuden con problemas urinarios obtienen un nivel verde de triaje, no hubo ninguno con nivel 1 y sólo el 2% obtuvo un nivel 2.

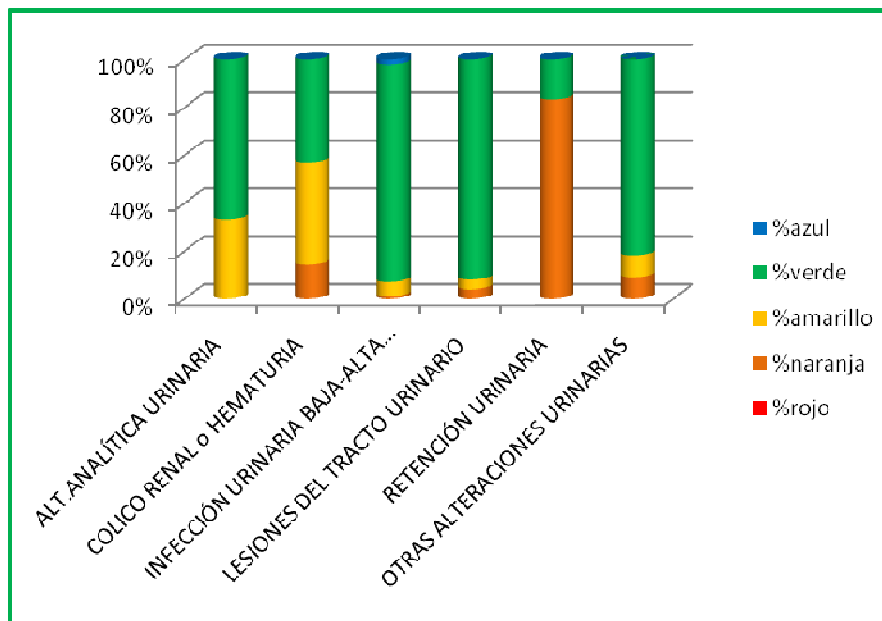
Seguidamente vemos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas urinarios:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACION ANALITICA URINARIA	0	0	2	4	0
COLICO RENAL o HEMATURIA	0	1	3	3	0
INFECCIÓN URINARIA BAJA-ALTA (DISURIA, ...)	0	9	52	781	18
LESIONES DEL TRACTO URINARIO	0	1	1	23	0
RETENCIÓN URINARIA	0	5	0	1	0
OTRAS ALTERACIONES URINARIAS	0	1	1	9	0

Tabla 60. Niveles de triaje en patología urinaria

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALT.ANALÍTICA URINARIA	0	0	33	67	0
COLICO RENAL o HEMATURIA	0	14	43	43	0
INFECCIÓN URINARIA BAJA-ALTA (DISURIA, ...)	0	1	6	91	2
LESIONES DEL TRACTO URINARIO	0	4	4	92	0
RETENCIÓN URINARIA	0	83	0	17	0
OTRAS ALTERACIONES URINARIAS	0	9	9	82	0

Tabla 61. Porcentaje de niveles de triaje en patología urinaria



Gráfica 46. Porcentaje de niveles de triaje en patología urinaria (motivo de consulta)

El 91% de los pacientes que consultan por infección urinaria obtienen un nivel 4 de triaje. El 83% de los pacientes que acuden por “Retención urinaria” obtienen un nivel 2 de triaje.

4.2.9.14. Problemas genitales femeninos

A continuación analizamos los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas genitales femeninos:

Problemas Genitales Femeninos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO	2	1	1	1
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PARTO/PUERPERIO	1	1	1	2
PROBLEMAS DE LA ESFERA SEXUAL	3	2	2	4
ALTERACIONES EN ORGANOS GENITALES INFERIORES	108	65	65	69
PROBLEMAS MENSTRUALES	12	7	7	76
PROBLEMAS EN LAS MAMAS	17	10	10	86
OTRAS ALTERACIONES DEL APARATO GENITAL FEMENINO	24	14	14	100
Total	167	100	100	

Tabla 62. Distribución en patología genital femenina



Gráfica 47. Distribución en patología genital femenina

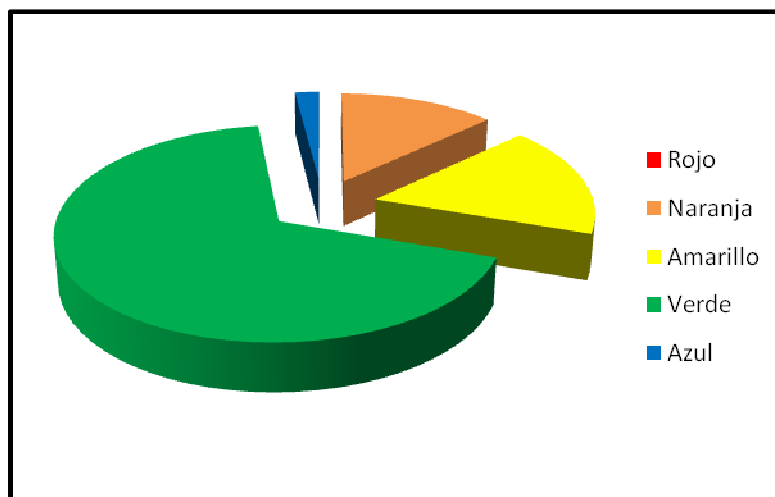
Podemos ver como “Alteraciones genitales inferiores” representan el 65% de los motivos de consulta dentro de este grupo.

La frecuencia de otros motivos como problemas del embarazo, parto, puerperio, sexuales....es muy baja ya que hablamos de pacientes menores de 14 años.

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	0	0	0	0
Naranja	22	13	13	13
Amarillo	29	17	17	30
Verde	112	67	67	97
Azul	4	2	2	100
Total	167	100	100	

Tabla 63. Niveles de triaje en patología genital femenina



Gráfica 48. Porcentaje de niveles de triaje en patología genital femenina

El 67% de las consultas por problemas genitales femeninos obtuvieron un nivel verde.

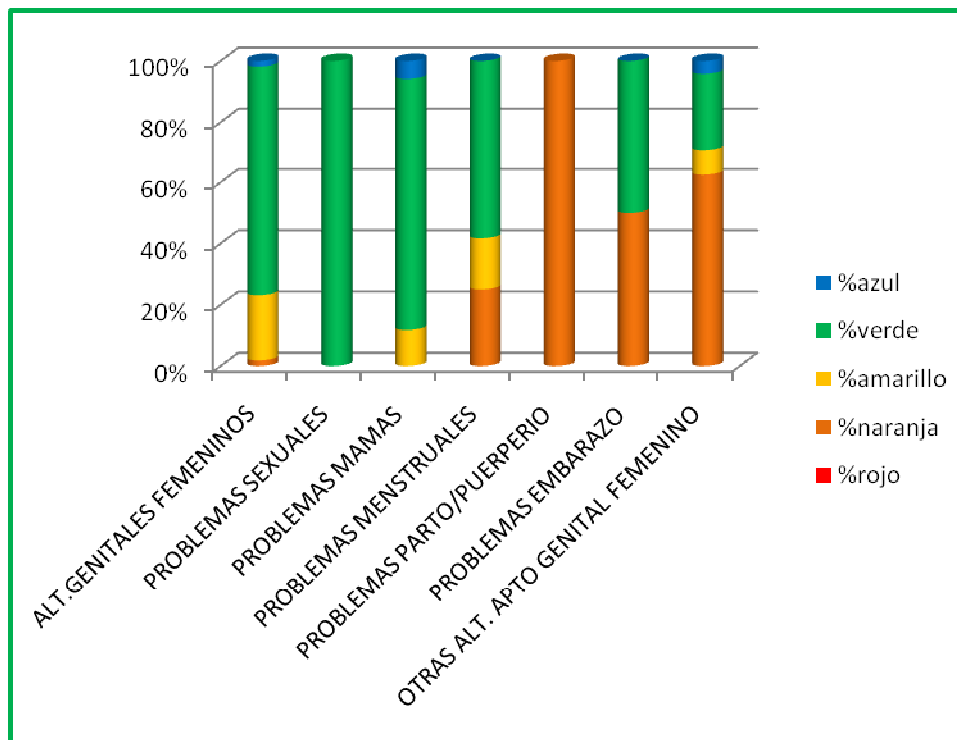
Valoramos ahora los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas del aparato genital femenino:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES EN ORGANOS GENITALES INFERIORES	0	2	23	81	2
PROBLEMAS DE LA ESFERA SEXUAL	0	0	0	3	0
PROBLEMAS EN LAS MAMAS	0	0	2	14	1
PROBLEMAS MENSTRUALES	0	3	2	7	0
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PARTO/PUERPERIO	0	1	0	0	0
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EMBARAZO	0	1	0	1	0
OTRAS ALTERACIONES DEL APARATO GENITAL FEMENINO	0	15	2	6	1

Tabla 64. Niveles de triaje en patología genital femenina

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALT.GENITALES FEMENINOS	0	2	21	75	2
PROBLEMAS SEXUALES	0	0	0	100	0
PROBLEMAS MAMAS	0	0	12	82	6
PROBLEMAS MENSTRUALES	0	25	17	58	0
PROBLEMAS PARTO/PUERPERIO	0	100	0	0	0
PROBLEMAS EMBARAZO	0	50	0	50	0
OTRAS ALT. APTO GENITAL FEMENINO	0	63	8	25	4

Tabla 65. Porcentaje de niveles de triaje en patología genital femenina



Gráfica 49. Porcentaje de niveles de triaje en patología genital femenina (motivo de consulta)

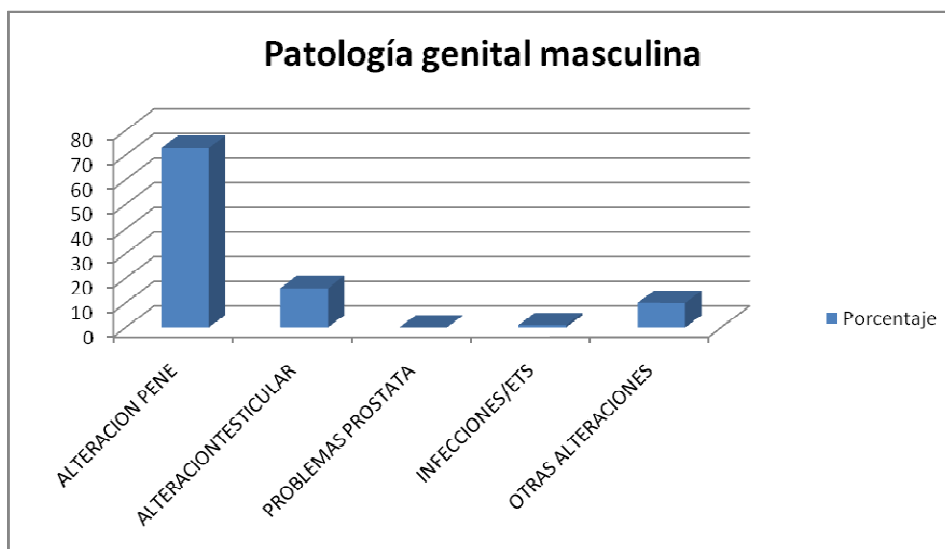
“Alteraciones en los órganos genitales femeninos inferiores” son en un 75% clasificadas con un nivel verde.

4.2.9.15. Patología genital masculina

Analizamos los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas del aparato genital masculino:

Patologías Genitales Masculinas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ALTERACIONES EN EL PENE	218	73	73	73
ALTERACIONES TESTICULARES	48	16	16	89
PROBLEMAS PROSTÁTICOS	0	0	0	89
INFECCIONES o ETS	4	1	1	90
OTRAS ALTERACIONES DEL APARATO GENITAL MASCULINO	29	10	10	100
Total	299	100	100	

Tabla 66. Distribución en patología genital masculina



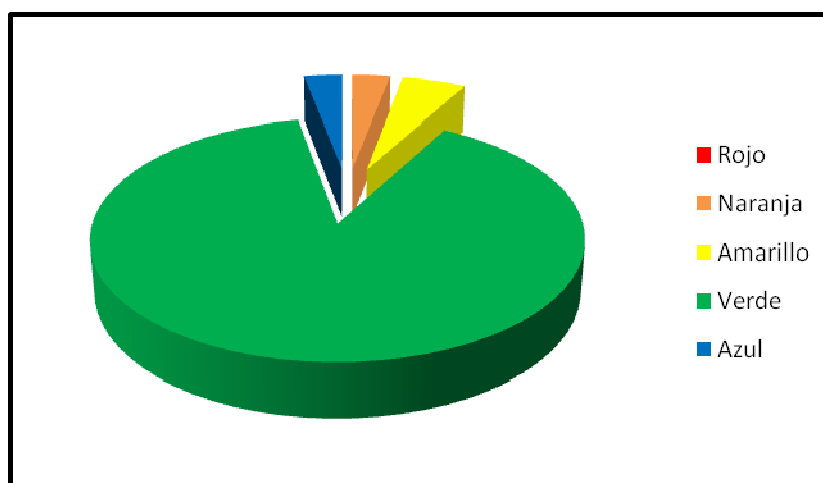
Gráfica 50. Distribución en patología genital masculina

El 73% de las consultas se deben a “Alteraciones del pene”. Seguido de lejos por “Alteraciones testiculares” (16%)

Vemos ahora los niveles de triaje en este grupo:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	0	0	0	0
Naranja	8	3	3	3
Amarillo	16	5	5	8
Verde	267	89	89	97
Azul	8	3	3	100
Total	299	100	100	

Tabla 67. Niveles de triaje de patología genital masculina



Gráfica 51. Porcentaje de niveles de triaje de patología genital masculina

El 89% de los niños que consultaron por problemas en el aparato genital obtuvieron un nivel 4 de triaje. No hubo ninguno con nivel 1 y sólo el 3% obtuvieron nivel 2.

A continuación observamos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas del aparato genital masculino:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
ALTERACIONES EN EL PENE	0	4	5	201	8
ALTERACIONES TESTICULARES	0	2	9	37	0
INFECCIONES o ETS	0	0	0	4	0
OTRAS ALTERACIONES DEL APARATO GENITAL MASCULINO	0	2	2	25	0

Tabla 68. Niveles de triaje en problemas del aparato genital masculino

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
ALT. PENE	0	2	2	92	4
ALT. TESTICULARES	0	4	19	77	0
INFECCIONES o ETS	0	0	0	100	0
OTRAS ALT. APTO. GENITAL MASCULINO	0	7	7	86	0

Tabla 69. Porcentaje de niveles de triaje en patología el aparato genital masculino

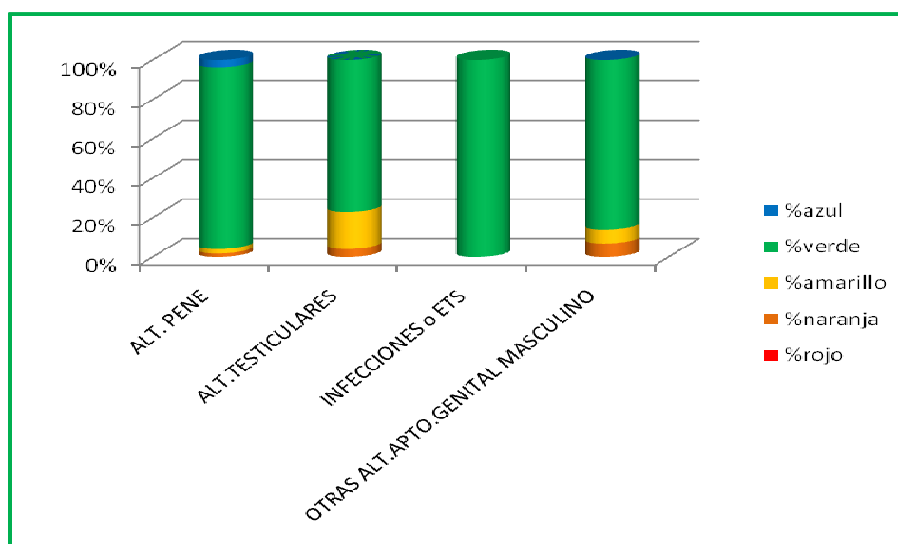


Gráfico 52. Porcentaje de niveles de triaje en patología el aparato genital masculino (motivo de consulta)

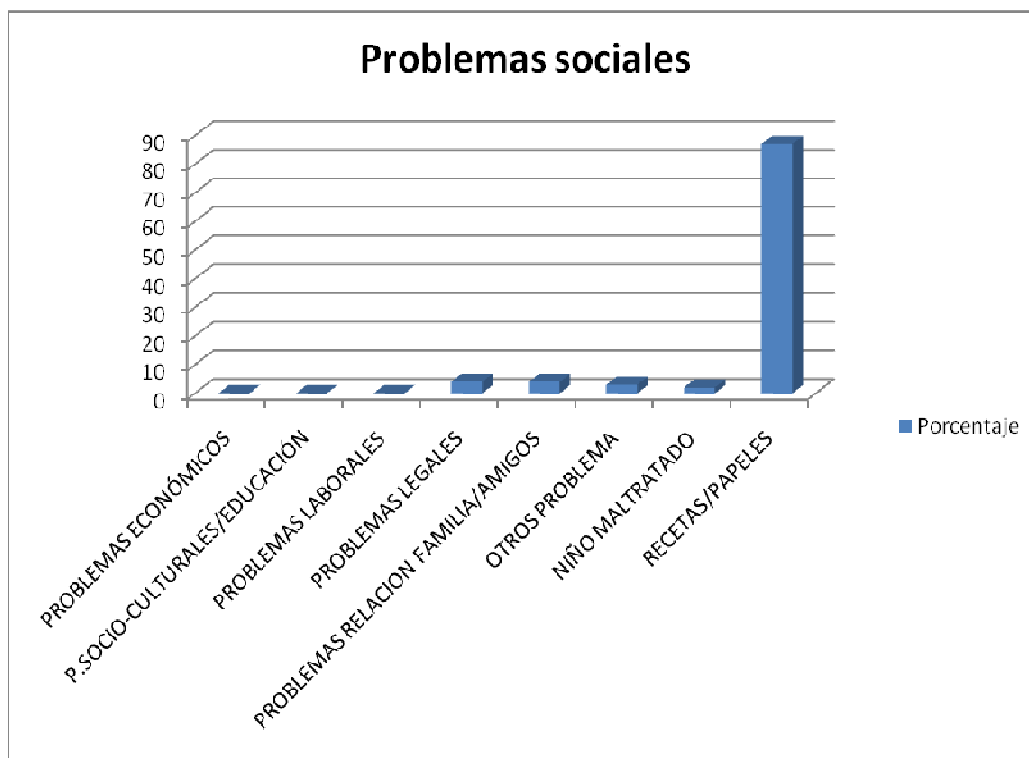
El 92% de los pacientes que consultaron por “Alteraciones en el pene” obtuvieron un nivel 4 de triaje. El 100% de los que consultaron por “Infecciones o ETS” obtuvieron nivel verde. No hubo ningún paciente con nivel 1.

4.2.9.16. Problemas sociales

Analizamos a continuación los datos de este grupo mediante una serie de tablas y gráficas donde se muestran la frecuencia y porcentaje en los problemas sociales:

Problemas Sociales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PROBLEMAS ECONÓMICOS	0	0	0	0
PROBLEMAS SOCIO-CULTURALES O DE EDUCACIÓN	2	0	0	0
PROBLEMAS LABORALES	1	0	0	0
PROBLEMAS LEGALES	16	4	4	4
PROBLEMAS DE RELACION FAMILIAR o DE AMIGOS	19	4	4	8
OTROS PROBLEMAS SOCIALES o BUROCRÁTICOS	15	3	3	11
NIÑO MALTRATADO	7	2	2	13
RECOGIDA DE RECETAS Y OTROS PAPELES	386	87	87	100
Total	446	100	100	

Tabla 70. Distribución en problemas sociales



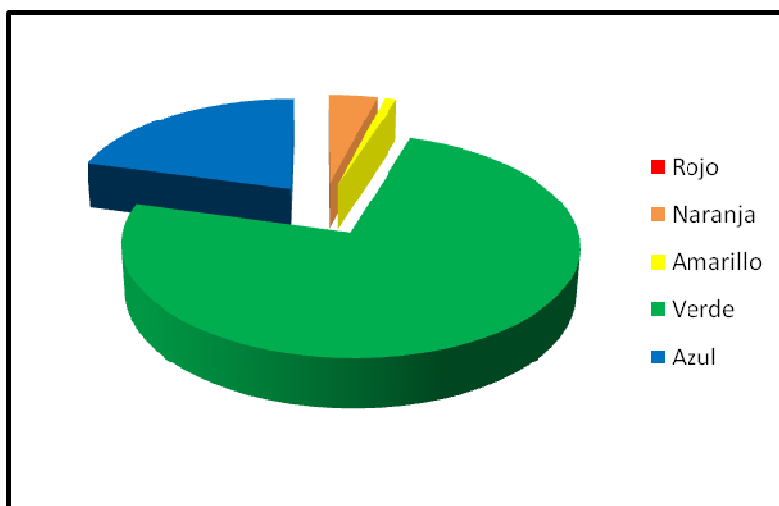
Gráfica 53. Distribución en problemas sociales

“Recogida de recetas y otros papeles” representa el 87% de los motivos de consulta dentro de este grupo.

Los niveles de triaje en este grupo son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Rojo	0	0	0	0
Naranja	16	4	4	4
Amarillo	3	1	1	5
Verde	335	75	75	80
Azul	92	21	21	100
Total	446	100	100	

Tabla 71. Nivel de triaje de problemas sociales



Gráfica 54. Porcentaje de nivel de triaje de problemas sociales

El 75% obtuvieron un nivel 4 y el 21% un nivel azul, agrupando entre estos dos niveles a casi el total de los pacientes que consultan por problemas sociales.

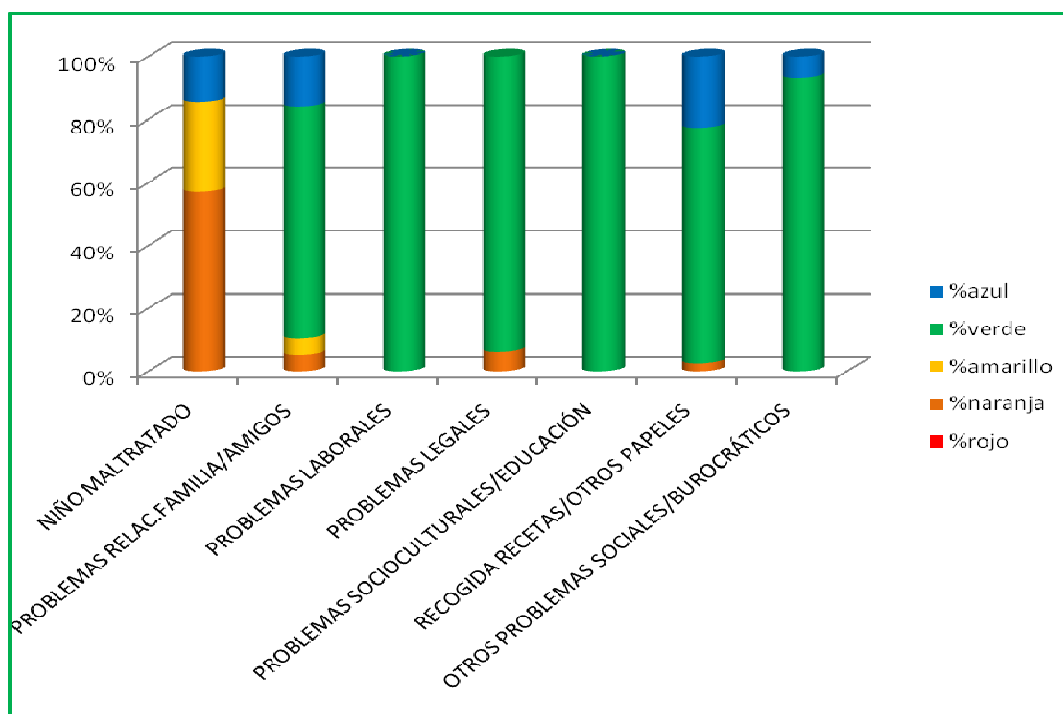
A continuación vemos los niveles de triaje en cada motivo de consulta dentro del grupo de problemas sociales:

	ROJO	NARANJA	AMARILLO	VERDE	AZUL
NIÑO MALTRATADO	0	4	2	0	1
PROBLEMAS DE RELACION FAMILIAR o DE AMIGOS	0	1	1	14	3
PROBLEMAS LABORALES	0	0	0	1	0
PROBLEMAS LEGALES	0	1	0	15	0
PROBLEMAS SOCIO-CULTURALES O DE EDUCACIÓN	0	0	0	2	0
RECOGIDA DE RECETAS Y OTROS PAPELES	0	10	0	289	87
OTROS PROBLEMAS SOCIALES o BUROCRÁTICOS	0	0	0	14	1

Tabla 72. Niveles de triaje en problemas sociales.

	%rojo	%naranja	%amarillo	%verde	%azul
NIÑO MALTRATADO	0	57	29	0	14
PROBLEMAS RELAC.FAMILIA/AMIGOS	0	5	5	74	16
PROBLEMAS LABORALES	0	0	0	100	0
PROBLEMAS LEGALES	0	6	0	94	0
PROBLEMAS SOCIOCULTURALES/EDUCACIÓN	0	0	0	100	0
RECOGIDA RECETAS/OTROS PAPELES	0	3	0	75	23
OTROS PROBLEMAS SOCIALES	0	0	0	93	7

Tabla 73. Porcentaje de niveles de triaje en problemas sociales.



Gráfica 55. Porcentaje de niveles de triaje en problemas sociales (motivo de consulta)

El 75% de los pacientes que acuden a recoger recetas u otros papeles obtienen un nivel verde.

4.2.10. Tiempos de triaje

Vamos a analizar ahora los distintos tiempos empleados en el triaje o relacionados con el mismo. Medimos el tiempo en segundos.

Tiempo de realización del triaje

Tiempo de triaje				
N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
60263	1	922	63,9321	67,07817

Tabla 74. Tiempo de triaje

El personal encargado de realizar el triaje tarda una media de 63.9 segundos en realizar la clasificación de los pacientes.

Tiempo de espera hasta triaje

Tiempo de espera hasta triaje				
N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
59524	0	9890	326,5561	459,42714

Tabla 75. Tiempo de espera hasta triaje

Es el tiempo que el paciente está en la sala de espera desde que llega al centro de salud hasta que entra en la consulta de triaje. Se mide también en segundos. Vemos que la media es de 326 segundos (5.4 minutos).

A continuación vemos la mediana y los percentiles del tiempo de triaje y del tiempo de espera hasta que pasan a la consulta de triaje.

		Tiempo triaje	Tiempo hasta triaje
N	Válido	60263	59524
	Perdidos	8	747
Mediana		42	189
Percentiles	25	20	85
	50	42	189
	75	84	399

Tabla 76. Mediana y percentiles de los tiempo triaje/hasta triaje

Pacientes atendidos fuera de tiempo de triaje

Pacientes vistos fuera de tiempo de triaje					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	NO	42835	71,1	71,1	71,1
	SI	17436	28,9	28,9	100
	Total	60271	100	100	

Tabla 77. Pacientes fuera de tiempo de triaje

Hablamos aquí del porcentaje de pacientes que no son atendidos en los tiempos que marca nuestro sistema de triaje de acuerdo a su nivel. Vemos en la tabla que el 71.1% de los paciente son atendidos por el médico dentro del tiempo establecido por el programa TAP. En el gráfico de abajo se observa mejor como la mayoría de los pacientes son vistos por el médico según el tiempo de triaje.



Gráfica 56. Pacientes vistos fuera de tiempo de triaje

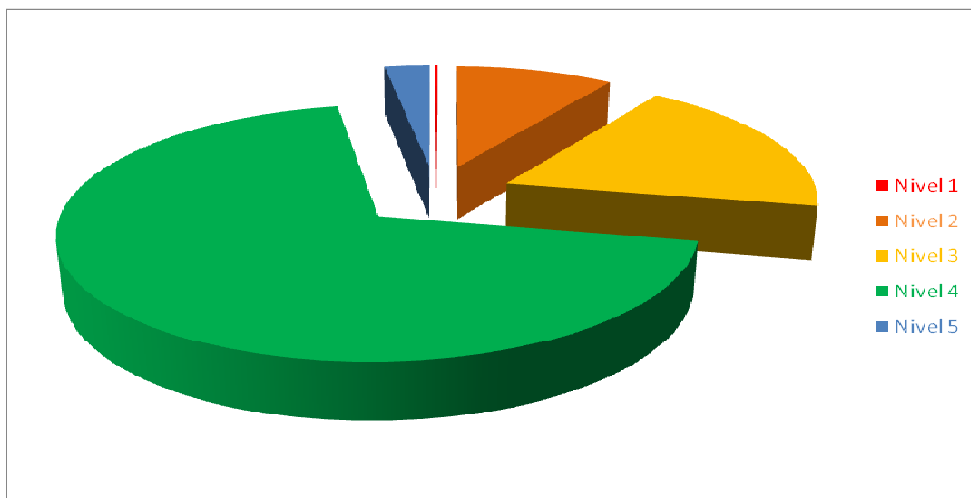
4.2.11. Niveles de triaje

Recordamos a continuación los niveles de triaje en esta tabla/gráfico donde se pueden ver las frecuencias y porcentajes, para a continuación pasar a relacionar los niveles de triaje con las distintas variables a estudio.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel 1	46	0,1	0,1	0,1
Nivel 2	5657	9,4	9,4	9,5
Nivel 3	11141	18,5	18,5	28
Nivel 4	41724	69,2	69,2	97,3
Nivel 5	1631	2,7	2,7	100
Perdidos	72	0,1	0,1	
Total	60271	100		

Tabla 78. Nivel de triaje

El grupo más numeroso lo forman los pacientes clasificados con nivel 4, representando más de la mitad de todos los pacientes triados (69.2%), seguido de lejos de los niños clasificados con nivel 3 (18.5%). En tercer lugar en frecuencia está el nivel 2 con 9.2%, en cuarta posición el nivel 5 (2.7) y el grupo menos frecuente es el que forman los pacientes con nivel 1 siendo sólo el 0.1%. Estos datos quedan más claramente reflejados en el siguiente gráfico.



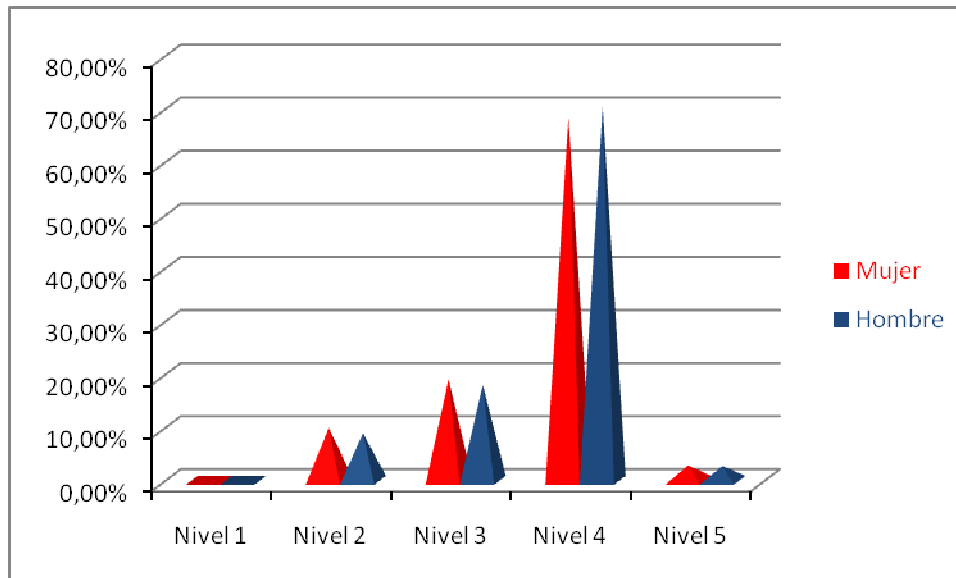
Gráfica 57. Niveles de triaje

Nivel de triaje por sexo

Analizamos ahora el nivel de triaje obtenido comparando ambos sexos.

	Mujer	Hombre
Nivel 1	26 (0,1%)	20 (0,1%)
Nivel 2	3068 (9,9%)	2589 (8,9%)
Nivel 3	5909 (19,0%)	5232 (18,0%)
Nivel 4	21202 (68,3%)	20522 (70,4%)
Nivel 5	857 (2,8%)	774 (2,7%)
Total	31062 (100,0%)	29137 (100%)

Tabla 79. Nivel de triaje por sexo



Gráfica 58. Nivel de triaje por sexo

En la siguiente tabla de comparación de proporciones de columna vemos como en el nivel 2 y 3 existen diferencias porcentuales estadísticamente significativas entre hombre y mujeres, al igual que en el nivel 4.

	Mujer	Hombre
	(A)	(B)
Nivel 1		
Nivel 2	B	
Nivel 3	B	
Nivel 4		A
Nivel 5		

Tabla 80. Comparación de proporciones de columna

Observamos en la siguiente tabla como la media de nivel de triaje en hombres es 3.66 y en mujeres 3.63.

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Hombre	29137	3,6672	0,67602	0,00396
Mujer	31062	3,6373	0,69922	0,00397

Tabla 81. Media de nivel de triaje por sexos

Al realizar una comparación de medias mediante una t-student observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	

								Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	86,317	0	5,332	60197	0	0,02992	0,00561	0,01892	0,04092

Tabla 82. Prueba de muestras independientes

Nivel de triaje por edad

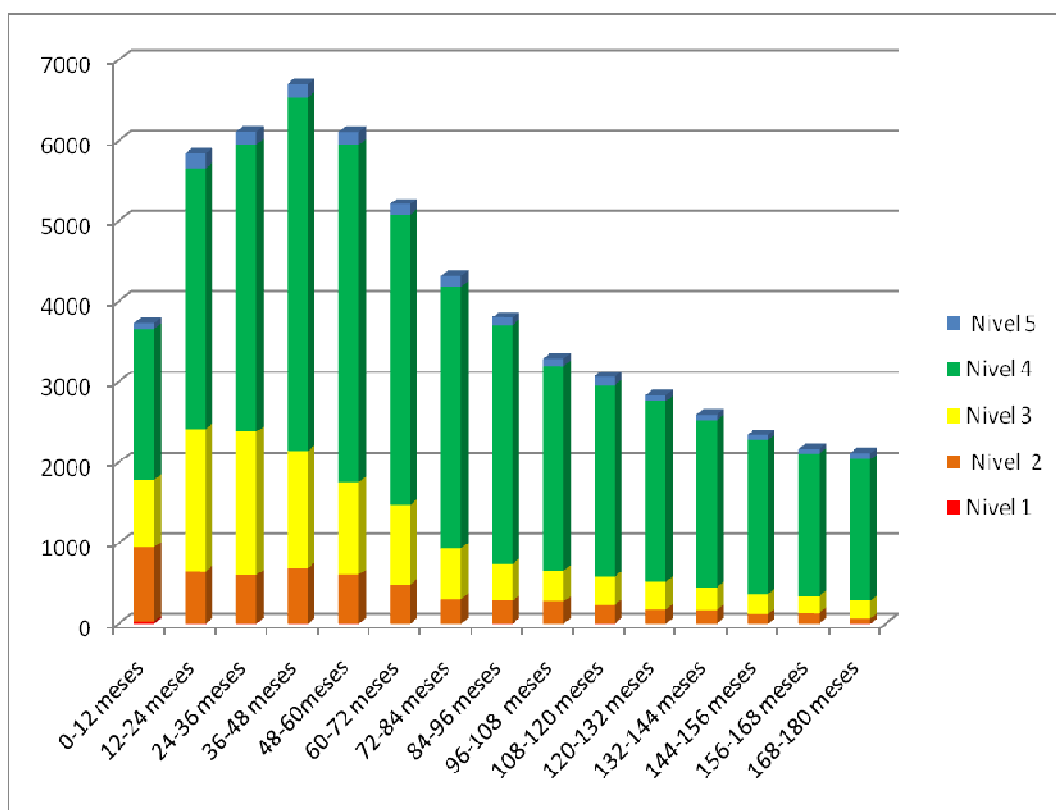
A continuación vemos los niveles de triaje según la edad de los pacientes, expresada en meses.

Edad	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Nivel 4		Nivel 5		Total
0-12 meses	27	(0,7%)	918	(24,6%)	841	(22,6%)	1869	(50,2%)	71	(1,9%)	3726
12-24 meses	2	(0,0%)	650	(11,1%)	1768	(30,3%)	3235	(55,5%)	179	(3,1%)	5834
24-36 meses	5	(0,1%)	597	(9,8%)	1779	(29,1%)	3573	(58,5%)	155	(2,5%)	6109
36-48 meses	2	(0,0%)	689	(10,3%)	1455	(21,7%)	4383	(65,4%)	174	(2,6%)	6703
48-60 meses	2	(0,0%)	601	(9,8%)	1157	(19,0%)	4189	(68,6%)	156	(2,6%)	6105
60-72 meses	0	(0,0%)	478	(9,2%)	997	(19,1%)	3599	(69,1%)	133	(2,6%)	5207
72-84 meses	0	(0,0%)	309	(7,2%)	624	(14,5%)	3254	(75,4%)	129	(3,0%)	4316
84-96 meses	2	(0,1%)	282	(7,4%)	457	(12,0%)	2959	(77,9%)	98	(2,6%)	3798
96-108 meses	0	(0,0%)	274	(8,3%)	387	(11,8%)	2536	(87,2%)	89	(2,7%)	3286
108-120 meses	3	(0,1%)	221	(7,2%)	352	(11,5%)	2380	(77,7%)	106	(3,5%)	3062
120-132 meses	0	(0,0%)	170	(6,0%)	346	(12,2%)	2248	(79,2%)	75	(2,6%)	2839

132-144 meses	0 (0,0%)	162 (6,3%)	285 (11,0%)	2077 (80,2%)	67 (2,6%)	2591
144-156 meses	0 (0,0%)	118 (5,0%)	252 (10,8%)	1907 (81,5%)	62 (2,7%)	2339
156-168 meses	1 (0,0%)	126 (5,8%)	215 (9,9%)	1768 (81,6%)	57 (2,6%)	2167
168-180 meses	2 (0,1%)	62 (82,9%)	226 (10,7%)	1747 (82,5%)	80 (3,8%)	2117
Total	46 (0,1%)	5657 (9,4%)	11141 (18,5%)	41724 (69,3%)	1631 (2,7%)	60199

Tabla 83. Relación entre edad y nivel de triaje

Los pacientes con un nivel de triaje más alto (1 y 2) se localizan en la franja de 0-12 meses en su mayoría. Conforme aumenta la edad aumenta el porcentaje de pacientes con nivel 4 o verde que es el más frecuente en todas las franjas de edad. En la siguiente gráfica queda más claramente expresado el nivel de triaje en relación a la edad de los pacientes.



Gráfica 59. Niveles de triaje según la edad.

Esta tabla de comparación de proporciones de columna muestra que nivel y edades se relacionan entre sí. Vemos así como en la franja de edad de menores de 1 años existen diferencias porcentuales estadísticamente significativas entre el nivel 1 respecto al 2, 3, 4 y 5; entre el nivel 2 respecto al 3,4 y 5. Y así en muchos otros grupos.

	Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5				
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
Edad	0	B C D E	C D E	D E	
	1		D	B D E	D
	2		D	B D E	
	3		D	D	
	4				
	5	. ^a			
	6	. ^a			B C B C
	7			B C	C
	8	. ^a	C	B C	C
	9			B C	B C
	10	. ^a		B C	B C
	11	. ^a		B C	C
	12	. ^a		B C	B C
	13			B C	B C
	14			B	B C B C

Tabla 84. Comparación de proporciones de columna

Vemos en la siguiente tabla como la media de nivel de triaje aumenta progresivamente conforme aumenta la edad del paciente.

Nivel			
Edad	Media	N	Desviación estándar
0	3,2789	3726	0,88071
1	3,5038	5834	0,73235
2	3,5363	6109	0,70702
3	3,6024	6703	0,70631
4	3,6382	6105	0,6935
5	3,6505	5207	0,6798
6	3,7421	4316	0,62804
7	3,7554	3798	0,62301
8	3,7425	3286	0,64206
9	3,7724	3062	0,62881
10	3,7848	2839	0,58448
11	3,7908	2591	0,58509
12	3,8179	2339	0,55045
13	3,8094	2167	0,57103
14	3,8696	2117	0,50331
Total	3,6518	60199	0,68825

Tabla 85. Media de nivel de triaje en relación con edad

Nivel					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1211,748	14	86,553	190,789	0
Dentro de grupos	27303,037	60184	0,454		
Total	28514,785	60198			

Tabla 86. Comparación de medias (ANOVA)

Variable dependiente: nivel						
Scheffe						
(I) Edad	(J) Edad	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
0	1	-,22492*	0,01413	0	-0,2937	-0,1562
	2	-,25741*	0,014	0	-0,3255	-0,1893
	3	-,32357*	0,01376	0	-0,3906	-0,2566
	4	-,35931*	0,014	0	-0,4275	-0,2912
	5	-,37162*	0,01445	0	-0,442	-0,3013
	6	-,46327*	0,01506	0	-0,5366	-0,39
	7	-,47655*	0,01553	0	-0,5521	-0,401
	8	-,46369*	0,01612	0	-0,5421	-0,3852
	9	-,49352*	0,01643	0	-0,5735	-0,4136
	10	-,50593*	0,01678	0	-0,5876	-0,4243
	11	-,51196*	0,01723	0	-0,5958	-0,4281
	12	-,53902*	0,01777	0	-0,6255	-0,4525
	13	-,53056*	0,0182	0	-0,6191	-0,442
	14	-,59078*	0,01833	0	-0,68	-0,5016
1	0	,22492*	0,01413	0	0,1562	0,2937

	2	-0,03249	0,01233	0,937	-0,0925	0,0275
	3	-,09865*	0,01206	0	-0,1573	-0,04
	4	-,13439*	0,01233	0	-0,1944	-0,0744
	5	-,14670*	0,01284	0	-0,2092	-0,0842
	6	-,23835*	0,01352	0	-0,3042	-0,1725
	7	-,25163*	0,01404	0	-0,32	-0,1833
	8	-,23877*	0,01469	0	-0,3103	-0,1673
	9	-,26860*	0,01503	0	-0,3418	-0,1954
	10	-,28101*	0,01541	0	-0,356	-0,206
	11	-,28704*	0,0159	0	-0,3644	-0,2097
	12	-,31410*	0,01648	0	-0,3943	-0,2339
	13	-,30564*	0,01694	0	-0,3881	-0,2232
	14	-,36586*	0,01709	0	-0,449	-0,2827
2	0	,25741*	0,014	0	0,1893	0,3255
	1	0,03249	0,01233	0,937	-0,0275	0,0925
	3	-,06616*	0,01191	0,006	-0,1241	-0,0082
	4	-,10191*	0,01219	0	-0,1612	-0,0426
	5	-,11421*	0,0127	0	-0,176	-0,0524
	6	-,20586*	0,01339	0	-0,271	-0,1407
	7	-,21914*	0,01392	0	-0,2869	-0,1514
	8	-,20629*	0,01457	0	-0,2772	-0,1354
	9	-,23611*	0,01491	0	-0,3087	-0,1635
	10	-,24853*	0,0153	0	-0,323	-0,1741
	11	-,25456*	0,01579	0	-0,3314	-0,1777
	12	-,28161*	0,01638	0	-0,3613	-0,2019
	13	-,27316*	0,01684	0	-0,3551	-0,1912
	14	-,33337*	0,01699	0	-0,416	-0,2507
3	0	,32357*	0,01376	0	0,2566	0,3906
	1	,09865*	0,01206	0	0,04	0,1573

	2	,06616*	0,01191	0,006	0,0082	0,1241
	4	-0,03575	0,01192	0,831	-0,0937	0,0222
	5	-0,04805	0,01244	0,384	-0,1086	0,0125
	6	-,13971*	0,01315	0	-0,2037	-0,0757
	7	-,15298*	0,01368	0	-0,2196	-0,0864
	8	-,14013*	0,01434	0	-0,2099	-0,0703
	9	-,16995*	0,01469	0	-0,2415	-0,0985
	10	-,18237*	0,01508	0	-0,2558	-0,109
	11	-,18840*	0,01558	0	-0,2642	-0,1126
	12	-,21545*	0,01618	0	-0,2942	-0,1367
	13	-,20700*	0,01664	0	-0,288	-0,126
	14	-,26721*	0,01679	0	-0,3489	-0,1855
4	0	,35931*	0,014	0	0,2912	0,4275
	1	,13439*	0,01233	0	0,0744	0,1944
	2	,10191*	0,01219	0	0,0426	0,1612
	3	0,03575	0,01192	0,831	-0,0222	0,0937
	5	-0,01231	0,01271	1	-0,0741	0,0495
	6	-,10396*	0,01339	0	-0,1691	-0,0388
	7	-,11723*	0,01392	0	-0,185	-0,0495
	8	-,10438*	0,01457	0	-0,1753	-0,0335
	9	-,13421*	0,01492	0	-0,2068	-0,0616
	10	-,14662*	0,0153	0	-0,2211	-0,0722
	11	-,15265*	0,01579	0	-0,2295	-0,0758
	12	-,17971*	0,01638	0	-0,2594	-0,1
	13	-,17125*	0,01684	0	-0,2532	-0,0893
	14	-,23146*	0,01699	0	-0,3141	-0,1488
5	0	,37162*	0,01445	0	0,3013	0,442
	1	,14670*	0,01284	0	0,0842	0,2092
	2	,11421*	0,0127	0	0,0524	0,176

	3	0,04805	0,01244	0,384	-0,0125	0,1086
	4	0,01231	0,01271	1	-0,0495	0,0741
	6	-,09165*	0,01386	0	-0,1591	-0,0242
	7	-,10493*	0,01437	0	-0,1749	-0,035
	8	-,09207*	0,01501	0,001	-0,1651	-0,019
	9	-,12190*	0,01534	0	-0,1966	-0,0472
	10	-,13431*	0,01571	0	-0,2108	-0,0578
	11	-,14034*	0,01619	0	-0,2192	-0,0615
	12	-,16740*	0,01677	0	-0,249	-0,0858
	13	-,15894*	0,01722	0	-0,2427	-0,0751
	14	-,21916*	0,01736	0	-0,3037	-0,1347
6	0	,46327*	0,01506	0	0,39	0,5366
	1	,23835*	0,01352	0	0,1725	0,3042
	2	,20586*	0,01339	0	0,1407	0,271
	3	,13971*	0,01315	0	0,0757	0,2037
	4	,10396*	0,01339	0	0,0388	0,1691
	5	,09165*	0,01386	0	0,0242	0,1591
	7	-0,01328	0,01499	1	-0,0862	0,0597
	8	-0,00042	0,01559	1	-0,0763	0,0755
	9	-0,03025	0,01591	0,997	-0,1077	0,0472
	10	-0,04266	0,01628	0,94	-0,1219	0,0366
	11	-0,04869	0,01674	0,864	-0,1302	0,0328
	12	-0,07575	0,01729	0,158	-0,1599	0,0084
	13	-0,06729	0,01773	0,42	-0,1536	0,019
	14	-,12750*	0,01787	0	-0,2145	-0,0405
7	0	,47655*	0,01553	0	0,401	0,5521
	1	,25163*	0,01404	0	0,1833	0,32
	2	,21914*	0,01392	0	0,1514	0,2869
	3	,15298*	0,01368	0	0,0864	0,2196

	4	,11723*	0,01392	0	0,0495	0,185
	5	,10493*	0,01437	0	0,035	0,1749
	6	0,01328	0,01499	1	-0,0597	0,0862
	8	0,01285	0,01605	1	-0,0652	0,091
	9	-0,01697	0,01636	1	-0,0966	0,0626
	10	-0,02939	0,01671	0,999	-0,1107	0,0519
	11	-0,03542	0,01716	0,994	-0,1189	0,0481
	12	-0,06247	0,0177	0,57	-0,1486	0,0237
	13	-0,05402	0,01813	0,839	-0,1423	0,0342
	14	-,11423*	0,01827	0	-0,2031	-0,0253
8	0	,46369*	0,01612	0	0,3852	0,5421
	1	,23877*	0,01469	0	0,1673	0,3103
	2	,20629*	0,01457	0	0,1354	0,2772
	3	,14013*	0,01434	0	0,0703	0,2099
	4	,10438*	0,01457	0	0,0335	0,1753
	5	,09207*	0,01501	0,001	0,019	0,1651
	6	0,00042	0,01559	1	-0,0755	0,0763
	7	-0,01285	0,01605	1	-0,091	0,0652
	9	-0,02983	0,01692	0,999	-0,1122	0,0525
	10	-0,04224	0,01726	0,967	-0,1262	0,0418
	11	-0,04827	0,0177	0,916	-0,1344	0,0379
	12	-0,07533	0,01822	0,251	-0,164	0,0134
	13	-0,06687	0,01864	0,537	-0,1576	0,0238
	14	-,12708*	0,01877	0	-0,2184	-0,0357
9	0	,49352*	0,01643	0	0,4136	0,5735
	1	,26860*	0,01503	0	0,1954	0,3418
	2	,23611*	0,01491	0	0,1635	0,3087
	3	,16995*	0,01469	0	0,0985	0,2415
	4	,13421*	0,01492	0	0,0616	0,2068

	5	,12190*	0,01534	0	0,0472	0,1966
	6	0,03025	0,01591	0,997	-0,0472	0,1077
	7	0,01697	0,01636	1	-0,0626	0,0966
	8	0,02983	0,01692	0,999	-0,0525	0,1122
	10	-0,01241	0,01755	1	-0,0978	0,073
	11	-0,01844	0,01798	1	-0,1059	0,0691
	12	-0,0455	0,0185	0,965	-0,1355	0,0445
	13	-0,03704	0,01891	0,996	-0,1291	0,055
	14	-,09726*	0,01904	0,025	-0,1899	-0,0046
10	0	,50593*	0,01678	0	0,4243	0,5876
	1	,28101*	0,01541	0	0,206	0,356
	2	,24853*	0,0153	0	0,1741	0,323
	3	,18237*	0,01508	0	0,109	0,2558
	4	,14662*	0,0153	0	0,0722	0,2211
	5	,13431*	0,01571	0	0,0578	0,2108
	6	0,04266	0,01628	0,94	-0,0366	0,1219
	7	0,02939	0,01671	0,999	-0,0519	0,1107
	8	0,04224	0,01726	0,967	-0,0418	0,1262
	9	0,01241	0,01755	1	-0,073	0,0978
	11	-0,00603	0,0183	1	-0,0951	0,083
	12	-0,03309	0,01881	0,999	-0,1246	0,0585
	13	-0,02463	0,01921	1	-0,1181	0,0689
	14	-0,08484	0,01934	0,156	-0,179	0,0093
11	0	,51196*	0,01723	0	0,4281	0,5958
	1	,28704*	0,0159	0	0,2097	0,3644
	2	,25456*	0,01579	0	0,1777	0,3314
	3	,18840*	0,01558	0	0,1126	0,2642
	4	,15265*	0,01579	0	0,0758	0,2295
	5	,14034*	0,01619	0	0,0615	0,2192

	6	0,04869	0,01674	0,864	-0,0328	0,1302
	7	0,03542	0,01716	0,994	-0,0481	0,1189
	8	0,04827	0,0177	0,916	-0,0379	0,1344
	9	0,01844	0,01798	1	-0,0691	0,1059
	10	0,00603	0,0183	1	-0,083	0,0951
	12	-0,02706	0,01921	1	-0,1206	0,0664
	13	-0,0186	0,01961	1	-0,114	0,0768
	14	-0,07881	0,01973	0,316	-0,1749	0,0172
12	0	,53902*	0,01777	0	0,4525	0,6255
	1	,31410*	0,01648	0	0,2339	0,3943
	2	,28161*	0,01638	0	0,2019	0,3613
	3	,21545*	0,01618	0	0,1367	0,2942
	4	,17971*	0,01638	0	0,1	0,2594
	5	,16740*	0,01677	0	0,0858	0,249
	6	0,07575	0,01729	0,158	-0,0084	0,1599
	7	0,06247	0,0177	0,57	-0,0237	0,1486
	8	0,07533	0,01822	0,251	-0,0134	0,164
	9	0,0455	0,0185	0,965	-0,0445	0,1355
	10	0,03309	0,01881	0,999	-0,0585	0,1246
	11	0,02706	0,01921	1	-0,0664	0,1206
	13	0,00846	0,02008	1	-0,0893	0,1062
	14	-0,05176	0,02021	0,95	-0,1501	0,0466
13	0	,53056*	0,0182	0	0,442	0,6191
	1	,30564*	0,01694	0	0,2232	0,3881
	2	,27316*	0,01684	0	0,1912	0,3551
	3	,20700*	0,01664	0	0,126	0,288
	4	,17125*	0,01684	0	0,0893	0,2532
	5	,15894*	0,01722	0	0,0751	0,2427
	6	0,06729	0,01773	0,42	-0,019	0,1536

	7	0,05402	0,01813	0,839	-0,0342	0,1423
	8	0,06687	0,01864	0,537	-0,0238	0,1576
	9	0,03704	0,01891	0,996	-0,055	0,1291
	10	0,02463	0,01921	1	-0,0689	0,1181
	11	0,0186	0,01961	1	-0,0768	0,114
	12	-0,00846	0,02008	1	-0,1062	0,0893
	14	-0,06021	0,02058	0,858	-0,1604	0,04
14	0	,59078*	0,01833	0	0,5016	0,68
	1	,36586*	0,01709	0	0,2827	0,449
	2	,33337*	0,01699	0	0,2507	0,416
	3	,26721*	0,01679	0	0,1855	0,3489
	4	,23146*	0,01699	0	0,1488	0,3141
	5	,21916*	0,01736	0	0,1347	0,3037
	6	,12750*	0,01787	0	0,0405	0,2145
	7	,11423*	0,01827	0	0,0253	0,2031
	8	,12708*	0,01877	0	0,0357	0,2184
	9	,09726*	0,01904	0,025	0,0046	0,1899
	10	0,08484	0,01934	0,156	-0,0093	0,179
	11	0,07881	0,01973	0,316	-0,0172	0,1749
	12	0,05176	0,02021	0,95	-0,0466	0,1501
	13	0,06021	0,02058	0,858	-0,04	0,1604

Tabla 87. Comparaciones múltiples (Scheffee)

En las dos tablas anteriores hacemos una comparación de medias de grupos obteniendo en varias de estas comparaciones un resultados estadísticamente significativo (<0.05) y pudiendo concluir por tanto que entre esos grupos existen diferencias en las medias. En los casos en que el resultado es > 0.05 podemos concluir que no hay diferencias entre las medias.

Nivel de triaje por centro de salud

Decíamos al principio de este análisis de los resultados que eran tres las áreas en las que se realizaba el triaje TAP en urgencias de Atención Primaria y diez los centros de salud que cuentan con este programa (Área IV Oviedo; La Lila, Pumarín, La Corredoria, La Eria. Área V Gijón; El Llano, La Calzada, Parque Somio, Puerta la Villa. Área III Avilés; Quirinal y Corvera).

Vamos a analizar a continuación la relación entre el centro de triaje/atención urgente y el centro de procedencia del paciente.

		Mismo centro	Otro centro
Centro de triaje	Quirinal	2874	11570
	Corvera	1513	994
	La Corredoria	5158	1363
	La Lila	669	1986
	La Eria	1391	2201
	Pumarín	1242	2082
	Paque Sommio	2258	2457
	La Calzada	3643	1932
	Puerta La Villa	1613	4204
	El Llano	3311	7810

Tabla 88. Centro de triaje y centro de origen

Al concentrarse los fines de semana y festivos las urgencia en determinados centros de salud cerrando el resto vemos en la tabla que son más los pacientes vistos de otros centros en algunos casos que los del propio centro.

En la siguiente tabla vemos la media de los pacientes vistos en el mismo centro o en otro centro diferente al suyo de referencia para la consulta ordinaria.

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Mismo centro	23637	3,6736	0,6956	0,00452
Otro centro	36562	3,6377	0,68309	0,00357

Tabla 89. Media de nivel de triaje en relación con centro de salud

Al realizar una comparación de medias mediante una t-student observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas.

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior	
1	Se asumen varianzas iguales	9,764	0,002	6,268	60197	0	0,03599	0,00574	0,02474	0,04725

Tabla 90. Comparación de medias

A continuación pasamos a analizar el nivel de triaje en relación al centro de procedencia del paciente.

	Mismo centro	Otro centro
Nivel 1	18	28
Nivel 2	2267	3390
Nivel 3	3925	7216
Nivel 4	16628	25096
Nivel 5	799	832

Tabla 91. Nivel de triaje y centro

Y si realizamos una prueba X^2 podemos comprobar que las dos variables estudiadas (nivel de triaje y centro de origen) son dependientes, es decir, existe una relación entre ellas (sig.<0.05).

Prueba X^2 de Pearson		
mismo_centro		
Nivel	Chi-cuadrado	148,304
	gl	4
	Sig.	,000*

Tabla 92. X^2 de Pearson

En la siguiente tabla hacemos una comparación de proporciones de columna para ver como en los niveles 3,4 y 5 existen diferencias porcentuales estadísticamente significativas entre los pacientes del mismo centro de origen y los de otro centro.

Mismo centro		
	Mismo centro	Otro centro
	(A)	(B)
Nivel 1		
Nivel 2		
Nivel 3		A
Nivel 4	B	
Nivel 5	B	

Tabla 93. Comparación de proporciones de columna

Analizamos a continuación los centros de origen en relación con la media de nivel de triaje.

Centro de origen			
<i>Centro de origen</i>	Media	N	Desviación estándar
Llano Ponte	3,5979	2094	0,69584
Sabugo	3,584	4120	0,6822
Quirinal	3,5867	2882	0,6963
Magdalena	3,6188	3751	0,6667
Villalegre	3,5626	1772	0,74009

Corvera	3,5408	2036	0,75942
Cudillero	3,5	2	0,70711
Pravia	3,4444	9	0,72648
Castrillon	3,5714	35	0,73907
Luanco	3,4375	16	0,62915
Noreña	3,2381	21	0,94365
Lugones	3,7895	19	0,71328
Pola de Siero	3,7368	19	0,65338
Nava	3,7	10	0,82327
Salas	4	1	.
Grado	3,5	2	0,70711
Riosa	4	8	0
Belmonte	3,5	4	0,57735
Proaza	3	1	.
Vallobín	3,6463	1227	0,67855
Naranco	3,8939	726	0,69959
La Corredoria	3,7662	5197	0,69322
La Fresneda	3,3333	6	0,8165
La Lila	3,6284	689	0,68293
Somiedo	3,7708	48	0,881
Paulino Prieto	3,6447	380	0,63959
La Eria	3,6819	1421	0,67146
El Cristo	3,6955	890	0,68281
Otero	3,6873	582	0,64949
Ventanielles	3,7049	1813	0,6997
Teatinos	3,884	1310	0,70487
Pumarín	3,9254	1313	0,71711
Llanera	3,4286	21	0,87014
Zarracina	3,8443	931	0,49123

Parque Somio	3,7693	2315	0,59413
Villaviciosa	3,4815	27	0,89315
Laviada	3,7824	1319	0,58077
Montevil	3,4729	2381	0,69133
Candas	3,7941	34	0,64099
La Calzada	3,6067	3712	0,72186
Natahoyo	3,6174	1584	0,72155
Puerta la Villa	3,8395	1651	0,506
Perchera	3,8386	1363	0,49852
Severo Ochoa	3,5209	2369	0,68318
Contrueces	3,4938	2580	0,69533
El Llano	3,4949	3362	0,71212
El Coto	3,7599	1995	0,59165
Otra área	3,6474	777	0,67863
Otra provincia	3,6405	1374	0,70705
Total	3,6518	60199	0,68825

Tabla 94. Media de nivel de triaje según centro de origen

Ahora vemos la relación entre centros de triaje y media de nivel de triaje.

Centro de triaje			
<i>Centro de triaje</i>	Media	N	Desviación estándar
Quirinal	3,5911	14428	0,68872
Corvera	3,5508	2500	0,75766
La Corredoria	3,7619	6514	0,69894
La Lila	3,6317	2653	0,67859
La Eria	3,6717	3591	0,6771
Pumarín	3,919	3321	0,70052

Paque Somio	3,7651	4713	0,59728
La Calzada	3,6079	5565	0,72474
Puerta La Villa	3,8347	5814	0,51071
El Llano	3,4852	11100	0,70193
Total	3,6518	60199	0,68825

Tabla 95. Media de nivel de triaje según centro de triaje

Vemos en estas tablas como si hay diferencias entre la medias de triaje en varios grupos de comparaciones (sig.<0.05).

Nivel					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	970,887	9	107,876	235,732	0
Dentro de grupos	27543,898	60189	0,458		
Total	28514,785	60198			

Tabla 96. Comparación de medias (ANOVA)

Variable dependiente: nivel						
Scheffe						
(I) c_triaje	(J) c_triaje	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Quirinal	Corvera	0,04034	0,01465	0,577	-0,0199	0,1006
	La Corredoria	-,17076*	0,0101	0	-0,2123	-0,1292

	La Lila	-0,0406	0,01429	0,527	-0,0994	0,0182
	La Eria	-,08054*	0,01262	0	-0,1324	-0,0286
	Pumarín	-,32786*	0,01302	0	-0,3814	-0,2743
	Parque Somio	-,17398*	0,01135	0	-0,2207	-0,1273
	La Calzada	-0,01676	0,01067	0,982	-0,0607	0,0271
	Puerta La Villa	-,24357*	0,01051	0	-0,2868	-0,2003
	El Llano	,10592*	0,00854	0	0,0708	0,141
Corvera	Quirinal	-0,04034	0,01465	0,577	-0,1006	0,0199
	La Corredoria	-,21110*	0,01592	0	-0,2766	-0,1456
	La Lila	-,08094*	0,01886	0,031	-0,1585	-0,0034
	La Eria	-,12088*	0,01762	0	-0,1934	-0,0484
	Pumarín	-,36820*	0,01791	0	-0,4419	-0,2945
	Parque Somio	-,21432*	0,01674	0	-0,2832	-0,1455
	La Calzada	-0,05711	0,01629	0,197	-0,1241	0,0099
	Puerta La Villa	-,28391*	0,01618	0	-0,3505	-0,2174
	El Llano	,06557*	0,01498	0,024	0,004	0,1272
La Corredoria	Quirinal	,17076*	0,0101	0	0,1292	0,2123
	Corvera	,21110*	0,01592	0	0,1456	0,2766
	La Lila	,13016*	0,01558	0	0,0661	0,1942
	La Eria	,09022*	0,01406	0	0,0324	0,1481
	Pumarín	-,15710*	0,01442	0	-0,2164	-0,0978
	Parque Somio	-0,00322	0,01294	1	-0,0564	0,05
	La Calzada	,15399*	0,01235	0	0,1032	0,2048
	Puerta La Villa	-,07281*	0,01221	0	-0,123	-0,0226
	El Llano	,27667*	0,01056	0	0,2332	0,3201
LaLila	Quirinal	0,0406	0,01429	0,527	-0,0182	0,0994

	Corvera	,08094*	0,01886	0,031	0,0034	0,1585
	La Corredoria	-,13016*	0,01558	0	-0,1942	-0,0661
	La Eria	-0,03994	0,01732	0,806	-0,1112	0,0313
	Pumarín	-,28726*	0,01762	0	-0,3597	-0,2148
	Parque Somio	-,13338*	0,01642	0	-0,2009	-0,0658
	La Calzada	0,02383	0,01596	0,987	-0,0418	0,0895
	Puerta La Villa	-,20297*	0,01585	0	-0,2682	-0,1378
	El Llano	,14651*	0,01462	0	0,0864	0,2066
La Eria	Quirinal	,08054*	0,01262	0	0,0286	0,1324
	Corvera	,12088*	0,01762	0	0,0484	0,1934
	La Corredoria	-,09022*	0,01406	0	-0,1481	-0,0324
	La Lila	0,03994	0,01732	0,806	-0,0313	0,1112
	Pumarín	-,24732*	0,01629	0	-0,3143	-0,1803
	Parque Somio	-,09344*	0,01498	0	-0,1551	-0,0318
	La Calzada	,06377*	0,01448	0,022	0,0042	0,1233
	Puerta La Villa	-,16303*	0,01436	0	-0,2221	-0,104
	El Llano	,18645*	0,01299	0	0,133	0,2399
Pumarín	Quirinal	,32786*	0,01302	0	0,2743	0,3814
	Corvera	,36820*	0,01791	0	0,2945	0,4419
	La Corredoria	,15710*	0,01442	0	0,0978	0,2164
	La Lila	,28726*	0,01762	0	0,2148	0,3597
	La Eria	,24732*	0,01629	0	0,1803	0,3143
	Parque Somio	,15388*	0,01533	0	0,0908	0,2169
	La Calzada	,31109*	0,01483	0	0,2501	0,3721
	Puerta La Villa	,08429*	0,01471	0	0,0238	0,1448

	El Llano	,43378*	0,01338	0	0,3787	0,4888
Parque Somio	Quirinal	,17398*	0,01135	0	0,1273	0,2207
	Corvera	,21432*	0,01674	0	0,1455	0,2832
	La Corredoria	0,00322	0,01294	1	-0,05	0,0564
	La Lila	,13338*	0,01642	0	0,0658	0,2009
	La Eria	,09344*	0,01498	0	0,0318	0,1551
	Pumarín	-,15388*	0,01533	0	-0,2169	-0,0908
	La Calzada	,15721*	0,01339	0	0,1021	0,2123
	Puerta La Villa	-,06959*	0,01326	0,001	-0,1241	-0,0151
	El Llano	,27989*	0,01176	0	0,2315	0,3283
	La Calzada	Quirinal	0,01676	0,01067	0,982	-0,0271
Corvera		0,05711	0,01629	0,197	-0,0099	0,1241
La Corredoria		-,15399*	0,01235	0	-0,2048	-0,1032
La Lila		-0,02383	0,01596	0,987	-0,0895	0,0418
La Eria		-,06377*	0,01448	0,022	-0,1233	-0,0042
Pumarín		-,31109*	0,01483	0	-0,3721	-0,2501
Parque Somio		-,15721*	0,01339	0	-0,2123	-0,1021
Puerta La Villa		-,22680*	0,01269	0	-0,279	-0,1746
El Llano		,12268*	0,01111	0	0,077	0,1684
Puerta La Villa		Quirinal	,24357*	0,01051	0	0,2003
	Corvera	,28391*	0,01618	0	0,2174	0,3505
	La Corredoria	,07281*	0,01221	0	0,0226	0,123
	La Lila	,20297*	0,01585	0	0,1378	0,2682
	La Eria	,16303*	0,01436	0	0,104	0,2221
	Pumarín	-,08429*	0,01471	0	-0,1448	-0,0238
	Parque Somio	,06959*	0,01326	0,001	0,0151	0,1241

	La Calzada	,22680*	0,01269	0	0,1746	0,279
	El Llano	,34948*	0,01095	0	0,3044	0,3945
El Llano	Quirinal	-,10592*	0,00854	0	-0,141	-0,0708
	Corvera	-,06557*	0,01498	0,024	-0,1272	-0,004
	La Corredoria	-,27667*	0,01056	0	-0,3201	-0,2332
	La Lila	-,14651*	0,01462	0	-0,2066	-0,0864
	La Eria	-,18645*	0,01299	0	-0,2399	-0,133
	Pumarín	-,43378*	0,01338	0	-0,4888	-0,3787
	Parque Somio	-,27989*	0,01176	0	-0,3283	-0,2315
	La Calzada	-,12268*	0,01111	0	-0,1684	-0,077
	Puerta La Villa	-,34948*	0,01095	0	-0,3945	-0,3044

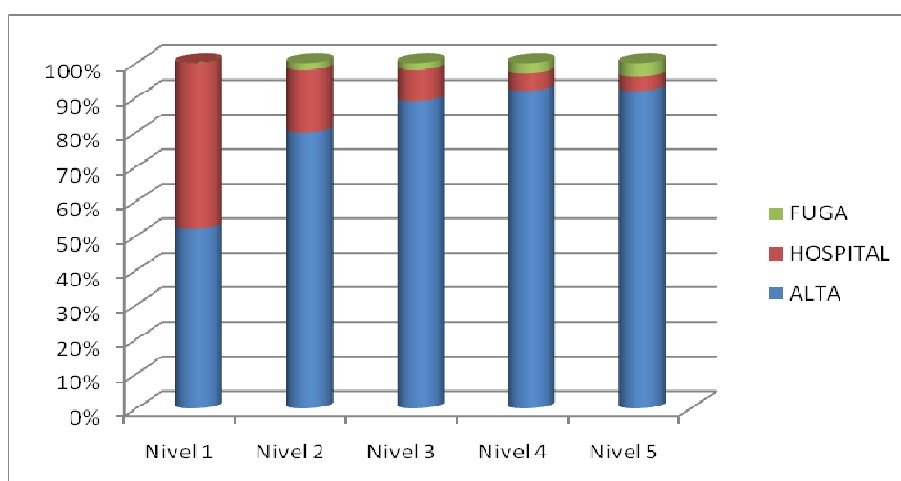
Tabla 97. Comparación de medias de grupos (Scheffe).

Nivel de triaje y destino de los pacientes

Seguidamente analizamos el destino final de los pacientes tras ser clasificados con nuestro sistema de triaje y luego vistos por el médico de guardia. Como vemos las posibilidades son tres. Pueden ser enviados a su casa, derivados al hospital y el resto son pacientes que se fugan.

	ALTA	HOSPITAL	FUGA	TOTAL
Nivel 1	24 (52,2%)	22 (47,8%)	0 (0,0%)	46
Nivel 2	4491 (79,7%)	1039 (18,4%)	108 (1,9%)	5638
Nivel 3	9850 (88,6%)	1038 (9,3%)	225 (2,0%)	11113
Nivel 4	38622 (92,8%)	1913 (4,6%)	1089 (2,6%)	41624
Nivel 5	1502 (92,3%)	64 (3,9%)	62 (3,8%)	1628
	54489 (90,7%)	4076 (6,8%)	1484 (2,5%)	60049

Tabla 98. Destino según nivel de triaje



Gráfica 60. Destino según nivel de triaje

En esta gráfica se puede ver más claramente como los pacientes con niveles más bajos (1 y 2) son más frecuentemente derivados al hospital y en cambio la derivación en los niveles más altos (4 y 5) es menor.

Los pacientes derivamos al hospital tienen una media de nivel de triaje más baja (3.235) que los que se van de alta al domicilio (3.68) y también los fugados tienen un mayor nivel de triaje (3.74).

Esta diferencia de medias es estadísticamente significativa (<0.05) en algunos casos como puede verse en la tabla inferior.

	Media	N	Desviación estándar
Alta	3,6806	54489	0,66332
Hospital	3,235	4076	0,86809
Fuga	3,7446	1484	0,64773
Total	3,652	60049	0,68812

Tabla 99. Media de nivel de triaje según destino del paciente

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	766,054	2	383,027	831,276	0
Dentro de grupos	27667,416	60046	0,461		
Total	28433,47	60048			

Tabla 100. Comparación de medias (ANOVA)

Comparaciones múltiples						
Variable dependiente: nivel						
Scheffe						
(I)Destino	(J) Destino	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Alta	Derivación hospital	,44560*	0,01102	0	0,4186	0,4726
	Fuga	-,06398*	0,01786	0,002	-0,1077	-0,0203
Derivación al hospital	Alta	-,44560*	0,01102	0	-0,4726	-0,4186
	Fuga	-,50957*	0,02058	0	-0,56	-0,4592
Fuga	Alta	,06398*	0,01786	0,002	0,0203	0,1077
	Derivación hospital	,50957*	0,02058	0	0,4592	0,56

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05

Tabla 101. Comparación de medias de grupos (Scheffe).

Utilizamos las pruebas de ANOVA y Scheffe para comparar las medias.

Comparaciones de proporciones de columna ^b			
	ALTA	HOSPITAL	FUGA
	(A)	(B)	(C)
NIVEL 1		A	. ^a
NIVEL 2		A C	
NIVEL 3	C	A C	
NIVEL 4	B		B
NIVEL 5	B		A B

Tabla 102. Comparación de proporciones de columna

Arriba vemos que en los pacientes de nivel 1 los destinos “alta” y “derivación al hospital” cuentan con diferencias porcentuales estadísticamente significativas, al igual que en los niveles 2, 3, 4 y 5. Por otro lado los pacientes con nivel 2, 3 y 5 los destinos “alta” y “fuga” cuentan con diferencias porcentuales estadísticamente significativas.

En el nivel 3, 4 y 5 los destinos “derivación al hospital” y “fuga” cuentan con diferencias porcentuales estadísticamente significativas.

Podemos resumir diciendo que hay diferencias en prácticamente todas las comparaciones posibles entre niveles de triaje y destinos de los pacientes.

^aEn el caso de fugas en el nivel 1 no se puede comparar al ser cero.

^b La pruebas se ajustan para todas las comparaciones por parejas dentro de una fila de cada subtabla más interior, utilizando la corrección Bonferroni.

Nivel de triaje en pacientes desplazados y no desplazados

Vemos a continuación como el 60.7% de los pacientes que acuden a urgencias no pertenecen a ese centro de salud.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No desplazados	23680	39,3	39,3	39,3
Desplazados	36591	60,7	60,7	100
Total	60271	100	100	

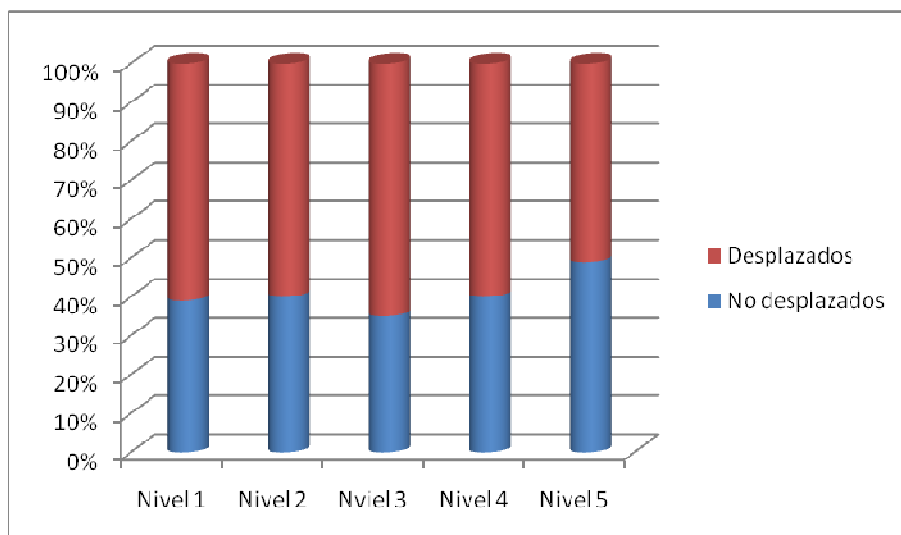
Tabla 103. Frecuencia y porcentaje de pacientes desplazados/no desplazados

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
No desplazados	23645	3,6736	0,6956	0,00452
Desplazados	36554	3,6377	0,68308	0,00357

Tabla 104. Media de nivel de triaje en pacientes desplazados/no desplazados

	No desplazados		Desplazados		Total
Nivel 1	18	(39,1%)	28	(60,9%)	46
Nivel 2	2268	(40,1%)	3389	(59,9%)	5657
Nivel 3	3926	(35,2%)	7215	(64,8%)	11141
Nivel 4	16634	(39,9%)	25090	(60,1%)	41724
Nivel 5	799	(49,0%)	832	(51,0%)	1631

Tabla 105. Nivel de triaje en pacientes desplazados y no desplazados



Gráfica 61. Niveles de triaje en desplazados y no desplazados

Comparaciones de proporciones de columna		
	Desplazados	
	No desplazados	Desplazados
	(A)	(B)
Nivel 1		
Nivel 2		
Nivel 3		A
Nivel 4	B	
Nivel 5	B	

Tabla 106. Comparación de proporciones de columna

En esta tabla podemos observar que en el nivel 3 entre los desplazados y no desplazados existen diferencias porcentuales estadísticamente significativas, al igual que en el nivel 4 y 5.

	Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estandar	95% intervalo de confianza de la diferencia	
							inferior	superior	
Se asumen varianzas iguales	9,757	0,002	6,265	60197	0	0,03597	0,0057	0,02472	0,04723

Tabla 107. Prueba de muestras independientes

Utilizando una prueba t-student para comparar medias entre los grupos (desplazados/no desplazdos) vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas entres ambos grupos.

Nivel de triaje según motivo de consulta

Analizamos a continuación los niveles de triaje relacionándolos con los motivos de consulta.

	Media	N	Desviación estándar
OJOS Y ANEJOS	3,9087	2573	0,43627
PIEL Y FANERAS	3,8822	6188	0,72244
PROBLEMAS CARDIACOS O CIRCULATORIOS	2,7381	42	0,93859
PROBLEMAS DEL APARATO LOCOMOTOR	3,8579	4054	0,51289
PROBLEMAS DIGESTIVOS	3,4674	5439	0,80774
PROBLEMAS ENDOCRINOS, METABOLICOS O NUTRICION	2,25	4	1,5
PROBLEMAS GENERALES INESPECIFICOS	3,3365	8987	0,66689
PROBLEMAS GENITALES FEMENINOS	3,5868	167	0,74644
PROBLEMAS GENITALES MASCULINOS	3,9197	299	0,42598
PROBLEMAS NEUROLOGICOS	3,1632	527	0,88284
PROBLEMAS ORL	3,8391	17621	0,46077
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS	4	32	0,508
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	3,4469	12847	0,80175
PROBLEMAS SANGUÍNEOS E INMUNITARIOS	3,8448	58	0,58645
PROBLEMAS SOCIALES	4,1278	446	0,58389
PROBLEMAS URINARIOS	3,918	915	0,38977
Total	3,6518	60199	0,68825

Tabla 108. Motivo de consulta y media de nivel de triaje



Gráfica 62. Media de triaje según motivos de consulta

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	3269,6	15	217,973	519,635	0
Dentro de grupos	25245,185	60183	0,419		
Total	28514,785	60198			

Tabla 109. Comparación de medias (ANOVA)

Variable dependiente: nivel						
Scheffe						
(I) grupo1	(J) grupo1	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Problemas generales inespecíficos	Problemas sanguíneos	-,50834*	0,08532	0,002	-0,9349	-0,0818
	Apto.Digestivo	-,13088*	0,01113	0	-0,1865	-0,0752
	Ojos y anejos	-,57218*	0,01448	0	-0,6446	-0,4998
	ORL	-,50263*	0,0084	0	-0,5446	-0,4607
	Apto.Circulatorio	,59839*	0,10017	0,002	0,0976	1,0992
	Apto.Locomotor	-,52143*	0,01225	0	-0,5827	-0,4602
	Sistema nervioso	,17330*	0,02903	0,002	0,0282	0,3184
	Probl.psicológicos	-,66351*	0,1147	0,004	-1,237	-0,0901
	Apto.respiratorio	-,11039*	0,00891	0	-0,1549	-0,0659
	Piel	-,54571*	0,0107	0	-0,5992	-0,4922
	Apto.endocrino	1,08649	0,32391	0,735	-0,533	2,706
	Apto. urinario	-,58155*	0,02247	0	-0,6939	-0,4692
	Apto.genital femenino	-0,25034	0,05058	0,057	-0,5032	0,0026
	Apto.genital masculino	-,58325*	0,03807	0	-0,7736	-0,3929
	Problemas sociales	-,79132*	0,03142	0	-0,9484	-0,6342
Problemas sanguíneos	Problemas generales inespecíficos	,50834*	0,08532	0,002	0,0818	0,9349
	Apto.Digestivo	0,37746	0,0855	0,192	-0,05	0,8049
	Ojos y anejos	-0,06384	0,086	1	-0,4938	0,3661
	ORL	0,00572	0,08518	1	-0,4202	0,4316
	Apto.Circulatorio	1,10673*	0,13122	0	0,4506	1,7628
	Apto.Locomotor	-0,01309	0,08565	1	-0,4413	0,4151
	Sistema nervioso	,68164*	0,0896	0	0,2337	1,1296
	Probl.psicológicos	-0,15517	0,14262	1	-0,8683	0,5579
	Apto.respiratorio	0,39795	0,08523	0,113	-0,0282	0,8241
	Piel	-0,03736	0,08544	1	-0,4646	0,3898

	Apto.endocrino	1,59483	0,33481	0,091	-0,0792	3,2688
	Apto. Urinario	-0,07321	0,0877	1	-0,5117	0,3653
	Apto.genital femenino	0,258	0,09871	0,962	-0,2355	0,7515
	Apto.genital masculino	-0,0749	0,09293	1	-0,5395	0,3897
	Problemas sociales	-0,28298	0,0904	0,832	-0,735	0,169
Apto.Digestivo	Problemas generales inespecíficos	,13088 [*]	0,01113	0	0,0752	0,1865
	Problemas sanguíneos	-0,37746	0,0855	0,192	-0,8049	0,05
	Ojos y anejos	-,44130 [*]	0,0155	0	-0,5188	-0,3638
	ORL	-,37175 [*]	0,01005	0	-0,422	-0,3215
	Apto.Circulatorio	,72927 [*]	0,10032	0	0,2277	1,2309
	Apto.Locomotor	-,39055 [*]	0,01344	0	-0,4577	-0,3234
	Sistema nervioso	,30418 [*]	0,02955	0	0,1564	0,4519
	Probl.psicológicos	-0,53263	0,11483	0,121	-1,1068	0,0415
	Apto.respiratorio	0,02049	0,01048	0,998	-0,0319	0,0729
	Piel	-,41483 [*]	0,01204	0	-0,475	-0,3546
	Apto.endocrino	1,21737	0,32395	0,516	-0,4023	2,8371
	Apto. Urinario	-,45067 [*]	0,02314	0	-0,5664	-0,335
	Apto.genital femenino	-0,11946	0,05088	0,987	-0,3739	0,1349
	Apto.genital masculino	-,45237 [*]	0,03847	0	-0,6447	-0,26
	Problemas sociales	-,66044 [*]	0,0319	0	-0,8199	-0,5009
Ojos y anejos	Problemas generales inespecíficos	,57218 [*]	0,01448	0	0,4998	0,6446
	Problemas sanguíneos	0,06384	0,086	1	-0,3661	0,4938
	Apto.Digestivo	,44130 [*]	0,0155	0	0,3638	0,5188
	ORL	,06955 [*]	0,01367	0,039	0,0012	0,1379
	Apto.Circulatorio	1,17057 [*]	0,10075	0	0,6668	1,6743
	Apto.Locomotor	0,05075	0,01632	0,84	-0,0309	0,1324
	Sistema nervioso	,74548 [*]	0,03097	0	0,5906	0,9003
	Probl.psicológicos	-0,09133	0,1152	1	-0,6673	0,4847
	Apto.respiratorio	,46179 [*]	0,01399	0	0,3919	0,5317
	Piel	0,02648	0,01519	1	-0,0495	0,1024
	Apto.endocrino	1,65867 [*]	0,32409	0,036	0,0383	3,279

	Apto. Urinario	-0,00937	0,02493	1	-0,134	0,1153
	Apto.genital femenino	,32184*	0,05172	0,001	0,0633	0,5804
	Apto.genital masculino	-0,01107	0,03957	1	-0,2089	0,1868
	Problemas sociales	-,21914*	0,03322	0	-0,3852	-0,053
ORL	Problemas generales inespecíficos	,50263*	0,0084	0	0,4607	0,5446
	Problemas sanguíneos	-0,00572	0,08518	1	-0,4316	0,4202
	Apto.Digestivo	,37175*	0,01005	0	0,3215	0,422
	Ojos y anejos	-,06955*	0,01367	0,039	-0,1379	-0,0012
	Apto.Circulatorio	1,10102*	0,10006	0	0,6008	1,6013
	Apto.Locomotor	-0,01881	0,01128	1	-0,0752	0,0376
	Sistema nervioso	,67592*	0,02863	0	0,5328	0,8191
	Probl.psicológicos	-0,16089	0,1146	1	-0,7339	0,4121
	Apto.respiratorio	,39224*	0,00751	0	0,3547	0,4298
	Piel	-0,04308	0,00957	0,162	-0,0909	0,0048
	Apto.endocrino	1,58911	0,32387	0,064	-0,0302	3,2084
	Apto. Urinario	-0,07892	0,02196	0,609	-0,1887	0,0309
	Apto.genital femenino	,25229*	0,05035	0,049	0,0005	0,5041
	Apto.genital masculino	-0,08062	0,03777	0,995	-0,2695	0,1082
	Problemas sociales	-,28869*	0,03105	0	-0,444	-0,1334
Apto.Circulatorio	Problemas generales inespecíficos	-,59839*	0,10017	0,002	-1,0992	-0,0976
	Problemas sanguíneos	-1,10673*	0,13122	0	-1,7628	-0,4506
	Apto.Digestivo	-,72927*	0,10032	0	-1,2309	-0,2277
	Ojos y anejos	-1,17057*	0,10075	0	-1,6743	-0,6668
	ORL	-1,10102*	0,10006	0	-1,6013	-0,6008
	Apto.Locomotor	-1,11982*	0,10045	0	-1,6221	-0,6176
	Sistema nervioso	-0,42509	0,10384	0,334	-0,9443	0,0941
	Probl.psicológicos	-1,26190*	0,15197	0	-2,0217	-0,5021
	Apto.respiratorio	-,70878*	0,1001	0	-1,2093	-0,2083
	Piel	-1,14410*	0,10028	0	-1,6455	-0,6427
	Apto.endocrino	0,4881	0,3389	1	-1,2064	2,1826
	Apto. Urinario	-1,17994*	0,10221	0	-1,6909	-0,6689

	Apto.genital femenino	-,84873 [*]	0,1118	0	-1,4077	-0,2897
	Apto.genital masculino	-1,18164 [*]	0,10673	0	-1,7152	-0,648
	Problemas sociales	-1,38971 [*]	0,10454	0	-1,9124	-0,867
Apto.Locomotor	Problemas generales inespecíficos	,52143 [*]	0,01225	0	0,4602	0,5827
	Problemas sanguíneos	0,01309	0,08565	1	-0,4151	0,4413
	Apto.Digestivo	,39055 [*]	0,01344	0	0,3234	0,4577
	Ojos y anejos	-0,05075	0,01632	0,84	-0,1324	0,0309
	ORL	0,01881	0,01128	1	-0,0376	0,0752
	Apto.Circulatorio	1,11982 [*]	0,10045	0	0,6176	1,6221
	Sistema nervioso	,69473 [*]	0,02999	0	0,5448	0,8447
	Probl.psicológicos	-0,14208	0,11494	1	-0,7168	0,4326
	Apto.respiratorio	,41104 [*]	0,01167	0	0,3527	0,4694
	Piel	-0,02427	0,01309	0,999	-0,0897	0,0412
	Apto.endocrino	1,60792	0,32399	0,055	-0,012	3,2278
	Apto. Urinario	-0,06011	0,0237	0,972	-0,1786	0,0584
	Apto.genital femenino	,27109 [*]	0,05114	0,021	0,0154	0,5268
	Apto.genital masculino	-0,06181	0,03881	1	-0,2559	0,1322
	Problemas sociales	-2,6988 [*]	0,03231	0	-0,4314	-0,1083
Sistema nervioso	Problemas generales inespecíficos	-,17330 [*]	0,02903	0,002	-0,3184	-0,0282
	Problemas sanguíneos	-,68164 [*]	0,0896	0	-1,1296	-0,2337
	Apto.Digestivo	-,30418 [*]	0,02955	0	-0,4519	-0,1564
	Ojos y anejos	-,74548 [*]	0,03097	0	-0,9003	-0,5906
	ORL	-,67592 [*]	0,02863	0	-0,8191	-0,5328
	Apto.Circulatorio	0,42509	0,10384	0,334	-0,0941	0,9443
	Apto.Locomotor	-,69473 [*]	0,02999	0	-0,8447	-0,5448
	Probl.psicológicos	-,83681 [*]	0,11792	0	-1,4264	-0,2472
	Apto.respiratorio	-,28369 [*]	0,02879	0	-0,4276	-0,1398
	Piel	-,71900 [*]	0,02939	0	-0,8659	-0,5721
	Apto.endocrino	0,91319	0,32506	0,928	-0,7121	2,5384
	Apto. Urinario	-,75484 [*]	0,03542	0	-0,9319	-0,5778
	Apto.genital femenino	-,42364 [*]	0,05751	0	-0,7112	-0,1361

	Apto.genital masculino	-,75654*	0,04689	0	-0,991	-0,5221
	Problemas sociales	-,96461*	0,04167	0	-1,173	-0,7563
Probl.psicológicos	Problemas generales inespecificos	,66351*	0,1147	0,004	0,0901	1,237
	Problemas sanguineos	0,15517	0,14262	1	-0,5579	0,8683
	Apto.Digestivo	0,53263	0,11483	0,121	-0,0415	1,1068
	Ojos y anejos	0,09133	0,1152	1	-0,4847	0,6673
	ORL	0,16089	0,1146	1	-0,4121	0,7339
	Apto.Circulatorio	1,26190*	0,15197	0	0,5021	2,0217
	Apto.Locomotor	0,14208	0,11494	1	-0,4326	0,7168
	Sistema nervioso	,83681*	0,11792	0	0,2472	1,4264
	Apto.respiratorio	0,55313	0,11464	0,078	-0,02	1,1263
	Piel	0,11781	0,11479	1	-0,4561	0,6917
	Apto.endocrino	1,75000*	0,34348	0,038	0,0327	3,4673
	Apto. Urinario	0,08197	0,11648	1	-0,5004	0,6643
	Apto.genital femenino	0,41317	0,12498	0,758	-0,2117	1,0381
	Apto.genital masculino	0,08027	0,12046	1	-0,522	0,6826
	Problemas sociales	-0,1278	0,11853	1	-0,7204	0,4648
Apto.respiratorio	Problemas generales inespecificos	,11039*	0,00891	0	0,0659	0,1549
	Problemas sanguineos	-0,39795	0,08523	0,113	-0,8241	0,0282
	Apto.Digestivo	-0,02049	0,01048	0,998	-0,0729	0,0319
	Ojos y anejos	-,46179*	0,01399	0	-0,5317	-0,3919
	ORL	-,39224*	0,00751	0	-0,4298	-0,3547
	Apto.Circulatorio	,70878*	0,1001	0	0,2083	1,2093
	Apto.Locomotor	-,41104*	0,01167	0	-0,4694	-0,3527
	Sistema nervioso	,28369*	0,02879	0	0,1398	0,4276
	Probl.psicológicos	-0,55313	0,11464	0,078	-1,1263	0,02
	Piel	-,43532*	0,01002	0	-0,4854	-0,3852
	Apto.endocrino	1,19687	0,32388	0,552	-0,4225	2,8162
	Apto. Urinario	-,47116*	0,02216	0	-0,582	-0,3604
	Apto.genital femenino	-0,13995	0,05044	0,935	-0,3922	0,1123
	Apto.genital masculino	-,47286*	0,03789	0	-0,6623	-0,2834

	Problemas sociales	-,68093 [*]	0,0312	0	-0,8369	-0,525
Piel	Problemas generales inespecíficos	,54571 [*]	0,0107	0	0,4922	0,5992
	Problemas sanguíneos	0,03736	0,08544	1	-0,3898	0,4646
	Apto.Digestivo	,41483 [*]	0,01204	0	0,3546	0,475
	Ojos y anejos	-0,02648	0,01519	1	-0,1024	0,0495
	ORL	0,04308	0,00957	0,162	-0,0048	0,0909
	Apto.Circulatorio	1,14410 [*]	0,10028	0	0,6427	1,6455
	Apto.Locomotor	0,02427	0,01309	0,999	-0,0412	0,0897
	Sistema nervioso	,71900 [*]	0,02939	0	0,5721	0,8659
	Probl.psicológicos	-0,11781	0,11479	1	-0,6917	0,4561
	Apto.respiratorio	,43532 [*]	0,01002	0	0,3852	0,4854
	Apto.endocrino	1,63219 [*]	0,32394	0,045	0,0126	3,2518
	Apto. Urinario	-0,03584	0,02294	1	-0,1505	0,0789
	Apto.genital femenino	,29536 [*]	0,05079	0,004	0,0414	0,5493
	Apto.genital masculino	-0,03754	0,03835	1	-0,2293	0,1542
	Problemas sociales	-,24561 [*]	0,03175	0	-0,4044	-0,0868
Apto.endocrino	Problemas generales inespecíficos	-1,08649	0,32391	0,735	-2,706	0,533
	Problemas sanguíneos	-1,59483	0,33481	0,091	-3,2688	0,0792
	Apto.Digestivo	-1,21737	0,32395	0,516	-2,8371	0,4023
	Ojos y anejos	-1,65867 [*]	0,32409	0,036	-3,279	-0,0383
	ORL	-1,58911	0,32387	0,064	-3,2084	0,0302
	Apto.Circulatorio	-0,4881	0,3389	1	-2,1826	1,2064
	Apto.Locomotor	-1,60792	0,32399	0,055	-3,2278	0,012
	Sistema nervioso	-0,91319	0,32506	0,928	-2,5384	0,7121
	Probl.psicológicos	-1,75000 [*]	0,34348	0,038	-3,4673	-0,0327
	Apto.respiratorio	-1,19687	0,32388	0,552	-2,8162	0,4225
	Piel	-1,63219 [*]	0,32394	0,045	-3,2518	-0,0126
	Apto. Urinario	-1,66803 [*]	0,32454	0,034	-3,2907	-0,0454
	Apto.genital femenino	-1,33683	0,32769	0,341	-2,9752	0,3016
	Apto.genital masculino	-1,66973 [*]	0,32599	0,036	-3,2996	-0,0398
	Problemas sociales	-1,87780 [*]	0,32528	0,004	-3,5042	-0,2514

Apto. Urinario	Problemas generales inespecíficos	,58155 [*]	0,02247	0	0,4692	0,6939
	Problemas sanguíneos	0,07321	0,0877	1	-0,3653	0,5117
	Apto.Digestivo	,45067 [*]	0,02314	0	0,335	0,5664
	Ojos y anejos	0,00937	0,02493	1	-0,1153	0,134
	ORL	0,07892	0,02196	0,609	-0,0309	0,1887
	Apto.Circulatorio	1,17994 [*]	0,10221	0	0,6689	1,6909
	Apto.Locomotor	0,06011	0,0237	0,972	-0,0584	0,1786
	Sistema nervioso	,75484 [*]	0,03542	0	0,5778	0,9319
	Probl.psicológicos	-0,08197	0,11648	1	-0,6643	0,5004
	Apto.respiratorio	,47116 [*]	0,02216	0	0,3604	0,582
	Piel	0,03584	0,02294	1	-0,0789	0,1505
	Apto.endocrino	1,66803 [*]	0,32454	0,034	0,0454	3,2907
	Apto.genital femenino	,33121 [*]	0,0545	0,001	0,0587	0,6037
	Apto.genital masculino	-0,0017	0,04314	1	-0,2174	0,214
	Problemas sociales	-,20977 [*]	0,0374	0,008	-0,3968	-0,0228
Apto.genital femenino	Problemas generales inespecíficos	0,25034	0,05058	0,057	-0,0026	0,5032
	Problemas sanguíneo	-0,258	0,09871	0,962	-0,7515	0,2355
	Apto.Digestivo	0,11946	0,05088	0,987	-0,1349	0,3739
	Ojos y anejos	-,32184 [*]	0,05172	0,001	-0,5804	-0,0633
	ORL	-,25229 [*]	0,05035	0,049	-0,5041	-0,0005
	Apto.Circulatorio	,84873 [*]	0,1118	0	0,2897	1,4077
	Apto.Locomotor	-,27109 [*]	0,05114	0,021	-0,5268	-0,0154
	Sistema nervioso	,42364 [*]	0,05751	0	0,1361	0,7112
	Probl.psicológicos	-0,41317	0,12498	0,758	-1,0381	0,2117
	Apto.respiratorio	0,13995	0,05044	0,935	-0,1123	0,3922
	Piel	-,29536 [*]	0,05079	0,004	-0,5493	-0,0414
	Apto.endocrino	1,33683	0,32769	0,341	-0,3016	2,9752
	Apto. Urinario	-,33121 [*]	0,0545	0,001	-0,6037	-0,0587
	Apto.genital masculino	-,33291 [*]	0,06257	0,02	-0,6457	-0,0201
	Problemas sociales	-,54098 [*]	0,05876	0	-0,8347	-0,2472
Apto.genital masculino	Problemas generales inespecíficos	,58325 [*]	0,03807	0	0,3929	0,7736

	Problemas sanguíneos	0,0749	0,09293	1	-0,3897	0,5395
	Apto.Digestivo	,45237*	0,03847	0	0,26	0,6447
	Ojos y anejos	0,01107	0,03957	1	-0,1868	0,2089
	ORL	0,08062	0,03777	0,995	-0,1082	0,2695
	Apto.Circulatorio	1,18164*	0,10673	0	0,648	1,7152
	Apto.Locomotor	0,06181	0,03881	1	-0,1322	0,2559
	Sistema nervioso	,75654*	0,04689	0	0,5221	0,991
	Probl.psicológicos	-0,08027	0,12046	1	-0,6826	0,522
	Apto.respiratorio	,47286*	0,03789	0	0,2834	0,6623
	Piel	0,03754	0,03835	1	-0,1542	0,2293
	Apto.endocrino	1,66973*	0,32599	0,036	0,0398	3,2996
	Apto. Urinario	0,0017	0,04314	1	-0,214	0,2174
	Apto.genital femenino	,33291*	0,06257	0,02	0,0201	0,6457
	Problemas sociales	-0,20807	0,04841	0,239	-0,4501	0,034
Problemas sociales	Problemas generales inespecíficos	,79132*	0,03142	0	0,6342	0,9484
	Problemas sanguíneos	0,28298	0,0904	0,832	-0,169	0,735
	Apto.Digestivo	,66044*	0,0319	0	0,5009	0,8199
	Ojos y anejos	,21914*	0,03322	0	0,053	0,3852
	ORL	,28869*	0,03105	0	0,1334	0,444
	Apto.Circulatorio	1,38971*	0,10454	0	0,867	1,9124
	Apto.Locomotor	,26988*	0,03231	0	0,1083	0,4314
	Sistema nervioso	,96461*	0,04167	0	0,7563	1,173
	Probl.psicológicos	0,1278	0,11853	1	-0,4648	0,7204
	Apto.respiratorio	,68093*	0,0312	0	0,525	0,8369
	Piel	,24561*	0,03175	0	0,0868	0,4044
	Apto.endocrino	1,87780*	0,32528	0,004	0,2514	3,5042
	Apto. urinario	,20977*	0,0374	0,008	0,0228	0,3968
	Apto.genital femenino	,54098*	0,05876	0	0,2472	0,8347
	Apto.genital masculino	0,20807	0,04841	0,239	-0,034	0,4501

Tabla 110. Comparaciones múltiples (P.Scheffe)

En las dos tablas anteriores hacemos una comparación de medias de grupos utilizando las pruebas de Scheffe y ANOVA. En varias de estas comparaciones obtenemos un resultados estadísticamente significativo (<0.05), pudiendo concluir por tanto que entre esos grupos existen diferencias en las medias. En los casos en que el resultado es > 0.05 podemos decir que no hay diferencias entre las medias.

4.2.12. Destino y motivo de consulta

Estudiamos a continuación la relación entre el motivo de consulta y el destino final de los pacientes tras ser triados y vistos por el médico de guardia.

	Destino			
	Alta	Hospital	Fuga	Total
Problemas generales inespecíficos	8025 (90%)	726 (8%)	212 (2%)	8963
Problemas sanguíneos	56 (97%)	1 (2%)	1 (2%)	58
Apto. digestivo	4749 (86%)	634 (12%)	112 (2%)	5495
Ojos y anejos	2408 (94%)	86 (3%)	72 (3%)	2566
ORL	16734 (95%)	457 (3%)	400 (2%)	17591
Apto.circulatorio	35 (83%)	7 (17%)	0 (0%)	42
Apto.locomotor	3132 (78%)	797 (20%)	112 (3%)	4041
Sistema nervioso	437 (83%)	76 (15%)	11 (2%)	524
Problemas psicológicos	29 (94%)	2 (6%)	0 (0%)	31
Apto.respiratorio	11545 (90%)	922 (7%)	350 (3%)	12817
Piel	5720 (93%)	290 (5%)	162 (3%)	6172

Endocrino	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	4
Apto.urinario	845 (93%)	46 (5%)	18 (2%)	909
Apto.genital femenino	147 (89%)	14 (8%)	5 (3%)	166
Apto.genital masculino	259 (87%)	31 (10%)	7 (2%)	297
Problemas sociales	413 (93%)	10 (2%)	22 (5%)	445

Tabla 111. Destino según motivo de consulta

En la siguiente tabla podemos ver los casos en los que existen diferencias porcentuales estadísticamente significativas entre los destinos y los motivos de consulta.

	Destino		
	Alta	Hospital	Fuga
	(A)	(B)	(C)
Problemas generales inespecíficos		A C	
Problemas sanguíneos			
Apto. digestivo		A C	
Ojos y anejos	B		B
ORL	B C		B
Apto.circulatorio		A	. ^a
Apto.locomotor		A C	A
Sistema nervioso		A C	
Problemas psicológicos			. ^a
Apto.respiratorio			

Piel	B	B
Endocrino	A	. ^a
Apto.urinario		
Apto.genital femenino		
Apto.genital masculino	A	
Problemas sociales	B	A B

Tabla 112. Comparación de proporciones de columna

4.2.13. Análisis de validación del test

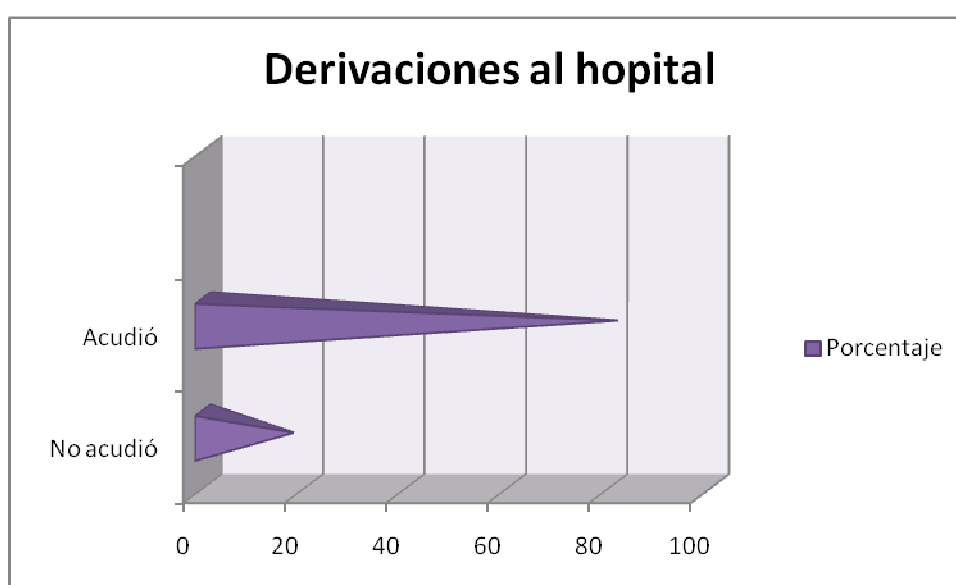
Nuestra muestra a estudio la componen 60.271 personas, que son los niños triados en Oviedo, Gijón y Avilés desde 9 octubre de 2010 hasta 31 diciembre 2014. Ahora vamos a centrarnos en los clasificados en este tiempo en el área IV (Oviedo) y que tras ser vistos por el médico de guardia son derivados al hospital de referencia, que es en este caso el HUCA. Nos saldrían un total de 977 pacientes. De este grupo tomamos una muestra de 180 niños que a continuación vamos a analizar.

4.2.13.1. Pacientes derivados al Hospital

Las primeras conclusiones interesantes desde el punto de vista del análisis de la muestra de la población de estudio, se definen mediante la siguiente tabla y gráfica donde podemos ver cuántos de los derivados fueron o no fueron al hospital:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No acudió	33	18	18	18
Acudió	151	82	82	100
Total	184	100	100	

Tabla 113. Pacientes derivados al hospital



Gráfica 63. Pacientes derivados al hospital

4.2.13.2. Comparativa con valoración externa

De todos los pacientes derivados desde Atención Primaria al hospital y que acudieron tenemos una valoración realizada por un médico. En este caso el médico era yo. Solamente tenía como datos del paciente su nombre, apellidos, fecha de nacimiento y fecha en la que había acudido a urgencias de Atención Primaria. Con esos datos buscaba al paciente en el archivo electrónico del hospital y veía si había acudido o no y en caso de acudir que era lo que le había pasado. Analizando el caso y

sin saber en ningún momento que nivel de triaje había obtenido en urgencias de Atención Primaria emitía un juicio clínico que consistía en clasificarlo como leve, moderado o grave.

En la siguiente tabla relacionamos dicho pronóstico con la media de nivel de triaje obtenida con el TAP.

Nivel triaje			
Pronóstico	Media	N	Desviación estándar
Leve	3,061	98	1,1737
Moderado	2,476	42	1,1313
Grave	1,833	6	0,9832
Total	2,842	146	1,1959

Tabla 114. Media de nivel de triaje según pronóstico

ANOVA					
Nivel triaje					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	16,435	2	8,217	6,154	0,003
Dentro de grupos	190,942	143	1,335		
Total	207,377	145			

Tabla 115. Datos de regresión lineal de nivel de triaje y pronóstico

Como se puede ver a más gravedad nivel de triaje más próximo a 1 y las diferencias entre todos los grupos son estadísticamente significativas como se observa en la tabla anterior ($p < 0.003$).

4.2.13.3. Nivel de triaje y consumo de recursos

Creamos una variable para el consumo de recursos y así relacionarla con los niveles de triaje. Establecimos cuatro pruebas diagnósticas; analítica de sangre, analítica de orina, radiografía y otras. De esta forma podemos obtener resultados entre 0 (no se hizo ninguna prueba) y 4 (se realizaron 4 pruebas o más). En la siguiente tabla se ve la relación entre el consumo de recursos y la media del nivel de triaje.

Nivel triaje			
Recursos	Media	N	Desviación estándar
0	2,79	119	1,2064
1	3,106	47	1,1465
2	2,333	9	1,118
3	3,5	4	1,291
4	3	1	.
Total	2,867	180	1,1931

Tabla 116. Media de nivel de triaje y consumo de recursos

Observamos que no existe una clara relación entre el consumo de recursos y nivel de triaje, ya que los que más recursos consumen tienen un nivel de triaje más alto que los que no consumen ningún recurso.

Este dato podría explicarse por el hecho de que en muchos casos los niños son derivados al hospital por la necesidad de hacer pruebas complementarias con las

que no se cuenta en las urgencias de Atención Primaria y no porque precisen una valoración hospitalaria.

4.2.13.4. Niveles de triaje en pacientes ingresados

Si comparamos ahora la media del nivel de triaje con el alta/ingreso hospitalario obtenemos la siguiente tabla:

Nivel triaje			
Alta	Media	N	Desviación estándar
Alta	2,847	137	1,1813
Alta voluntaria	4	1	.
Ingreso	2,905	42	1,2457
Total	2,867	180	1,1931

Tabla 117. Media de nivel de triaje y destino

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior		Superior
Nivel triaje	Se asumen varianzas iguales	0,293	0,589	-0,275	177	0,784	-0,058	0,211	-0,4745	0,3584
	No se asumen varianzas iguales			-0,267	65,229	0,79	-0,058	0,2171	-0,4916	0,3755

Tabla 118. Comparativa de nivel de triaje (Prueba de Levene)

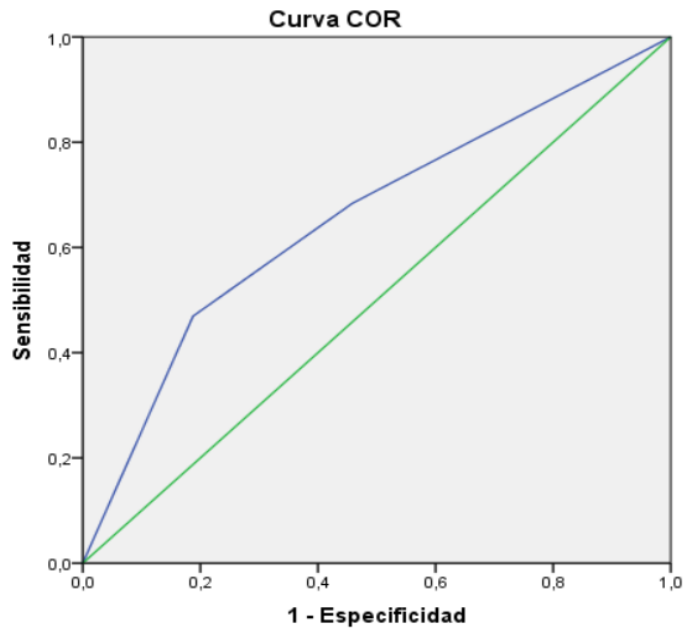
Haciendo una t-student entre las altas y los ingresos vemos como entre ellos no existen diferencias estadísticamente significativas.

4.2.13.5. Sensibilidad, Especificidad y Valores Predictivos

A continuación agrupamos los niveles de triaje de la siguiente manera; nivel 1 y 2 graves, nivel 3 moderados y nivel 4 y 5 leves. Y seguidamente comparamos estos niveles de triaje con el pronóstico emitido por el médico (leve, moderado y grave).

		Pronóstico		
		Leve	Moderado	Grave
Gravedad triaje	Grave	31	22	4
	Moderado	21	11	2
	Leve	46	9	0

Tabla 119. Comparativa nivel de triaje con pronóstico



La curva ROC ofrece un valor diagnóstico positivo con un área bajo la curva de 0,656.

		Pronóstico	
		Grave	Leve
Triaje	Grave	4	31
	Leve	0	46

Tabla 120. Comparativa nivel de triaje con pronóstico

Obtenemos así el valor de la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo.

Sensibilidad	100%
Especificidad	60%
Valor predictivo positivo	11%
Valor predictivo negativo	100 %

Tabla 121. Sensibilidad, especificidad, VPP y VPP del test de triaje pediátrico TAP

Vemos con estos datos como nuestro test tiene una sensibilidad del 100%, es decir, en ningún caso realizaría infratriaje. No tiene una gran especificidad lo cual sería un aspecto a mejorar en estudios posteriores, lo cual quiere decir que algunos llevan un nivel de triaje superior al que realmente le correspondería.

5. DISCUSIÓN

La discusión de este proyecto de investigación la vamos a dividir en dos partes. En una primera analizaremos los resultados del estudio piloto y en la segunda parte los resultados del estudio de validación, donde valoraremos los datos demográficos de la muestra, niveles de triaje, destinos, áreas, tiempos de triaje y la relación entre estas variables.

5.1. Estudio piloto

Se obtuvo una muestra de 35 pacientes menores de 15 años. No hubo ninguna pérdida, ya que nadie rechazó participar en el estudio.

De esas 35 persona diez eran niños (28.5%) y veinticinco niñas (71.4%). La frecuencia es mayor en el grupo de edad comprendido entre 19 y 24 meses (20%), manteniéndose el resto de los grupos con una frecuencia menor y más equilibrada.

Casi el total de la muestra se obtuvo en el centro de salud de Ventanielles (97,1%). Sólo un paciente procedía del centro de salud de La Corredoria y ninguno de La Lila. La frecuencia de visitas a la guardia del centro de Ventanielles fue muy superior al resto, debido a la escasa demanda de urgencias en los otros centros, posiblemente debido al periodo vacacional en que se recogieron los datos.

En cuanto a la distribución por grupos de patología podemos encontrar algunas diferencias entre ambos triadores.

Para el triador número uno los grupos más frecuentes son: “Problemas generales inespecíficos” (22,9%), “ORL” (20%) y “Ojos y anejos” (6%).

Para el triador número dos los grupos más frecuentes son: “ORL” (25,7%), “Aparato locomotor” (6%), “Problemas generales inespecíficos” (4%).

Esto tal vez pueda deberse a que el apartado de “Problemas generales inespecíficos” engloba patologías que también podrían enmarcarse en otros grupos.

Los motivos de consulta más prevalentes para el triador número uno fueron; “Fiebre”, “Ojo rojo”, “Alergia/reacción alérgica”, “Dolor muscular” y “Faringitis/amigdalitis estreptocócica”. Para el triador número dos los más frecuentes fueron; “Dolor muscular”, “Faringitis/amigdalitis estreptocócica”, “Dolor de oído/oreja”, “Infección respiratoria aguda superior” y “Disuria/micción dolorosa”. Este dato puede explicarse por las distintas opciones que da el sistema TAP para llegar a un mismo punto. Es decir, un paciente es raro que consulte por una sola cosa, puede tener fiebre, disuria y dolor abdominal englobándose todo en el contexto de un cólico nefrítico. De esta manera la persona que le realiza el triaje puede empezar a clasificar a ese paciente con nuestro sistema entrando en “Fiebre” o “Dolor abdominal” o “Disuria”. Lo importante es que empiece por donde empiece el triaje el nivel concuerde con su urgencia.

El tiempo que se empleó en triar a los pacientes estuvo entre 16 y 133 segundos, con una media de 47,65 segundos. Si vemos el tiempo en función del triador, observamos que el triador número uno empleó una media de 57,54 segundos, mientras que la media del triador número dos fue de 37,77 segundos. Como se puede observar hay una diferencia en el tiempo empleado por los triadores. Calculamos una t- student para comparar ambas medias y vemos que esas diferencias de tiempo son significativas. Podría explicarse por la diferencia entre los ordenadores utilizados por ambos triadores, ya que uno era más rápido que el otro y también por la

velocidad en que el paciente contesta al primer triador y al segundo, puesto que ya sabe las preguntas que se le van a hacer.

En cuanto al análisis del nivel de triaje obtenido, podemos observar que para ambos triadores el grupo más frecuente es que corresponde al nivel 4 (37,1% y 60% respectivamente), seguido también en ambos casos del nivel 5 (34,3% y 14,3%), si bien es cierto que en el caso del triador dos hay un empate con el nivel 2. Estos resultados eran los esperados, teniendo en cuenta la práctica clínica diaria y los estudios previos revisados.

Analizamos si existen diferencias entre los niveles de triaje obtenidos en función del sexo mediante una tabla de contingencia y un contraste de hipótesis mediante chi-cuadrado. En las tablas número 16 y 18 podemos observar que no existen diferencias estadísticamente significativas. Es decir el tiempo de triaje no varía en función del sexo del paciente, coincidiendo en esto ambos triadores.

A lo largo de todo el estudio hemos visto que los resultados de ambos triadores han mostrado diferencias en algunos aspectos. Para valorar en qué medida los evaluadores han obtenido unos resultados similares se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclase, con un resultado de 0,742 lo cual quiere decir que el cuestionario es fiable.

Si hacemos un análisis de la correlación (Pearson) entre el nivel obtenido por el programa y el nivel obtenido a juicio del médico observamos que ambos triadores obtienen niveles similares y estadísticamente significativos pero no así con el nivel médico. Pero en ningún caso el programa produjo un infratriaje, que sería lo que nos preocuparía, en lo que podría ser un fallo grave del Programa de Triaje Pediátrico en Atención Primaria.

El análisis de la entrevista telefónica 15 días después de la visita a urgencias no aportó datos relevantes debido al gran número de pacientes que no contestaron a dicha llamada.

5.2. Estudio de validación

5.2.1. Datos demográficos

Partimos de un total de 60.271 casos con ninguna pérdida, es por tanto una muestra, que si la comparamos con otros estudios, tiene un tamaño considerable y además son pacientes reales y no simulados como hacen en otras investigaciones consultadas. Son el total de los pacientes en edad pediátrica (0-14 años) a los que se les realizó el triaje en las tres áreas sanitarias de Asturias donde en la actualidad está implantado el TAP (Gómez, 2003).

Sexo. El 51.6% de las personas que fueron triadas eran niñas frente el 48.4% que eran niños. Tenemos por tanto una muestra muy homogénea en lo que a sexo se refiere, a diferencia del estudio piloto en el que el 71.4% eran niñas. Al comparar con otros estudios hospitalarios, vemos que lo más frecuente es que el porcentaje de varones supere al de mujeres. La única razón que se nos ocurre para explicar este dato es que en Asturias las mujeres representan el 52.01% del censo, casi un punto y medio por encima de la media nacional (Oterino, 2007).

Edad. Contamos con pacientes en edad pediátrica, entre 0 y 14 años. Si analizamos nuestro grupo por edades veremos que el grueso de nuestra muestra se concentra

entre los 1 y 6 años (56.8%), observándose luego un descenso paulatino hasta el 3.5% de 14 años.

5.2.2. Nivel de triaje

Como explicábamos en el apartado de material y método nuestro sistema de triaje consta de cinco niveles de gravedad ya que la mayor parte de los sistemas de triaje validados funcionan igualmente con cinco niveles. Esto hace que la comparación con dichos sistemas ya validados y aplicados en centros sanitarios sea posible. Si bien es cierto que existen otras escalas con un número de niveles distintos a cinco (Álvarez, 1998; Chip-Jin, 2011; Mirjam, 2012; Blanco, 2004).

El nivel verde es el más frecuente con el 69.2% de los casos. Seguido muy de lejos por el amarillo (18.5%), naranja (9.4%), azul (2.7%) y rojo (0.1%) ya que sólo 46 niños fueron clasificados como rojos del total de triados (60.271). Estos datos difieren algo de los obtenidos en el TAP versión adultos, en cuyo análisis de resultados veíamos como el tercer nivel en frecuencia era el azul y no el naranja como en nuestro estudio (verde, amarillo, azul, naranja y rojo) (Cobo, 2012).

Viendo ahora conjuntamente el destino con el nivel de triaje podemos observar como de los 4076 pacientes derivados al hospital el 51.49% obtuvieron un nivel de triaje 1-3 mientras que entre las altas los niveles 4-5 fueron los más frecuentes (73.63%). Dato que apoya la validez de nuestro estudio, es decir, no parece según estos datos que realice supra/infratriaje.

Si valoramos ahora la media del nivel de triaje en función del destino veremos que los pacientes que reciben el alta médica tienen una media de 3.68, las derivaciones hospitalarias 3.24 y los que se fugan 3.74. Observamos por tanto que las derivaciones al hospital tienen un menor nivel de triaje, es decir, son más urgentes. Y

además esta diferencia es estadísticamente significativa. Utilizando una prueba de contraste a posteriori vemos que en realidad la diferencia es estadísticamente significativa en todos los casos, es decir comparando altas con derivados al hospital, altas con fugas y derivados al hospital con fugas.

Analizando el nivel de triaje en función del sexo constatamos que existen diferencias porcentuales significativas entre ambos sexos en los niveles 2, 3 y 4, no así en el 1 y 5.

Comparando ahora nivel de triaje en las distintas edades vemos que los pacientes con nivel de triaje más alto (1 y 2) se localizan en su mayoría en la franja de 0-12 meses. Conforme aumenta la edad aumenta el porcentaje de niños que reciben un nivel 4, que es el más frecuente en todas las franjas de edad. La media del nivel de triaje aumenta progresivamente hacia niveles menos urgentes conforme aumenta la edad del paciente.

5.2.3. Destino

Si valoramos cual fue el destino de los pacientes tras ser triados y posteriormente visto por el médico de guardia vemos que el 90.5% se fueron de alta al domicilio. Sólo un 6.8% fueron derivados al hospital. El 2.5% restante se fugó antes de ser visto por el médico. Este dato es similar en niños y en adultos (Cobo, 2012).

5.2.4. Área sanitaria

Nuestra muestra procede de las tres áreas sanitarias donde actualmente está implantado el sistema de triaje TAP en las urgencias de fines de semana y festivo: área III (Avilés), área IV (Oviedo) y área V (Gijón). En la tabla 6 podemos ver como el 45.2% de la muestra procede del área 5 (Gijón), el 28.1% de Avilés y el

26.7% de Oviedo. Vemos así como el área IV a pesar de tener más población infantil que las otras dos áreas acuden menos a urgencias.

Dentro de estas 3 áreas sanitarias 10 son los centros de salud donde se realiza el TAP. A esto centros llegan pacientes derivados de otros centros que no tienen servicio de urgencias. En algunos casos se ven más pacientes de otros centros que del propio centro que atiende las urgencias, como es el caso de Quirinal, algo lógico ya que en el área III sólo abren dos centros de salud los fines de semana y es en el mejor situado donde se concentra el grueso de las urgencias esos días. La Lila, Puerta la Villa o El Llano son otros ejemplos. Si comparamos las medias de nivel de triaje entre los distintos centros vemos como en muchos casos existen diferencias estadísticamente significativas. En los centros más alejados suele haber una menor demanda pero por el contrario los pacientes que acuden suelen hacerlo con problemas más “urgentes” como podrían ser Pravia o Noreña, con poco pacientes pero con un nivel de triaje más bajo.

5.2.5. Tiempo de triaje

En cuanto a los tiempos de triaje vemos que la media fue de 63.9 segundos, un tiempo muy apropiado ya que demuestra que es un proceso rápido y que no entorpece la atención al paciente. Cabe destacar además que está por debajo de la media de tiempo empleado en el triaje en la versión adulta del TAP (106 segundos) (Cobo, 2012).

Otro tiempo a valorar es el que pasan los niños en la sala desde que llegan al centro de salud hasta que pasan a la consulta de triaje. Este tiempo medio fue de 5.4 minutos, también inferior a la versión adultos que fue de 7 minutos. Aún así ambos tiempos son muy aceptables e inferiores a otros estudios, si bien es cierto que la

mayoría de las comparaciones se han hecho con estudios a nivel hospitalario (Álvarez, 1998; Chip-Jin, 2011; Mirjam, 2012; Blanco, 2004).

Recordamos que nuestro sistema, al igual que la mayoría de los sistemas de triaje, establece el tiempo máximo en el que ha de ser visto un paciente tras pasar por el triaje y recibir un nivel. Analizamos así que porcentaje de pacientes no cumplían con esto, es decir, tardaban más en ser vistos de lo que recomendaba el TAP. El porcentaje fue del 28.9%, lo cual sería un aspecto importante a mejorar en la atención médica.

5.2.6. Motivos de consulta

Para discutir los resultados de este apartado no hemos podido recurrir a otros sistemas de triaje pediátricos en atención primaria pues apenas hemos encontrado artículos del tema, por eso lo hemos hecho con sistemas de triaje hospitalarios aplicados a las urgencias pediátricas. Todos ellos cuentan con un número de motivos de consulta superior al nuestro (91) diferencia lógica si tenemos en cuenta que los niños que acuden a urgencias de atención primaria lo hacen por patologías diferentes a las de los niños que acuden al hospital (Gómez, 2006; Mirjam, 2012).

Según la CIE 10, que como habíamos dicho es la clasificación que para hacer el sistema TAP se tomó como referencia, existen dieciséis grandes grupos en los que se engloban todos los motivos de consulta y los podemos ordenar de mayor a menor según su frecuencia de consulta en urgencias pediátricas de atención primaria (gráfico 7): “Problemas ORL” (29.2%), “Problemas neumológicos” (21.3%), “Patología general inespecífica” (14.9%), “Problemas dermatológicos” (10.3%), “Problemas digestivos” (9.1%), “Problemas del aparato locomotor” (6.7%), “Problemas oftalmológicos” (4.3%), “Patología urológica” (1.5%), “Problemas

neurológicos” (0.9%), “Problemas sociales” (0.7%), “Patología genital masculina” (0.5%), “Patología genital femenina” (0.3%), “Problemas sanguíneos” (0.1%), “Problemas cardiocirculatorios” (0.1%), “Problemas psicológicos/psiquiátricos” (0.1%) y “Problemas endocrinos” (0%). Tanto en la versión niños como adultos los problemas ORL son los más frecuentes. También en ambas los problemas endocrinos son de los menos frecuentes.

Analicemos ahora aparato por aparato:

Problemas generales inespecíficos

Representan el 14.9% de los motivos de consulta, convirtiéndose así en el tercer grupo más frecuente. “Fiebre” es el principal motivo por el que acude un niño a urgencias (75%). El 62% de estos niños tienen un nivel 3 de triaje, siendo este nivel el más frecuente dentro de este grupo de “Problemas generales inespecíficos”. Es por tanto un grupo con una frecuencia y urgencia considerable.

Problemas sanguíneos e inmunitarios

Representa el 0.1% de los motivos de consulta. La mitad de los que consultan en este grupo lo hacen por “Adenopatías”, obteniendo un 86% un nivel verde. Es un grupo reducido ya que la mayoría de las adenopatías serán por un proceso infeccioso por lo que será más frecuente que el niño acuda por fiebre, malestar o un dolor referido y no realmente por un problema hematológico.

Problemas digestivos

Representan el 9.1% de los motivos de consulta. El 95% de los niños que consultan por patología digestiva lo hacen por “Vómitos o patología deglutoria” (40%), “Alteraciones del hábito intestinal” (31%) o “Dolor abdominal” (21%). El 64% obtienen en el TAP un nivel verde.

Ojos y anejos

Representan en 4.3% de los motivos de consulta, séptimo grupo en frecuencia. El “Ojo rojo o doloroso” es el principal motivo de consulta (87%), como lógica ya que este síntoma engloba mucha patología oftalmológica (conjuntivitis, queratitis, úlcera, uveítis....). El 93% se clasifican con nivel 4.

Problemas ORL

Es el grupo más frecuente. El 29.2% de las consultas de los niños en urgencias de atención primaria son por problemas otorrinolaringológicos. Dentro de este grupo el 66% consultan por “Patología de garganta y/o nariz”, seguido de “Enfermedades del oído” (27%). El 83% de los problemas otorrininos obtienen un nivel 4. Es por tanto el grupo más frecuente pero engloba patología que en su mayoría no requiere una inmediata atención en urgencias. Son datos esperados en vista a la población analizada, niños, y que es en esta edad en la que los virus/bacterias frecuentan más las vías respiratorias.

Problemas cardiocirculatorios

Es un grupo poco frecuente (0.1%). Sólo 42 niños consultaron por problemas cardiocirculatorios pero sin embargo obtenemos datos muy interesantes. Cabe destacar que el 50% acudió por la misma patología, “Dolor torácico”. Llama la atención que el 60% de los niños que consultan por problemas cardiocirculatorios obtengan un nivel 2. Es por tanto un grupo poco frecuente pero con un nivel de urgencia considerable. Datos todos ellos esperables al hablar de un grupo importante en cuanto a gravedad pero con una incidencia reducida en la edad pediátrica.

Problemas del aparato locomotor

Representa el 6.7% de los motivos de consulta, sexto grupo en frecuencia. Tal vez algo menos de lo esperado según otros estudios pero es posible que sea porque muchos pacientes acuden directamente a urgencias hospitalarias al carecer en primaria de aparatos de rayos X. Las consultas por alteraciones de las extremidades representan el 83% de los motivos de consulta, obteniendo en su mayoría nivel 4 de triaje. Cabe destacar el “Niño con cojera”, poco frecuente, sólo 17 casos, pero el 94% obtuvieron un nivel 2, lo cual está bien dada la importancia de esta patología en la edad pediátrica.

Problemas genitales femeninos

Este grupo representa el 0.3% de los motivos de consulta. El 65% acuden por “Alteraciones en los órganos genitales inferiores”. El resto de motivos de consulta tienen una frecuencia baja como corresponde a niñas menores de 14 años. El 64% tienen un nivel 4 de triaje.

Problemas genitales masculinos

Representa el 0.5% de los motivos de consulta. Algo más que en niñas al contrario de lo que ocurre en adultos, donde son las consultas de mujeres más frecuentes que las de hombres en patologías genitales. El 73% lo hace por “Alteraciones en el pene”. El 89% del total tienen un nivel 4. De nuevo los datos son los esperados en niños donde las balanitis, fimosis...son el principal motivo de consulta en todos los estudios.

Problemas neurológicos

Representan el 0.9% de los motivos de consulta. EL 62% acuden por “Cefalea”, porcentaje elevado y lógico al hablar de niños ya que estos refieren cefalea cuando tienen fiebre, malestar general...y no saben precisar el síntoma. El 58% de los que

consultan por dolor de cabeza tienen nivel 4. El segundo motivo de consulta es “Traumatismo craneoencefálico” (21%) teniendo el 80% nivel 2. Dato éste coherente si tenemos en cuenta la frecuencia y a la vez necesidad de observación a un niño tras un golpe en la cabeza.

Piel y faneras

Representa el 10.3% de los motivos de consulta, siendo el cuarto grupo en frecuencia. El 78% consultan por “Lesión cutánea aguda”. Lo esperable al hablar de niños, población más vulnerable a las caídas, golpes...con heridas, hematomas... El 73% de las lesiones cutáneas tienen un nivel 4.

Problemas urinarios

Este grupo engloba el 1.5% de los motivos de consulta. El 94% acuden por “infección urinaria”, siendo el 91% nivel verde.

Problemas endocrinos y metabólicos

Es el grupo menos frecuentes (<0.1%). Pero llama la atención que de los cuatro pacientes que acudieron por problemas endocrinos/metabólicos dos lo hicieron por “Alteraciones apetito/sed” y obtuvieron nivel 1.

Problemas neumológicos

Es el segundo grupo más frecuente (21.3%), sólo por detrás de problemas ORL. El 84% consulta por “Tos”, también uno de los motivos de consulta más frecuentes en consulta ordinaria de pediatría. Aunque es cierto que no todas las toses van a ser de origen neumológico. El 68% de los niños con tos tienen un nivel 4. Por disnea acuden muy pocos niños pero con un nivel de urgencia importante (95% nivel 2).

Problemas sociales

En este grupo se incluyen el 0.7% de los motivos de consulta. El 87% de los pacientes acuden por recetas u otros papeles. El 75% tienen un nivel 4 y el 23% un nivel 5, niveles lógicos si entendemos que hablamos de problemas fundamentalmente burocráticos. Acudieron siete niños por “Problemas de maltrato”, siendo el 57% nivel 2 y el 29% nivel 3.

Problemas psicológicos

Representan el 0.1% de los motivos de consulta, es por tanto uno de los menos frecuentes. El 84% consultan por “Alteraciones del ánimo”, obteniendo un 93% un nivel 4. Datos lógicos si recordamos que hablamos de niños.

5.2.7. Análisis de validación del test

De nuestra muestra de 60.271 pacientes se derivaron al hospital el 1.62%. De esos el 82% acudieron y el resto, 18%, no.

Como comentamos en el apartado de resultados pedimos a un médico que valorase los casos derivados y emitiese una valoración dándole tres opciones: leve, moderado, grave. Si comparamos esta valoración externa con el nivel de triaje obtenido con el TAP vemos como a más gravedad nivel de triaje más próximo a uno. Las diferencias entre todos los grupos son estadísticamente significativas ($p < 0.003$).

Como también explicamos en el apartado de resultados creamos una variable que denominamos “consumo de recursos” con un valor entre 0 y 4 en función de las pruebas realizadas (análisis de sangre, análisis de orina, radiografía, otros). Observamos que no existe una clara relación entre el consumo de recursos y nivel de triaje, ya que los que más recursos consumen tienen un nivel de triaje más alto que los que no consumen ningún recurso. Este dato podría explicarse por el hecho de

que en muchos casos los niños son derivados al hospital por la necesidad de hacer pruebas complementarias con las que no se cuenta en las urgencias de atención primaria.

Otro dato que obtuvimos comparando nivel de triaje con alta/ingreso hospitalario fue que no existen diferencias estadísticamente significativas. Pudiendo explicarse por el mismo motivo que el apartado anterior, que muchas veces se derivan al hospital no porque se crea que necesiten ingreso si no pruebas complementarias.

Para finalizar calculamos la sensibilidad, especificidad, valores predictivos de nuestro test de triaje TAP.

Sensibilidad; 100%

Especificidad; 60%

Valor predictivo positivo; 11%

Valor predictivo negativo; 100%

6. CONCLUSIONES

La presente tesis doctoral tuvo como objetivo la creación de un sistema de triaje con una aplicación informática utilizable en las urgencias pediátricas de Atención Primaria. Para ello se llevo a cabo un intenso y laborioso trabajo de estudio del tema, elaboración del cuestionario y programa informático complementario y finalmente estudio de resultados que nos llevan a obtener las siguientes conclusiones:

- El programa de triaje pediátrico en Atención Primaria TAP se puede **aplicar** en las urgencias de los centros de salud, ya que el tiempo empleado en realizarlo es corto y no interfiere en la atención médica del paciente.
- El cuestionario de dicho programa es **fiable** y **reproducibile** ya que en el estudio piloto ambos triadores obtienen niveles muy similares.
- Con el estudio piloto del programa se objetiva que en ningún caso se produce un infratriaje de los pacientes por lo tanto podemos concluir que, aunque la muestra es pequeña, es un programa **seguro**. Y esa seguridad queda demostrada en el estudio de validación, ya con un tamaño muestral importante, en el cual obtenemos una muy buena sensibilidad.
- El nivel verde es el más frecuente seguido de amarillo, naranja, azul y rojo.

- Hemos observado diferencias en los niveles de triaje 2,3 y 4 respecto al sexo, no así en los niveles 1 y 5. Respecto a la edad y el nivel de triaje también observamos diferencias.
- Las consultas más frecuentes de los niños en urgencias de Atención Primaria son por problemas otorrinolaringológicos y en su mayoría obtienen un nivel de triaje verde. Las menos frecuentes son problemas endocrinos y reciben la mitad nivel rojo.
- Las derivaciones al hospital tienen un menor nivel de triaje.
- No observamos una relación entre el consumo de recursos y nivel de triaje.
- No observamos diferencias entre el nivel de triaje y el alta/ingreso hospitalario.
- Nuestro sistema de triaje podría utilizarse para localizar case mix de las urgencias de Atención Primaria.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Álvarez B.; Gorostidi Pérez J.; Rodríguez Maroto O.; AntuñaEgocheaga A.; Alonso Alonso P. (1998). Estudio del Triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*; 10 (2), marzo-abril.
2. Aranguren E.; Capel JA.; Solano M.; Jean Louis C.; Larumbe JC.; Elejalde JI. (2005). Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *An. Sist. Sanit. Navarra*; 28(2):177-188.
3. Ardura González J.R.y Colaboradores. (2008). *Proceso asistencial de Atención a las Urgencias*. Gijón: Centro de Salud El Llano.
4. Arnedo y Miró A.; Acin Miguel MT.; Lahoz Gallo ME.; Serrano Del Río C.; García Langoyo B.; Fernández Pascual P. (2007). Estudio de los motivos de consulta más frecuentes en un servicio de urgencias hospitalario de tercer nivel en base al sistema español de triaje (SET). Concepto de huella digital. Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. *Ciber revista*; 49, marzo.
5. Australasian College for Emergency Medicine. (2000). *Guidelines on the implementation of the australasian triage scale in emergency departaments*. Adopted by Council, November.
6. Australasian College for Emergency Medicine. (1994).Policy document: A national triaje scale.*Emerg Med*; 6:145-146.
7. Benítez Gómez M. (2006). *Diseño, implantación y manejo de un sistema de triaje en un servicio de urgencias de pediatría*. Hospital San Juan de Déu.

Universidad de Barcelona. Recuperado de http://triajeset.com/acerca/archivos/Triaje_pediatrico.pdf

8. Benito F.J. y Mintegi S. (2003). *Diagnóstico y tratamiento de urgencia pediátricas*. (3ª ed.) Bilbao: Hospital de Cruces.
9. Blanco Ramos M.; Caeiro Rey J.R.; Pascual Clemente F.A. (2004). *Triaje de Urgencias Hospitalarias*. Oxford: Blackwell Publishing.
10. Beveridge R.; Clarke B.; Janes L.; Savage N.; Thompson J.; Dodd G.; et al. (1999). Canadian emergency department triage and acuity scale implementation guidelines. *Can J Emerg Med*; 1(supl 3):S1-S24.
11. Bezzina A.J.; Smith P.B.; Cromwell D.; Eagar K. (2005). Primary care patients in the emergency department: who are they?. A review of the definition of the primary care patient in the emergency department. *Emerg Med Australas*; 17(5-6):472-479.
12. Cabrera Solé R. y Peñalver Pardines C. (2009). *Tratado de Urgencias en Medicina*. (4ª ed.) Madrid: Editorial Aula Médica.
13. Cameron P.; Jelinek G.; Everitt I.; Browne G.; Raftos J. (2007). *Tratado sobre medicina de urgencias pediátricas*. (1ª ed.) Madrid: Elsevier España, S.A.
14. Campbell A. (1999). Improvement of patient care through a collaborative approach to patient education and triage. *Adv Ren Replace Ther*; 6(4):347-350.
15. Castro Delgado R.; Arcos González P.; Rodríguez Soler A. (2009). Sistema sanitario y triaje ante una pandemia de gripe: un enfoque desde la salud pública. *Emergencias*; 21:376-381.
16. Cobo Barquín, J.C. (2012). *Validación del Sistema de Triaje T.A.P. en Urgencias de Atención Primaria*. Universidad de Medicina, Oviedo.
17. Chip-Jin Ng.; Zui-Shen Yen; Jeffrey Che-Hung Tsai; Li Chin Chen, ShouJu Lin;

- YiingYiing Sang; Jih-Chang Chen. (2011). TTAS national working group. Validation of the Taiwan triage and acuity scale: a new computerised five-level triage system. *Emerg Med J*; 28:1026-1031.
18. Chorzempa A. and LaMotte A. (1999). The role of the triage nurse practitioner in general medical practice: an analysis of the role. *ClinExcell Nurse Pract*; 3(5):189-190.
19. Dale J.; Crouch R.; Lloyd D. (1998). Primary care: nurse-led telephone triage and advice out-of-hours. *Nurs Stand*. 12(8):41-45.
20. Dale J.; Green J.; Reid F.; Glucksman E. (1995). Primary care in the accident and emergency departments I. Referral back to primary care is cheaper. *BMJ*; 11(7002):423-426.
21. Dale J.; Green J.; Reid F.; Glucksman E.; Higgs R. (1995). Primary care in the accident and emergency departments II. Comparison of general practitioners and hospital doctors. *BMJ*; 311(7002):427-430.
22. Del Busto F. (2009). *El 40% de los pacientes de Urgencias podría ser atendido en Atención Primaria*. Recuperado de <http://www.lavozdeavilés.es>
23. Derlet RW. (1994) Triage of nonurgent patients out of the emergency department. *AcadEmerg Med*; 1(3): 204-206.
24. Dieckman RA. (2004). *Epidemiology of pediatric emergency care. Illustrated Textbook of Pediatric Emergency and Critical Care Procedures*. St. Louis, Mo: Mosby.
25. Edwards B. (1999). What's wrong with triage? *Emerg Nurse*; 7(4):19-23.
26. Fernández Valdivieso E.; Montesinos Sanz S.; de Miguel Peláez MJ.; Alié Xufre M. (2008). Papel de las enfermeras de atención primaria en el triaje de emergencia. *Aten Primaria*; 40(12):641.

27. Fernandes CM.; Wuerz R.; Clark S.; Djurdjev O. (1999). How reliable is emergency department triage? *Ann Emerg Med*; 34:141-147.
28. Fernández A.; Pijoan JI.; Ares MI. (2010). Evaluación de la escala canadiense de triaje pediátrico en un servicio de urgencias de pediatría europeo. *Emergencias*; 22:355-360.
29. Fitzgerald G.; Jelinek G.; Scott DA.; Gerdtz MF. (2010). Emergency department triage revisited. *Emerg. Med. J*; 27:86-92.
30. Flores CR. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*; 23:59-64.
31. Galaz T.; Valladares G.; Sanchez G. (2005). Pediatric triage: an effective to establish priorities in emergency departments. *Rev. Chil. pediatr.*; 76(1):25-33.
32. García del Aguila JJ.; Mellado Vergel J.; García Escudero G. (2001). Sistema integral de urgencias : funcionamiento de los equipos de emergencias en España. *Emergencias*; 13:326-331.
33. García Irimia M.; Jaén de Cara A.; Daza Varea D.; Santana Hernández MC.; García Abreu JL.; Monzón Quintana D. (2002). Gestión y Recepción Acogida y Clasificación (RAC). Recuperado de www.enferurg.com/articulos/gestionrac.htm
34. Gausche-Hill M.; Schmitz C.; Lewis R. (2007). Pediatric Preparedness of US Emergency Departments. *Pediatrics*; 120:1229-1237.
35. Gerdtz M.; Bucknall T. (2000). Australian triage nurses' decision making and scope of practice. *Aust J Ad Nurs*; 8:24-33.
36. Gervás J. (1999). *Comité Internacional de Clasificación de la Wonca. Clasificación Internacional de la Atención Primaria.* (2ª ed.) Barcelona: Editorial Masson.

37. Gómez-Jiménez J.; Becerra O.; Boneu F.; Burgués LL.; Pámies S. (2006). Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gaceta Sanitaria*; 20(1):40-46.
38. Gómez-Jiménez J.; Murray MJ.; Beveridge R.; Pons Pons J.; Albert Cortés E.; Ferrando Garrigós JB.; Borrás Ferré M. (2003). Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? *Can J Emergency Medicine*; 5(5):315-322.
39. Gómez Jiménez J. (2005). El SET: Una exigencia de calidad para nuestros servicios de urgencias. Recuperado de <http://www.triajeset.com>.
40. Gómez Jiménez J.; Segarra Ramón X.; Prat Margarit J.; Ferrando Garrigós JB.; Albert Cortés E.; Borrás Ferré M. (2003). Concordancia, validez y utilidad del Programa informático de Ayuda al Triage (PAT), del Modelo Andorrano de Triage (MAT). *Emergencias*; 15:339-344.
41. Gómez Jiménez J.; Chanovas Borrás MR.; Miró O.; Daza López M.; Roqueta Ejea F.; Echarte Pazos JL.; Tomás Vecina S.; Rovira Coromina J. (2008). *Triage estructurado en los servicios de Urgencias. Documento de la Societat Catalana de Medicina d'Urgencies i emergències (SCMU-ACMES)*.
42. Gómez Jiménez J. (Coord.). (2004). *Sistema Español de Triage*. Madrid: Editorial Edicomplet.
43. Gómez Jiménez J. (Coord.). (2002). Curso de formación en triaje estructurado de urgencias y emergencias. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

44. Gómez Jiménez J. (2003). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*; 15:165-174.
45. Gómez Jiménez J. (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico basado en el triaje estructurado. *Emergencias*; 18:156-164.
46. Gómez Jiménez J.; Ramon-Pardo P.; Rua Moncada C. (2011). *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*. Washington, DC: OPS/OMS. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Triage_CuartosUrgencias2011.pdf
47. Gómez Jiménez J. (2010). *Novedades en el SET 2010-2012*. XXII Congreso Nacional . Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Pamplona. Recuperado de http://www.triajeset.com/acerca/archivos/Congreso_SEMES_2010.pdf
48. Gómez Jiménez J.; Torres Trillo M.; López Pérez J.; Jiménez Murillo L. (2004). *Sistema Español de Triage (SET)*. Madrid: Editorial Edicomplet.
49. Gómez Jiménez J. (2003). La urgencia, la gravedad y el triaje de urgencias y emergencias (internet). Hospital Nostra Senyora de Meritxel (Principat d'Andorra). Programa de ayuda al triaje. Recuperado de <http://triajeset.com/acerca/archivos/>
50. Gómez Jiménez J., Faura J., Burgues L. (2004). Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión hospitalaria*; 15(1):3-12.
51. González Casares N.; Martínez Lores FJ.; Ureta Guzmán C.; Alonso Juanes S. (2002). *Protocolo de triage o Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) de*

Enfermería en Urgencias del Hospital Do Salnés. Recuperado de www.enferurg.com/articulos/protocolorac.htm

52. Green J. and Dale J. (1992). Primary care in accident and emergency and general practice: a comparison. *SocSci Med*; 35(8):987-995.
53. Gilboy N.; Travers D.; Wuerz R. (1999). Re-evaluating triage in the new millenium: comprehensive look at the need for standardization and quality. *J EmergNurs*; 25:468-473.
54. Heyworth J. and Egleston C. (1998). Providing primary care in accident and emergency departaments. Referral back to primary care is cheaper. *BMJ*; 317:207-208.
55. Van der Wulp I.; RullmannHebe AA.; LeenenLuke PH.; Van StelHenk F. (2011). Associations of the Emergency Severity Index triage categories with patients' vital signs at triage: a prospective observational study. *Emerg Med J*; 28:1032-1035.
56. James Watt (1985). Some forgotten contributions of naval surgeons. *Journal of theRoyal Society of Medicine*; 78:753-762.
57. Jennifer L. Wiler; Robert F. Poirier; Heather Farley; William Zirkin; Richard T. Griffey. (2011). Emergency Severity Index Triage System Correlation with Emergency Department Evaluation and Management Billing Codes and Total Professional Charges. *Academic Emergency Medicine*; 18:1161–1166.
58. Jiménez J. (2005). *Manual de protocolos y actuación en urgencias*. (2ªed.) Toledo: Complejo Hospitalario.
59. Jiménez Murillo L. y Montero Pérez F.J. (2009). *Medicina de Urgencias y Emergencias*. (4ª ed.). Madrid: Elsevier España, S.A.
60. John Wilson. *Outline of naval surgery*. Edimburg: Maclachlan, Stewart & Co.

(Versión Original 1840)

61. Juncosa S.; Gervás J. (2005). *Miembros del Comité Internacional de Clasificación de la Wonca (WICC) La Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)*. Madrid.
62. Keegan John (2001). *An Illustrated History of the First World War*. New York: Alfred A. Knopf.
63. Kalemoglu M.; Keshin O.; Demirbas S.; Ozisik T. (2004). Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. *Rev Med Chil*;132(9):1085-1089.
64. Lorenzo de la Garza Villaseñor. (2003). Dominique Jean Larrey. La cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio (Parte I). *Cirujano General*; 25(4):359-366.
65. Lorenzo de la Garza Villaseñor. (2004). Dominique Jean Larrey. La cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio (Parte II). *Cirujano General*; 26(1):59-66.
66. Llorente Álvarez S.; Arcos González PI.; Alonso Fernández M. (2000). Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias*; 12:164-171.
67. Manchester Triage Group. (2005). *Emergency*. (2^ded.) London: BMJ Publishing Group Ltd.
68. Marklund B.; Ström M.; Mansson J.; Borgquist L.; Baigi A.; Fridlund B. (2007). Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *J Nurs Manag*; 15(2):180-187.
69. Matthew D.; Sztajnkrzyer B.; Madsen E.; Baez AA. (2006). Unstable Ethical Plateaus and Disaster Triage. *Emergency Medicine Clinics of North America*; 24:749-768.

70. Medina J.; Ghezzi C.; Figueredo D. (2005). Triage: experiencia en un servicio de urgencias pediátricas. *Revista Pediátrica del Paraguay*; 32(2):1-5.
71. Melzer SM. (2003). Pediatric after-hours telephone triage and advice: who benefits and who pays? *Arch Pediatr Adolesc Med*; 157(7):617-618.
72. Memoria sobre la creación e implantación del Modelo Andorrano de Triage (MAT) (2004). Servei Andorrà d'Atenció Sanitària.
73. Mintegui Raso S.; Benito Fernández J.; García González S. (2004). Demanda y asistencia de un servicio de urgencias hospitalario. *Ann Pediatr*; 61:156-161.
74. Mirjam van Veen.; Ewout W Steyerberg. (2012). The Manchester triage system: improvements for paediatric emergency care. *Emerg Med J*; 29:654-659.
75. Miró O.; Tomas S.; Salgado S.; Espinosa G.; Estrada C.; Martí C.; et al. (2006). Derivación sin visita desde los servicios de urgencia hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)*; 126: 88-93.
76. Moore A. (2005). First contact. *Nurs Stand*; 19(38):24-26.
77. Moriyón A. (2010). *Aumentan las urgencias en Atención Primaria*. Recuperado de <http://www.elcomercio.es/hemeroteca/Aumentan%20las%20urgencias%20en%20Atenci%C3%B3n%20Primaria.html>
78. Nasim Farrohknia; Maaret Castrén; Anna Ehrenberg; Lars Lind; Sven Oredsson; Håkan Jonsson; et al (2011). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*; 19(42):1-13.
79. Nogué S.; Ramos A.; Portillo M. (2010). Adecuación de un sistema de triaje y del circuito asistencial en urgencias al paciente intoxicado. *Emergencias*; 22: 338-344.

80. Northington WE.; Brice JH.; Zou B. (2005). Use of an emergency department by urgent patients. *Am J Emerg Med*; 23(2):131-137.
81. Oterino de la Fuente D.; Baños Pino JF. ; Fernández Blanco V.; Rodríguez Álvarez A.; Peiró S. (2007). Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta. *Gaceta Sanitaria*; 21(4):316-320.
82. Oterino de la Fuente D.; Baños Pino JF.; Fernández Blanco V.; Rodríguez Álvarez A. (2007). Impacto en Asturias de las urgencias de atención primaria sobre las hospitalarias. Un análisis de cointegración de series temporales. *Revista Española de Salud Pública*; 81(2):191-200.
83. Oterino de la Fuente D.; Baños Pino JF.; Fernández Blanco V. (2007). Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gaceta Sanitaria*; 24(4):316-320.
84. Ovens H. (2010). Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*; 22: 244-246.
85. Palacio Marco P.; Casablanca Claramunt M.; Palacio Marco M. (2009) *Triaje en el servicio de urgencias-emergencias pediátricas*. Tratado de enfermería, cuidados críticos pediátricos y neonatales. Recuperado de <http://www.eccpn.aibarra.org/>
86. Peláez Corres MN.; Alonso Jiménez-Bretón J.; Gil Martín FJ.; Larrea Redín A.; Buzón Gutiérrez C.; Castelo Tarrío I. (2005). Método SHORT. Primer triaje extrahospitalario ante múltiples víctimas. *Emergencias*; 17:169-175.
87. Pertegás Díaz G.; Pita Fernández S. (2002). Cálculo del tamaño muestral para la determinación de factores pronósticos. *Cad Aten Primaria*; 9:30-33.


88. Policy Document. (2004). The Australasian Triage Scale. *Annals of Emergency Medicine*; 44(11):516-523.
89. Programa d'Ajuda al Triatge: bases conceptual i manual de formació. En: Josep GomezJimenez (Coord.). (2004). Model Andorrà de Triatge (MAT): un nou sistema de triatge català. Servei Andorrà d'Atenció Sanitària (SAAS) y Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU). Andorra: Editorial Grafinter.
90. Quintanilla Martínez JM. (2005). *Creación y validación de una escala de triaje en un servicio de urgencias pediátricas*. Recuperado de <http://www.seup.org/seup/html/becas/pdf/IVBecaCasenFleet.pdf>
91. Quintanilla JM.; Guerrero G.; Ares M.; Segura A.; González de Dios J.; González del Rey J. (2007). *Situación actual del triaje pediátrico*. XII Reunión de la sociedad española de urgencias pediátricas. San Sebastian, 19-21 de Abril.
92. Robertson-Steel I. (1998). Providing primary care in accident and emergency departments. The end of the inappropriate tender. *BMJ*; 316(2):409-410.
93. Robertson-Steel I. (2006). Evolution of triage systems. *Emerg Med J*; 23:154-155.
94. Rubiera A. (2012). *Las urgencias en primaria caen un 14% en festivos tras la agrupación de centros*. Recuperado de www.lne.es/gijon/2012/06/16/urgencias-primaria-caen-14-festivos-agrupacion-centros/1257364.html
95. Sánchez M.; Salgado E.; Miró O. (2008). Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias*; 20:48-53.

96. Sánchez YJ.; Hernández S. (2010). Metodología de evaluación pediátrica en los Departamentos de Urgencias y Emergencias Médicas. *Revista de Ciencias Médicas*; 14(1):220-231.
97. Salmerón JM.; Jiménez L.; Miró O.; Sánchez M. (2011). Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalario por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda del Triage del Sistema Español de Triage. *Emergencias*; 23: 346-355.
98. Salter R.; Maconochie IK. (2005). Implementation of recommendations for the care of children in UK emergency departments: national postal questionnaire survey. *BMJ*; 330:73-74.
99. Shaw K.; Urdí R.; Gorelick M. (2004). Pediatric emergency department director benchmarking survey. *Pediatric Emerg Care*; 19:143-147.
100. Thoma DO. (2002). Special considerations for pediatric triage in the emergency department. *Nurs Clin North Am*; 37:154-159.
101. Thomas Gordon (2004). *History of the Greek Revolution*. Whitefish MT: Kessinger Publishing.
102. Zaragoza Fernández M.; Calvo Fernández C.; Saad Saad T.; Moran Portero FJ.; San Jose Pizarro S.; Hernández Arenillas P. (2009). Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*; 21: 339-345.
103. Wallis LA.; Carley S. (2006). Validation of the Paediatric Triage Tape. *Emerg Med J*; 23:47-50.

104. Whitby S.; Leraci S.; Johnson D.; Mohsin M. (1997). *Analysis of the process of triage: the use and outcome of the National Triage Scale*. Liverpool: Liverpool Health Service.
105. WuerzRC.; Fernandes CM.; Alarcon J. (1998). Inconsistency of emergency department triage. *Ann Emerg Med*; 32:431-235.
106. Wuerz R.; Milne L.; Eitel D.; Wiencek J.; Simonds W. (1999). Outcome share predicted by a new five-level triage algorithm. *AcademicEmergency Medicine*; 6:398-399.
107. Wuerz RC.; Travers D.; Gilboy N.; Eitel DR.; Rosenau A.; Yazhari R. (2001). Implementation and refinement of the Emergency Severity Index. *AcadEmerg Med*; 8:170-176.
108. WuerzRC.; Milne L.; Eitel DR.; Travers D.; Gilboy N. (2000). Reliability and validity of a new five-Level emergency department triage instrument. *AcadEmerg Med*; 7:236-242.

8. ANEXOS

Anexo 1. CLASIFICACIÓN CIAP 2

CIAP-2 - Spanish Clasificación Internacional de la Atención Primaria Comité Internacional de Clasificación de la 							
Códigos del Proceso -30 Exploración médica completa -31 Exploración médica parcial -32 Pruebas de sensibilización -33 Pruebas micro. e immuno. -34 Análisis de sangre -35 Análisis de orina -36 Análisis de heces -37 Citología exfoliativa/histológica -38 Otros análisis de laboratorio NE -39 Prueba de la función física -40 Endoscopia diagnóstica -41 Radiología/imagen diagnóstica -42 Trasados eléctricos -43 Otros procedimientos diag. -44 Inmunizaciones /med preventivos -45 Observación/EPS/consejo/dieta -46 Interconsulta prof aten primaria -47 Interconsulta con especialista -48 Aclaración/discusión RDC -49 Otros procedimientos preventivos -50 Med./prescripción/renovación/inv -51 Incisión/drenaje/lavado (excl cateterización -53) -52 Excisión/remoción/biopsia -53 Cateterización/intubación -54 Reducción/fijación/sut/escayola -55 Inyección/infiltración local -56 Vendaje/presión/compresión -57 Medicina física/rehabilitación -58 Consejo terap/escucha terap -59 Otros procedimientos terap NE -60 Res irrazas y procedimientos -61 Res explor/pruebas/otro prof -62 Procedimiento administrativo -63 Consulta seguimiento -64 Consulta/probl iniciado por prof -65 Consulta/probl iniciado tercero -66 Derivación otro prof (excl médico) -67 Derivación a médico/especialista -68 Otras derivaciones NE -69 Otras razones de consulta NE		B25 Miedo al SIDA B26 Miedo cáncer sangre/hemat/inf B27 Miedo enf sangre/hemat/inf B28 Incap/min sangre/hemat/inf B29 Otros sig/sin sangre/hemat/inf B70 Linfadenitis aguda B71 Linfadenitis crónica/insepectica B72 Enfermedad de Hodgkin/linfomas B73 Leucemia B74 Otras neo malignas hemat B75 Neo benign hemat/insepecticas B76 Rotura traumática de bazo B77 Otros trauma hemato/inf/bazo B78 Anemias hemolíticas hereditarias B79 Otr anom congén sangre/hemat B80 Anemia ferropénica B81 Anemia perniciosa/déficit folatos B82 Otras anemias/insepecticas B83 Púrpura/alterac coagulación B84 Leucocitos anormales B87 Esplenomegalia B89 Infección por VIH, SIDA B99 Otr enf hemat/inf/inmunológicas		F27 Miedo a una enfermedad ocular F28 Incap/minusvalía de ojo y anejos F29 Otros sig/sin oculares F70 Conjuntivitis infecciosas F71 Conjuntivitis alérgicas F72 Blefaritis/ormelo/chalazión F73 Otr infecc/inflamaciones ojos F74 Neoplasias de ojos/anejos F75 Contusión/hem ojos/anejos F76 Cuerpo extraño en el ojo F79 Otras lesiones oculares F80 Obst conducto lacrimal lactante F81 Otr anomalías oculares congén F82 Desprendimiento de retina F83 Retinopatía F84 Degeneración de la mácula F85 Úlcera corneal F86 Tracoma F91 Alteraciones de la retracción F92 Catarata F93 Glaucoma F94 Cequera/redu agudeza visual F95 Estrabismo F99 Otr enf/prob de ojos/anejos		L14 Sig/sin del muslo y de la pierna L15 Sig/sin de la rodilla L16 Sig/sin del tobillo L17 Sig/sin del pie y sus dedos L18 Dolor muscular L19 Otros sig/sin musculares NE L20 Sig/sin articulares NE L26 Miedo cáncer aparato locomotor L27 Miedo otr enf aparato locomotor L28 Incap/mín del aparato locomotor L29 Otros sig/sin aparato locomotor L70 Infecciones del aparato locomotor L71 Neo malign del aparato locomotor L72 Fractura de codo/radio L73 Fractura de tibia/peroné L74 Fract carpo/largo/mano/pie L75 Fractura de fémur L76 Otras fracturas L77 Esquinosis distensiones del tobillo L78 Esquinosis distensiones rodilla L79 Esquinosis y distensiones NE L80 Luxación y subluxación L81 Otr lesiones apar locomotor NE L82 Anomalías congén apar locomotor L83 Síndromes del cuello L84 Sínd lumb/torác sin irradi dolor L85 Dolor adq columna vertebral L86 Sínd lumb/torác con irradi dolor L87 Burnitis/tendinitis/sinovitis NE L88 Artritis reumatoide L89 Artritis de cadera L90 Artritis de rodilla L91 Otras artritis L92 Síndromes del hombro L93 Codo de tenista L94 Osteocondrosis L95 Osteoporosis L96 Lesión aguda interna de la rodilla L97 Neo benign/mesp apar locomotor L98 Deformidades adq miembros L99 Otr enf del aparato locomotor	
Prob Gen, Inesp A A01 Dolor generalizado/múltiple A02 Escalofríos A03 Fiebre A04 Astenia/cansancio/debilidad A05 Sensación de enfermedad A06 Desmayo/síncope A07 Coma A08 Inflamación A09 Problemas de sudoración A10 Sangrado/hemorragia NE A11 Dolor tóxico NE A13 Miedo al tratamiento A16 Lactante irritable/nervioso A18 Preocupación sobre la apariencia A20 Solicitud/dise eutanasia A21 Factor de riesgo para cáncer NE A23 Factor de riesgo NE A25 Miedo a la muerte/a la agonía A26 Miedo al cáncer NE A27 Miedo a otra enfermedad NE A28 Incapacidad/minusvalía NE A29 Otros sig/sin generales A70 Tuberculosis A71 Sarampión A72 Varicela A73 Paludismo/malaria A74 Rubéola A75 Mononucleosis infecciosa A76 Otras enfermedades virales con exantema A77 Otras enfermedades virales NE A78 Otras enfermedades infecc NE A79 Cáncer/neoplasia maligna NE A80 Traumatismo/lesión NE A81 Traumatismo/lesiones múltiples A82 Efectos secun tardíos trauma A84 Intoxic/avenes/ sobre med A85 Efecto adverso med dosis correcta A86 Efectos tóxicos sustancias no med A87 Complicación tratamiento médico A88 Efectos adversos factores físicos A89 Efectos adversos prótesis A90 Anomalías congén múltiples NE A91 Res anormales pruebas NE A92 Alergia/reacciones alérgicas NE A93 Roción nacidos prem/inaaduros A94 Otra morbilidad perinatal A96 Fallecimiento/muerte A97 Sin enfermedad A98 Medicina preven/promoción salud A99 Otras enfermedades generales NE		CÓDIGOS DEL PROCESO SIGNOS Y SÍNTOMAS INFECCIONES NEOPLASIAS LESIONES ANOMALÍAS CONGÉNITAS OTROS DIAGNOSTICOS Aparato Digestivo D D01 Dolor abdominal gen/retrorrijones D02 Dolor de estómago/epigástrico D03 Pirosis D04 Dolor rectal/anal D05 Prurito perianal D06 Otros dolores abd localizados D07 Dispepsia/indigestión D08 Flatulencia/aerofagia/gases D09 Náusea D10 Vómito D11 Diarrea D12 Estreñimiento D13 Ictericia D14 Hematemesis/vómito de sangre D15 Melena D16 Rectorragia/hemorragia rectal D17 Incontinencia fecal D18 Cambio en las heces/en el ritmo D19 Sig/sin de dientes y encías D20 Sig/sin de boca, lengua y labios D21 Problemas de la deglución D23 Hepatomegalia D24 Masa abdominal NE D25 Distensión abdominal D26 Miedo cáncer aparato digestivo D27 Miedo otr enf aparato digestivo D28 Incap/mín aparato digestivo D29 Otros sig/sin aparato digestivo D70 Infección gastrointestinal D71 Parotiditis epidémica/paperas D72 Hepatitis viral D73 Infección intestinal inesp/posible D74 Neoplasias malignas del estómago D75 Neo malignas de colon/recto D76 Neoplasias malignas de páncreas D77 Otr neo malign digestivo NE D78 Neo benignas/inesp digestivo D79 Cuerpo extraño en tracto digestivo D80 Otras lesiones aparato digestivo D81 Anomalías congén digestivo D82 Enf de los dientes/encías D83 Enf de la boca/lengua/labios D84 Enfermedades del esófago D85 Úlcera duodenal D86 Otras úlceras pépticas D87 Alterac funcionales del estómago D88 Apandicitis D89 Hernia inguinal D90 Hernia de hiato D91 Otras hernias abdominales D92 Enf diverticular del intestino D93 Síndrome de colon irritable D94 Enteritis crónica/colitis ulcerosa D95 Fisura anal/abceso perianal D96 Ostruos/ascaris/otros parásitos D97 Enfermedades hepáticas NE D98 Colelitiasis/colelitiasis D99 Otras anomalías congén digestivo		Apar Auditivo H H01 Dolor de oído/oreja H02 Sig/sin auditivos H03 Zumbido/tonitis/pitidos H04 Secreción por el oído H05 Sangre en/del oído H13 Sensación de taponamiento H15 Preocupación apariencia orejas H27 Miedo a una enfermedad del oído H28 Incap/mín del aparato auditivo H29 Otros sig/sin del oído/oreja H70 Otitis externa H71 Otitis media/mirinoitis aguda H72 Otitis media serosa H73 Salpingitis trompa de Eustaquio H74 Otitis media crónica H75 Neoplasias del aparato auditivo H76 Cuerpo extraño en el oído H77 Perforación del tímpano H78 Lesión superficial del oído/oreja H79 Otr lesiones del aparato auditivo H80 Anomalías congén apar auditivo H81 Cera excesiva conducto auditivo H82 Síndromes vertiginosos H83 Otitis crónica H84 Presbiacusia H85 Trauma acústico H86 Sordera H89 Otr enf del aparato auditivo Apar Circulatorio K K01 Dolor cardíaco/atribuido corazón K02 Opresión/presión cardíaca K03 Dolor cardiovascular NE K04 Palpitaciones/percepción latidos K05 Otr irregularidades ritmo cardíaco K06 Venas ingurgitadas K07 Tobillos hinchados/edematosos K22 Factor riesgo enf cardiovascular K24 Miedo a un infarto de miocardio K25 Miedo a la hipertensión K27 Miedo otr enf cardiovasculares K28 Incap/minusvalía cardiovasculares K29 Otros sig/sin cardiovasculares K70 Enf infecc cardiovasculares K71 Fiebre/enf reumát cardíaca K72 Neoplasias cardiovasculares K73 Anom congén cardiovasculares K74 Isquemia cardíaca con angina K75 Infarto agudo de miocardio K76 Isquemia cardíaca sin angina K77 Insuficiencia cardíaca K78 Fibrilación/aleteo auricular K79 Taquicardia paroxística K80 Arritmias cardíacas NE K81 Soplos cardíacos/arteriales NE K82 Enfermedad pulmonar cardíaca K83 Enfermedad valvular cardíaca K84 Otras enfermedades cardíacas K85 Elevación de la presión arterial K86 Hipertensión no complicada K87 Hipertensión afectación órg diana K88 Hipertensión postural K89 Isquemia cerebral transitoria K90 ACV/ictus/apoplejia K91 Enfermedad cerebrovascular K92 Aterosclerosis/enf arterial perif K93 Embolismo pulmonar K94 Flebitis y tromboflebitis K95 Venas varicosas en extr inferiores K96 Hemorroides K98 Otras enf cardiovasculares Apar Locomotor L L01 Sig/sin del cuello L02 Sig/sin de la espalda L03 Sig/sin lumbares L04 Sig/sin torácicos L05 Sig/sin de brazos y axilas L07 Sig/sin de la mandíbula L08 Sig/sin del hombro L09 Sig/sin del brazo L10 Sig/sin del codo L11 Sig/sin de la muñeca L12 Sig/sin de la mano y sus dedos L13 Sig/sin de la cadera		Sistema Nervioso N N01 Cefalea N03 Dolor en la cara N04 Síndrome de piernas inquietas N05 Hormigueo en manos y pies N06 Otr alteraciones de la sensibilidad N07 Convulsiones/crisis convulsivas N08 Movimientos involuntarios anor N16 Alteraciones del gusto y del olfato N17 Vértigo/valdido N18 Parálisis de Bellad N19 Alteraciones del lenguaje N28 Miedo cáncer sistema nervioso N27 Miedo otr enf neurológicas N28 Incap/minusvalía neurológica N29 Otros sig/sin neurológicas N70 Poliomielitis N71 Meningitis/encefalitis N72 Tétanos N73 Otr infecc sistema nervioso N74 Neo malignas del sistema nervioso N75 Neo benignas del sistema nervioso N76 Neo inespecificas sistema nervioso N79 Comoción cerebral/contusión N80 Otr traumatismos craneales N81 Otras lesiones sistema nervioso N85 Anom congén sistema nervioso N86 Esclerosis múltiple N87 Enf Parkinson/ parkinsonismos N88 Epilepsia N89 Migraña N90 Cefaleas en racimos/cluster N91 Parálisis facial de Bell N92 Neuralgia del trigémino N93 Síndrome del túnel carpiano N94 Neuritis/neuropatías periféricas N95 Cefalea tensional N98 Otras enfermedades neurológicas Prob Psicológicos P P01 Sensación ansiedad/tensión P02 Estrés agudo P03 Sena/sent depresivos P04 Sena/sent de irritabilidad/enjoje P05 Sentimientos/conducta sensl P06 Trastornos del sueño P07 Diminución del deseo sexual P08 Ausencia/pérdida de la sat sexual P09 Preocupación prof sexuales P10 Tartamudeo, dislexia, tics P11 Diminución deseo sexual P12 Ausencia/pérdida sat sexual P13 Preocupación prof sexual P15 Tartamudeo, dislexia, tics P16 Probl conducta alimentaria niños P17 Euresia P18 Encopresis P19 Abuso crónico del alcohol P20 Abuso agudo del alcohol P22 Abuso del tabaco P23 Abuso de fármacos P24 Abuso de drogas P25 Abuso agudo del alcohol P27 Abuso del tabaco P28 Abuso de fármacos P29 Abuso de drogas F70 Trastornos de la memoria F71 Sig/sin compor niño F72 Sig/sin compor adolescente	
Sangre, Inmunit B B02 Adenopatía/dolor ganglio linfático B04 Sig/sin de sangre/hemat		Ojo y Anejos F F01 Dolor ocular F02 Ojo rojo F03 Secreción ocular F04 Puntos flotantes/manchas F05 Otros sig/sin visuales F13 Sensaciones anormales ojos F14 Movimientos anormales ojos F15 Aspecto anormal de los ojos F16 Sig/sin de los párpados F17 Sig/sin en relación con gafas F18 Sig/sin relación lentes contacto					

F73	Probl específicos del aprendizaje	S77	Neoplasias malignas de la piel	W73	Neo benign/inep conexión emb	Y84	Otr anom congén genital, varón
F74	Probl etapas de la vida en adultos	S78	Lipoma	W75	Lesiones complican el embarazo	Y85	Hipertrofia prostática benigna
F75	Miedo a una enfermedad mental	S79	Neo benignas/inespecíficas piel	W76	Anom congén complican emb	Y86	Hydrocele
F76	Incapacidad/memorias mental	S80	Queratosis/queratoma solar	W78	Embarazo	Y99	Otr enf mama genital masculino
F77	Otr sig/sin psicológicos/mentales	S81	Hemangioma/infancia	W79	Embarazo no deseado	Problemas sociales Z	
F78	Demencia	S82	Herpes/lunar	W80	Embarazo ectópico	Z01	Pobreza/dificultades económicas
F79	Otras psicosis orgánicas	S83	Otras anomalías congénitas	W81	Toxemia del embarazo	Z02	Problemas de alimentos y agua
P80	Esquizofrenia	S84	Impétigo	W82	Aborto espontáneo	Z03	Problemas de vivienda/vecindad
P81	Psicosis afectivas	S85	Quiete/fístula pilonidal	W83	Aborto provocado	Z04	Problemas socioculturales
P82	Trast ansiedad/estado ansiedad	S86	Dermatitis seborreica	W84	Embarazo de alto riesgo	Z05	Probl ocupacionales/de trabajo
P85	Trast somatización/de conversión	S87	Dermatitis/eczema atópico	W85	Diabetes gestacional	Z06	Desempleo/paro
P86	Depresión/trastornos depresivos	S88	Dermatitis de contacto/alérgica	W86	Parto normal/recién nacido vivo	Z07	Probl de educación/formación
P88	Suicidio/intento de suicidio	S89	Dermatitis del pañal	W87	Parto normal/r.n. muerto	Z08	Probl con sistema bienestar, S.S.
P89	Neurastenia/surmenaje	S90	Pitiriasis rosada	W88	Parto complicado/r.n. vivo	Z09	Problemas legales
Apar Respiratorio R		S91	Parietitis	W89	Parto complicado/r.n. muerto	Z10	Problemas con sistema sanitario
R01	Dolor atribuido apar respiratorio	S92	Enf glándulas sudoríparas	W90	Otr probl/enf mama emb/puerp	Z11	Problemas con el estar enfermo
R02	Fatiga respiratoria/dimea	S93	Quiete sebáceo	W96	Otr complicaciones del puerperio	Z12	Probl relación entre cónyuges*
R03	Respiración jadeante/sibilante	S94	Uña encarnada	W99	Otr probl/enf del embarazo/parto	Z13	Probl con la conducta del cónyuge
R04	Otros problemas de la respiración	S95	Molluscum contagiosum	Apar Genital Fem y Mamas X		Z14	Probl por enfermedad del cónyuge
R05	Tos	S96	Acné	X01	Dolor genital femenino	Z15	Pérdida/muerte del cónyuge
R06	Espasmo/hemorragia nasal	S97	Úlcera crónica de la piel	X02	Dolor menstrual	Z16	Probl de relación con los hijos
R07	Estornudos/congestión nasal	S98	Urticaria	X03	Dolor intermenstrual	Z18	Probl por enfermedad de los hijos
R08	Otros sig/sin nasales	S99	Otras enfermedades de la piel	X04	Dolor en el coito, en la mujer	Z19	Pérdida/muerte de un hijo
R09	Sig/sin de los senos paranasales	Apar Endocrino, Metab y Nutrición T		X05	Dolor en el coito, en la mujer	Z20	Probl relación con padres otr fam
R21	Sig/sin garganta/faringe/amig	T01	Sed excesiva	X06	Menstruación ausente/escasa	Z21	Probl con conduc padres otr fam
R23	Sig/sin de la voz	T02	Apetito excesivo	X07	Menstruación irregular/frecuente	Z22	Pérdida, muerte padres otr fam
R24	Hemoptias	T03	Pérdida de apetito	X08	Menstruación excesiva	Z24	Probl relación con los amigos
R25	Expectoración/lemas anormales	T04	Probl alimentación lactante/niño	X09	Sangrado intermenstrual	Z25	Probl derivados violencia/agres
R26	Miedo cáncer aparato respiratorio	T05	Probl alimentación en el adulto	X10	Sig/sin premenstruales	Z26	Miedo a un problema social
R27	Miedo otr enf aparato respiratorio	T06	Pérdida de peso	X11	Aplazamiento provocado menstr	Z27	Incapacidad/memorias social
R28	Incap/min aparato respiratorio	T07	Gainancia de peso	X12	Sig/sin menopausicos	Z28	Otros problemas sociales
R29	Otros sig/sin aparato respiratorio	T08	Falfo/retraso del crecimiento	X13	Sangrado pomenopáusic	Abreviaturas	
R71	Tos ferma	T10	Falfo/retraso del crecimiento	X14	Sangrado postcoital	Abd Abdominal/es	ACV Accidente cerebrovascular
R72	Faringitis/amigdalitis estreptococ	T11	Dehidratación	X15	Otros sig/sin vaginales	Aden Adenoide/s	Adq Adquirida/o/s
R73	Forunculo/absceso de la nariz	T26	Miedo cáncer aparato endocrino	X16	Otros sig/sin vulvares	Album Albuminuria	Amig Amiguida/o/s
R74	Infl respiratorio aguda superior	T27	Miedo otr enf endocrinas/metab	X17	Otr sig/sin de la pelvis femenina	Anor Anomalía/s	Anom Anomalia/s
R75	Sinusitis aguda/crónica	T28	Incap/min endocr/metab/nutri	X18	Dolor mamarlo, en la mujer	Agres Agresión/es	Alterac Alteración/es
R76	Amigdalitis aguda	T29	Otr sig/sin endocr/metab/nutri	X19	Masa/bulto mamarlo, en la mujer	Apar Aparato	Aten Atención
R77	Laringitis/traqueítis aguda	T70	Infecciones endocrinas	X20	Sig/sin pezónes, en la mujer	Benig Benigna/o/s	Bronq Bronquio/s
R78	Bronquitis/bronquiolitis aguda	T71	Neoplasias malignas de tiroides	X21	Otros sig/sin mama, en la mujer	Comp.	Conduc Conducta
R79	Bronquitis crónica	T72	Neoplasias benignas de tiroides	X22	Preocup apariencia mamas, mujer	Comportamiento	Cuerp Cuerpo
R80	Gripe	T73	Otr neo endocrinas/ inespecificas	X23	Miedo ETS mujer	Congén Congénita/o/s	Defor Deformidad/es
R81	Neumonía	T78	Conducto/quistes tiroideo/s	X24	Miedo disfunción sexual, mujer	Depres	Depresiva/o/s/sión
R82	Derrame pleural/pleuritis	T80	Anom congén endocr/metabólicas	X25	Miedo al cáncer genital femenino	Diag Diagnóstica/o/s	Disc Discusión
R83	Otras infecciones respiratorias	T81	Bocio	X26	Miedo al cáncer mama, en la mujer	Emb Embarazo	Endoer Endocrino
R84	Neo malign tráq/bronq/pulm/pleu	T83	Obesidad	X27	Miedo otr enf sexual mama, mujer	Enf Enfermedad/es	Eaven Entrenamiento
R85	Otr neo malign aparato respiratorio	T85	Hipertiroidismo/tirotoxicosis	X28	Incap/min genital mamas, mujer	EPOC Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Estreptes
R86	Neo benign aparato respiratorio	T86	Hipotiroidismo/mixedema	X29	Otr sig/sin genital mamas, mujer	EPs Educación para la salud/sanitaria	Estreptocócica
R87	Cuer extrañ nariz/laringe/ bronq	T87	Hipoglucemia	X70	Sífilis, en la mujer	ETS Enfermedad/es de transmisión sexual	Excl. Excluye
R88	Otr lesiones aparato respiratorio	T88	Diabetes insulino dependiente	X71	Gonorrea, en la mujer	Explor Exploración	Fam Familia/r/s/es
R89	Anom congén apar respiratorio	T89	Diabetes no insulino dependiente	X72	Candidiasis genital, en la mujer	Extrv Extremidad/es	Gen General/es
R90	Hipertr/infecc crónica amig/aden	T90	Deficit vitamínico/nutricional	X73	Tricomoniasis genital, en la mujer	Extrañ Extraño	Hem Hemorragia
R92	Neo inesp aparato respiratorio	T91	Gota	X74	Enfermedad inflamatoria pélvica	Hemat Hematopoyético órgano	Incap Incapacidad órgano
R95	EPOC	T93	Trastornos metabolismo lipídico	X75	Neoplasias malignas de mama, en la mujer	Inesp Inespecifica/o/s	Infecc Infección/es/ caso/s
R96	Asma	T99	Otr probl endocr/ metab/nutri	X76	Neoplasias benignas de mama, en la mujer	Inmunit Inmunitario	Inusua Inusual
R97	Rinitis alérgica	Apar Urinario U		X77	Neoplasias benignas de mama, en la mujer	Irrad Irradiación/do	Iny Inyección/table/s
R98	Síndrome de hiperventilación	U01	Disuria/micción dolorosa	X78	Neoplasias malignas de mama, en la mujer	Lumb Lumbar/res	Limf Linfático/s
R99	Otr enf aparato respiratorio	U02	Micción imperiosa/frecuente	X79	Neoplasias malignas de mama, en la mujer	Masc Masculino	Med Medicamento/ s
CÓDIGOS DEL PROCESO		U04	Incontinencia urinaria	X80	Neoplasias malignas de mama, en la mujer	Metab Metabólico/ lismo	Menstr Menstruación
SIGNOS Y SÍNTOMAS		U05	Otros problemas de la micción	X81	Neoplasias malignas de mama, en la mujer	Micro Microbiología/ gico/a/s	Min Minerva
INFECCIONES		U06	Hematuria	X82	Lesiones genitales femeninas	Neo Neoplasia/s	Nutri Nutrición
NEOPLASIAS		U07	Otros sig/sin de la orina	X83	Anom congén apar genital, mujer	NE No especificado de otra forma	Otr Otra/o/s
LESIONES		U08	Retención urinaria	X84	Vaginitis/vulvitis NE	Obst Obstrucción/es	Org Órgano/s
ANOMALÍAS CONGÉNITAS		U13	Otros sig/sin de la vejiga urinaria	X85	Otr problemas del cuello de útero	Peri Periférico/o/s	Plan Planificación
OTROS DIAGNOSTICOS		U14	Sig/sin del riñón	X86	Citología cuello de útero anormal	Pleu Pleura	Pref. Preferencia
Piel, Faneras S		U26	Miedo cáncer del aparato urinario	X87	Prolapso uterovaginal	Prem Prematura/o/s	Preocup Preocupación
S01	Dolor/sensib anormal de la piel	U27	Miedo otr enf aparato urinario	X88	Mastopatia fibroquística	Preven Prevención	Probl Problema/s
S03	Verrugas	U28	Incap/min aparato urinario	X89	Síndrome testis premenstrual	Prof Profesional	Puerp Puerperio
S04	Inflamación/masa localizada	U29	Otros sig/sin del aparato urinario	X90	Herpes genital, en la mujer	Pulm Pulmón	RDC Razón de consulta
S05	Inflamación/masas múltiples	U70	Pielitis/pielonefritis	X91	Condiloma acuminado, mujer	Red Reducción	Res Resultado/s
S06	Eritema/rash localizado	U71	Cistitis/otras infecc urinarias	X92	Infecc genital femenina clamidias	Reumat Reumática	R.n. Recién nacido
S07	Eritema/rash generalizado	U72	Uretritis	X99	Otr enf genital femenino/mamas	Sat Satisfacción	Secun Secundario
S08	Cambios en el color de la piel	U75	Neoplasias malignas de riñón	Apar Genital Masc y Mamas Y		Sens Sensación/es	Sensib Sensibilidad
S09	Dedo de la mano/del pie infectado	U76	Neo malignas de la vejiga urinaria	Y01	Dolor en el pene	Sent Sentimiento/s	SIDA Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
S10	Forunculo/ántrax	U77	Otras neo malign aparato urinario	Y02	Dolor en escroto/testiculos	Sig Signo/s	Sin Síntoma/s
S11	Infecc dermatológica postrauma	U78	Neo benignas del aparato urinario	Y03	Secreción uretral, en el varón	Sínd Síndrome/s	Sobre Sobredosis
S12	Piodura de insecto	U79	Neo NE del aparato urinario	Y04	Otros sig/sin del pene	S.S. Seguridad Social	Terap Terapéutica/o/s
S13	Mordedura humana/animales	U80	Lesiones del aparato urinario	Y05	Otr sig/sin de escroto/testiculos	Sin Sinura	Tráq Tráquea
S14	Quemaduras/escaldaduras	U88	Neofosis/glomerulonefritis	Y06	Sig/sin prostáticos	Trast Trastorno/s	Trauma Traumático/ a/s/tiemo/s
S15	Cuerpo extraño en la piel	U90	Album/proteinuria orofástica	Y07	Impotencia orgánica NE	Var Varó	VIII Virus de la inmu deficiencia humana
S16	Contusiones/magulladura	U96	Cálculos urinarios	Y10	Infertilidad masculina	Traducción y adaptación: Dr Juan Gervas	
S17	Abrasión/ampollas/arañazos	U99	Otr probl/enfermedades urinarias	Y13	Esterilización masculina		
S18	Laceración/herida incisa	Plan Fam, Emb, Parto, Puerperio W		Y14	Otr métodos plan fam masculina		
S19	Otras lesiones de la piel	W01	Cuestiones acerca del embarazo	Y16	Sig/sin mama, en el varón		
S20	Callos/callosidades	W02	Miedo a estar embarazada	Y24	Miedo a disfunción sexual, varón		
S21	Sig/sin de la textura cutánea	W03	Hemorragia antes del parto	Y25	Miedo a una ETS, en el varón		
S22	Sig/sin de las uñas	W06	Vómito/náusea del embarazo	Y26	Miedo cáncer apar genital varón		
S23	Calvicie/caída del pelo	W10	Contracepción postcoital	Y27	Miedo otr enf apar genital varón		
S24	Otros sig/sin pelo/cabellera	W11	Contracepción oral, en la mujer	Y28	Incap/min apar genital masculino		
S26	Miedo al cáncer de piel	W12	Contracepción intrauterina	Y39	Otr sig/sin apar genital, varón		
S27	Miedo otr enfermedades de la piel	W13	Esterilización/planif fam mujer	Y70	Sífilis, en el varón		
S28	Incap/min de la piel/faneras	W14	Otr métodos contracepción mujer	Y71	Gonorrea, en el varón		
S29	Otros sig/sin de la piel y faneras	W15	Infertilidad femenina	Y72	Herpes genital, en el varón		
S70	Herpes zoster	W17	Hemorragia posparto	Y73	Prostatitis/vesiculitis seminal		
S71	Herpes simple	W18	Otros sig/sin del posparto	Y74	Orquitis/epididimitis		
S72	Sarna y otras acaridias	W19	Sig/sin de la mama/lactancia	Y75	Balanitis		
S73	Pediculosis otr infestaciones piel	W21	Preocup apariencia embarazo	Y76	Condiloma acuminado, varón		
S74	Dermatomycosis	W22	Miedo complicaciones embarazo	Y77	Neoplasias malignas de próstata		
S75	Candidiasis/monihiatis de la piel	W23	Miedo complicaciones parto/puerperio	Y78	Otr neo malign mama genital varón		
S76	Otras infecciones de la piel	W24	Incap/min emb/parto/puerperio	Y79	Neo benign inesp mama genital var		
		W28	Otr sig/sin emb/parto/puerperio	Y80	Lesiones apar genital masculino		
		W70	Infección/sepsis puerperal	Y81	Fimosis/prepacio excesivo		
		W71	Otr enf infecc emb/parto/puerp	Y82	Hipopadidas		
		W72	Neo malign conexión embarazo	Y83	Testículo no descendido		

Anexo 2. CARTA DE PRESENTACIÓN A LOS MÉDICOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Estimado compañero:

Por la presente tengo el placer de presentarte nuestro proyecto de tesis doctoral, denominado "TAP-Triage en Atención Primaria" que cuenta con el beneplácito, tanto de la Universidad de Oviedo, como de la Gerencia de Atención Primaria en el área IV.

Ante todo agradecerte de antemano tu colaboración en el proyecto, y adelantarte que no te va a suponer un gran esfuerzo, ni contestar a una laboriosa encuesta, ni una pérdida de tiempo excesiva. Paso a desmenuzarte, en los siguientes párrafos, en que consiste.

Te pedimos que realices una valoración del paciente que vayas a atender, de tal forma que lo englobes dentro de una escala de colores (cinco en concreto) que van desde el rojo-paciente crítico hasta el azul-paciente poco urgente, *una vez que hallas concluido todas las exploraciones y pruebas complementarias* que puedas solicitar desde la urgencia. Es decir, te pedimos que pongas un color a cada paciente que veas. Sin más.

El triage en emergencias y urgencias que utilizaremos, usará los colores estándar que te describimos a continuación:

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

Pero ¿cuáles son las patologías de cada color? Pensamos que la mejor forma de verlo, es exponiéndote varios ejemplos de cada uno de ellos:

- **ROJO:** serían todas las patologías con claro riesgo vital del individuo, es decir desde una parada cardiorrespiratoria, a un cuadro de shock, pasando por un compromiso evidente de la vía aérea.
- **NARANJA:** abarcaría todas la patologías con claro componente de dolor (como marcador principal) en el contexto de una situación, que aun no siendo de riesgo actualmente, puede complicarse (por ejemplo un dolor torácico, que presumiblemente me pueda a pasar a ser un IAM)
- **AMARILLO:** patologías que pudieran demorarse en su tratamiento, o que su potencial riesgo vital sea escaso, como por ejemplo un cólico renal sin mucha afectación de dolor (sin lo tuviera pudiera etiquetarse de naranja)
- **VERDE:** serían todos los pacientes, que aun siendo urgentes, son los menos urgentes de todos. No hay gran afectación de dolor ni otras características de gravedad. Pudieran ser diferibles a su médico habitual. Por ejemplo una ITU no tratada.
- **AZUL:** pacientes que no requieren atención urgente en ninguno de los casos, y que pueden ser vistos por su médico habitual, y en algunos casos, no requerir atención sanitaria médica. Por ejemplo, una situación de calvicie de más de una semana de evolución.

Esperamos que con estos ejemplos puedas orientarte bien a la hora de ayudarnos en la realización de este proyecto, que esperamos sea provechoso para todos. Recibe nuestro más cordial saludo y sobretodo agradecimiento.

JUAN CARLOS COBO BARQUÍN

REBECA CACHERO FERNÁNDEZ

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

PÁGINA DE FIRMAS

Si usted ha leído este formulario de consentimiento (o el mismo le ha sido explicado), todas sus preguntas han sido contestadas y usted está de acuerdo en continuar siendo parte de este estudio, por favor firme con su nombre a continuación:

Nombre del Participante

Firma del Participante y Fecha

Tutor Legal del Participante

(Cuando sea apropiado)

Firma del Tutor Legal y
Fecha

Anexo 4. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA EL ESTUDIO PILOTO



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS IV

Comité Ético de Investigación Clínica
Regional del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006 -Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
Fax: 985.10.87.11
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 67/ 2010, titulado: "TRIAGE EN ATENCIÓN PRIMARIA" (PROYECTO TAP). Investigador Principal: Dr. Iván Rancaño García, Coordinador de Equipos. Gerencia de AP Área IV.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

En Oviedo a veintidós de abril de dos mil diez.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



Anexo 5. CONGRESOS Y PUBLICACIONES

CALIDAD ASISTENCIAL en el SESPA
II JORNADAS 15-16 DICIEMBRE 2010
Premios a la Innovación, Gestión y Calidad

Hace un año se celebraron las Primeras Jornadas de Calidad Asistencial en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, con un alto nivel de participación de los profesionales del sistema sanitario público asturiano.

La buena acogida de esta iniciativa constituye un estímulo para continuar con una segunda edición en la que se presentarán las iniciativas y experiencias de mejora continua de calidad más recientes.

La consecución de una atención sanitaria excelente centrada en el paciente, la seguridad de los usuarios, la continuidad de la atención entre niveles, el desarrollo de Áreas y Unidades de Gestión Clínica, la acreditación en calidad de centros, profesionales y servicios, constituyen las líneas principales que orientan el trabajo en las Áreas sanitarias, y muchos equipos y servicios de los centros sanitarios están desarrollando planes y proyectos de mejora importantes, por lo que uno de los objetivos de estas Jornadas es dar a conocer las mejores iniciativas.

También habrá lugar para el reconocimiento público de los profesionales que, en esta línea de actuación están logrando certificaciones de calidad de servicios (normas ISO) y acreditaciones como auditores de unidades de gestión clínica,

Se otorgarán Premios a la Innovación, Gestión y Calidad a los trabajos seleccionados, como estímulo y reconocimiento a los profesionales y equipos humanos que aspiran a la excelencia en su trabajo.

Con estas Jornadas se pretende seguir apoyando la realización de actividades de mejora de calidad de los servicios y dar reconocimiento público al esfuerzo desarrollado por los grupos y equipos de profesionales implicados, verdadero motor del sistema.

DIRIGIDO A
Todos los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

INSCRIPCIÓN
www.asturias.es/iaap

Plazo de inscripción hasta las 13 horas del día 3 de diciembre de 2010 a efectos de certificaciones.
Aforo limitado.

La lista de admitidos se hará pública en la misma página web a partir del día 10 de diciembre de 2010

La Jornada podrá seguirse en Internet a través de la página del IAAP

Fecha: 15 y 16 de diciembre 2010

Horario: 16:00 a 20:00 (día 15)
09:00 a 14:00 (día 16)
16:00 a 20:00 (día 16)

Lugar: Auditorio "Príncipe Felipe" Oviedo

Durante las jornadas se expondrán los pósters presentados en espacio habilitado en el Auditorio Príncipe Felipe

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
Instituto Asturiano de Atención Pública ADOLFO POSADA

II JORNADAS DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL SESPA-



Dña Ana Luz Villarías López, Subdirectora de Gestión Clínica y
Calidad

CERTIFICA QUE

Los autores

**IVÁN RANCAÑO GARCÍA.
JUAN CARLOS COBO BARQUÍN (HUCA. SERVICIO DE URGENCIAS),
REBECA FERNANDEZ CACHERO
RADHAMÉS HERNÁNDEZ MEJÍA (UNIVERSIDAD DE OVIEDO) .
JESUS MELCHOR DELGADO GONZALEZ .
JOSE ANTONIO NOYA MEJUTO.
BELEN PRIETO CARROCERA.
NURIA ALVAREZ DE LA VALLINA.
AURORA ALVAREZ DIAZ.
IGNACIO IZQUIERDO ROBREDO**

Han presentado el trabajo titulado

Triage en Atención Primaria (Sistema TAP)

En las 2^{as} Jornadas de Calidad Asistencial del Servicio de Salud
del Principado de Asturias, celebradas en Oviedo los días 15 y 16
de Diciembre del 2010





II JORNADAS DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL SESPA-DICIEMBRE

2010-PÓSTER

Triaje en AP (TAP)

Introducción: el uso de sistemas de triaje en atención especializada esta ampliamente extendido, sin embargo en atención primaria que es lugar donde se acumulan mayor número de pacientes los sistemas de triaje se utilizan exclusivamente de forma anecdótica y mediante sistemas diseñados habitualmente para las urgencias hospitalarias.

Primero: creamos en colaboración con la Universidad de Oviedo y con la ayuda de una beca Ficyt un sistema de triaje basado en CIAP-2. Se agruparon patologías por grupos, se identificaron signos y síntomas de gravedad, se fabricaron algoritmos y un sistema informático que los integrara y posteriormente se testó su validez y fiabilidad. El sistema TAP es rápido y sencillo clasificando los pacientes en 5 niveles de atención y permitiendo su reparto entre los profesionales por orden de gravedad.



Segundo: se implantó el sistema de triaje «TAP» en los puntos de atención continuada de Oviedo, Gijón y Avilés mediante una aplicación informática que permite no solo la clasificación de pacientes sino su reparto entre los distintos profesionales. Se diseñó también una herramienta que ofrece información a tiempo real sobre la atención en los distintos centros.



Tercero: en el análisis de la fiabilidad del pilotaje inicial el índice Kappa fue de 0,70. Respecto al número de pacientes triados entre octubre y noviembre de 2010 fue 19359, de los cuales obtuvieron: nivel I el 0,3%, nivel II el 11,3%, nivel III el 18,6%, nivel IV el 62,6% y nivel V el 7,1%. Los índices de derivación al hospital por niveles fueron: I-50%, II-14,6%, III-6,4%, IV-3,3% y V-2,2%. No se reseñaron incidencias importantes en el sistema de triaje y el número de recomendaciones de cambio de nivel por parte de los profesionales fue del 0,17%

Autores: Rancaño García I, Cobo Barquín J, Cachero Fernández R, Hernández Mejía R, Izquierdo Robredo I, Noya Mejuto JA, Delgado González JM, Prieto Carrocera B, Álvarez de la Vallina N, Álvarez Díaz A.



CONGRESO NACIONAL DE INFORENF-SEIS



Inforenf 2011

VII Congreso Nacional de Informática en Enfermería

"El Futuro de la Tecnología de los cuidados"

Organiza **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA DE LA SALUD**

Con la colaboración de **Hospital General Universitario de Ciudad Real**

CIUDAD REAL
3 Y 4 DE MAYO DE 2011

Hospital General Universitario de Ciudad Real
C/ Obispo Rafael Torija, s/n
13005 Ciudad Real

Socios Tecnológicos

PROGRAMA

INTERSYSTEMS **iSOFT** **Microsoft**

SIEMENS **Telefónica**

Colaboradores Tecnológicos

AGFA **Atos Origin** **CITRIX** **EMC** **intel**

FUJITSU **INFORMÁTICA** **ORACLE** **•••••Systems** **UNIT4**



La Sociedad Española de Informática de la Salud, S.E.I.S.

CERTIFICA

**M. P. Gago Manteca, J.C. Cobo Barquín, I. Rancaño
García, R. Cachero Fernández, R. Hernández Mejía**

Ha participado el trabajo:

“Sistema de Triaje: TAP”

En la modalidad de *Comunicación* en la Sesión Científica 2, celebrada el martes, 3 de mayo, a las 18:30, en la Sala 2, dentro del VII Congreso Nacional de Informática en Enfermería, INFORENF 2011, celebrado en el Hospital General Universitario de Ciudad Real los días 3 y 4 de mayo de 2011.

Y para que conste, expido el presente certificado en Ciudad Real, a 4 de mayo de 2011



COMITÉ CIENTÍFICO

PÓSTER PRESENTADO EN EL CONGRESO DE INFORENF-SEIS



Objetivos: Crear un sistema de triaje válido para los servicios de urgencias de atención primaria, así como un soporte informático para su aplicación.

Metodología: Se crearon los algoritmos de decisión del sistema de triaje basados en la clasificación CIAP-2, y una aplicación informática para su desarrollo.

Se realizó un pilotaje con 140 pacientes, para posteriormente implantarse y seguirse en varios centros de Atención Primaria de Asturias.



Resultados: El número de pacientes clasificados es en la actualidad de 50.451, con un tiempo medio de triaje de 85 segundos.

En cuanto a niveles de triaje se han obtenido los siguientes resultados:

Nivel 1: 0,18% Nivel 2: 9,69% Nivel 3: 17,60% Nivel 4: 66,67% Nivel 5: 5,84%

Por aparatos, los problemas mas frecuentes son los del aparato ORL (24,13%), seguidos por los problemas respiratorios (23,41%) y del aparato locomotor (12,60%).

En el nivel 1 la derivación al hospital fue del 58,02%, en el nivel 2 del 15,07%, en el nivel 3 del 6%, en el nivel 4 del 3,12% y en el nivel 5 del 2,62%.

Solo en un 0,19% de los casos, los profesionales que clasificaban, notificaron que no estaban de acuerdo con el nivel de triaje indicado por el programa.



Conclusiones:

1. El sistema de triaje-TAP es aplicable con un tiempo de realización inferior a dos minutos.
2. El nivel de triaje es concordante con el grado de derivación hacia la atención hospitalaria.
3. Los niveles de triaje dados por diferentes profesionales son similares entre sí.
4. La valoración por parte del médico y del personal de enfermería del nivel de triaje se ajusta a la ofrecida por el sistema de triaje TAP.

Autores: Gago Manteca P, Cobo Barquín JC, Rancoño García I, Cachero Fernández R, Hernández Mejía R, Izquierdo Robredo I, Noya Mejuto JA, Delgado González JM.



**XII CONGRESO INTERNACIONAL Y XVIII NACIONAL DE LA
SEMG-VIGO MAYO 2011**



COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

Dr. José Carlos Pascual Gallo

Vocales: Dr. Andrés Barreiro Fruto

Dr. José Ricardo Benda Gesto

Dra. Clara Cepas Gallo

Dr. José Miguel de Barrajábarra G.

Dr. Ramón Manuel Devesa Núñez

Dr. Alberto Estre Pérez

Dr. Gonzalo Saco Domínguez

Dr. Pedro Silva Arachena

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dra. María del Pilar Rodríguez Ledo

Vocales:

Dr. Pedro Javier Castromorales García

Dra. Mercedes Llanusa Ferrer Comaláns

Dr. Celosino Galindo Montes

Dr. José Antonio Lamelas García

Dra. Begoña Torrija Lueiro

Dr. José Ramón Rodríguez Fernández

Dr. José Manuel Sola Camarero

Dr. Aquilino Vázquez Fernández

COMITÉ DE CONGRESOS

Dr. Manuel Martínez Dopazo

Dra. Mercedes Otero Cabellos

Dr. María Rubiolo del Corral

Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero

SECRETARÍA TÉCNICA

SEMGEN S.A.

Pº Imperial 10-12 1ª Planta

38005 Madrid

Tel: 91 884 41 20

Fax: 91 364 41 21

e-mail: congresos_semg@semg.es

SEDE DEL CONGRESO

IFEVI, INSTITUTO FERIA DE VIGO

ORGANIZA

Sociedad Española de Medicina

Generales y de Familia - SEMG



CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN DE COMUNICACIÓN

377

Título: CLASIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: CACHERO FERNÁNDEZ, REBECA
HERNÁNDEZ MEJÍA, RADHAMÉS
COBO BARQUÍN, JUAN CARLOS
RANCAÑO GARCÍA, IVÁN
GAGO MANTECA, MARÍA PILAR

La Comunicación arriba reseñada ha sido presentada en el marco del XVIII Congreso Nacional y XII Internacional de la Medicina General y de Familia, celebrado en Vigo durante los días 18, 19, 20 y 21 de Mayo de 2011.

Dra. María Pilar Rodríguez Ledo
Presidenta del Comité Científico

XXIII CONGRESO NACIONAL DE SEMES-MURCIA JUNIO

2011



URGENCIAS:
Nuevos retos
en la era digital



Sociedad Española de Medicina
de Urgencias y Emergencias

Auditorio y Centro de Congresos
Victor Villegas



URGENCIAS: Nuevos retos en la era digital

Murcia, 15-17 de Junio de 2011

La Secretaría de Organización del "XXIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS" celebrado en Murcia, los días 15, 16 y 17 de Junio de 2011.

CERTIFICA QUE:

**Cobo Barquín J
Rancaño García García I
Cachero Fernández R
Hernández Mejía R
Gago Manteca M**

han presentado la comunicación clasificada como **PÓSTER EXPUESTO** titulada:

TRIAJE EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. SISTEMA TAP

dicha comunicación ha sido publicada en la revista *Extra de Emergencias Volumen 23* Número Extraordinario de Junio 2011 con ISSN: 1137-6821.

Murcia, a 17 de junio de 2011



**Secretaría de Organización
123D**



Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias



Secretaría Técnica: Edificiopt, Cañizal Reyes, 60, 28020 Madrid - Tel.: 91 748 05 10 - Fax: 91 748 05 07 - secretaria.congreso@medynet.com

- **ARTÍCULO EN REVISTA SEMERGEN. TRIAJE EN
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
2013; 39 (2):70-76**
- **ARTÍCULO EN REVISTA ELECTRÓNICA E-NOTAS (SESPA)**



RSS Artículos e-notas

n.º3 2011 » Reseñas de Investigación

Triage en Atención Primaria: sistema "TAP"

19/10/2011

¹Iván Rancaño García. Servicio de Gestión Clínica y Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Profesor Asociado del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo.

²Juan Carlos Cobo Barquín. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

³Rebeca Cachero Fernández. Medico residente de Medicina Familiar y Comunitaria del Área IV (Asturias)

⁴Radhamés Hernández Mejía. Profesor titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Proyecto FIS/FICYT: AP10-07

Resumen

Los sistemas de triaje orientados a la atención primaria, dada la incidencia de patología menos grave que en otros niveles de atención, deberán tener en cuenta esta circunstancia siendo mas sensibles a patologías potencialmente importantes, aunque su gravedad real en el momento de atención sea menor. De otro modo, las herramientas clásicas de triaje no clasificarían pacientes, sino que todos los pacientes serían de gravedad leve, y solo en excepcionales ocasiones los pacientes conseguirán niveles naranjas o rojos. La herramienta de triaje "TAP" ha conseguido uno de sus principales objetivos que consiste en clasificar a los pacientes más "leves", diferenciánolos de aquellos en los que su patología es potencialmente mas importante.

Introducción

El "traje" o "triage" es un método de la Medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

Este término fue utilizado por primera vez por el barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842), médico cirujano militar, jefe de los servicios sanitarios del ejército de Napoleón, que lo introdujo como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla.

En nuestro país, la atención urgente se lleva a cabo principalmente desde 3 niveles asistenciales:

- Servicios de urgencias hospitalarios
- Servicios de emergencias extra-hospitalarios
- Servicios de urgencias de atención primaria

Tanto en los servicios de urgencias hospitalarios como en los servicios de emergencias extra-hospitalarios los sistemas de triaje están claramente implantados. Sin embargo en los servicios de urgencias de atención primaria este proceso está siendo más lento, en parte por no existir herramientas propias y tener que utilizar sistemas creados para los servicios hospitalarios. La implantación que suponen dichos sistemas, representa importantes desembolsos económicos.

Objetivos

Crear y validar una herramienta de triaje enfocada para los Servicios de Urgencias de Atención Primaria.

Metodología

Para llevar a cabo el diseño de la herramienta se utilizó el sistema de clasificación mundialmente reconocido de 5 niveles de gravedad:

BUSCAR

ACCESO E-NOTAS

Iniciar sesión
Registrarse

SECCIONES

Editorial (6)
Reseñas de Investigación (22)
Notas metodológicas (19)
Revisión a los clásicos (10)
Selección de informes (22)
Actualizaciones de guías de práctica clínica (7)
Breves (86)


PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente
Investigación y calidad
Imágenes médicas
Atención primaria
PET
Efectos adversos

EVENTOS

XV Reunión Anual de la Red de Programas de Cribado de Cáncer (20 jun 2012) **+Info**
Simposio Internacional: Patología del siglo XXI. Del diagnóstico molecular a la terapia personalizada del cáncer (21 jun 2012) **+Info**
HTA for integrated care in a patient-centered system (23 jun 2012) **+Info**
I International Symposium on Cell and Gene-based Therapies (28 jun 2012) **+Info**
Nuevos retos en gastroenterología: la endoscopia digestiva en la crisis económica del siglo XXI (28 jun 2012) **+Info**

Anexo 6. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACION PARA EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS</p> <p>Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias C/ Celestino Villamil s/n 33008-Oviedo Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28 e-mail: ceicr_asturias@hca.es</p>	<p>Área Substancias</p>
---	---	-------------------------


Oviedo, 26 de Febrero de 2015

El Comité Ética de la Investigación del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 35/15, titulado, " TRIAJE PEDIÁTRICO EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (TAP)", Investigadora Principal Dra. Rebeca Cachero Fernández, Tesis Doctoral.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.



Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



Anexo 7. PÁGINA WEB DEL GRUPO DE TRABAJO DEL TAP



Página Web



Equipo de desarrollo del sistema Triage TAP:

- Iván Rancoño García
- Juan Carlos Cobo Barquín
- Radhames Hernández Mejía
- Rebeca Fernández Cachero

Diseño y desarrollo de la aplicación informática :

- Iván Rancoño García
- Bernardo Nolet Canto

Colaboradores

Gerencia de Atención Primaria Area IV
Departamento de Medicina Preventiva
y Salud Pública de la Universidad de Oviedo:

- Aurora Alvarez Diaz
- Belen Prieto Carrocera
- Ignacio Izquierdo Robredo
- Jesus Melchor Delgado Gonzalez
- Jose Antonio Noya Mejuto
- Nuria Alvarez de la Vallina



Anexo 8. PANTALLAS DEL TAP

INTRODUCCIÓN DE DATOS ADMINISTRATIVOS

The screenshot displays a mobile application interface for administrative data entry. The interface is designed with a brown color scheme and includes several navigation and utility elements.

Top Navigation Bar: Contains icons for home, user profile, and accessibility (wheelchair and hearing aid).

Main Form:

- NOMBRE Y APELLIDOS:** Three text input fields containing "Pedro", "García", and "García".
- CENTRO DE ORIGEN:** A dropdown menu showing "IV" and a text input field containing "LA LILA".
- FECHA DE NACIMIENTO:** Three dropdown menus for day, month, and year, showing "15", "ENERO", and "1950".
- TIPO DE ATENCIÓN:** A dropdown menu showing "MEDICINA".
- TELEFONO:** A text input field.
- DIRECCIÓN:** A text input field.
- Gender Selection:** Two circular buttons with icons for a female figure and a male figure.
- Confirmation/Cancel Buttons:** A red button with a white "X" and a green button with a white checkmark.

Bottom Navigation Bar: Includes a date selector showing "31", "10", "12", and "2010", along with various utility icons such as eye, phone, and home.

PACIENTES EN EL TRIAJE

The screenshot displays a software interface for patient triage. At the top, there is a horizontal toolbar with icons for home, user profile, first aid, wheelchair accessibility, and a minus sign. Below this is a list of four patients, each with a name, wait time, and location, and a corresponding icon on the right:

GARCÍA GARCÍA, PEDRO (0 horas 1 minutos) - LA LILA	
GONZALEZ PEREZ, MARIA (0 horas 0 minutos) - LA LILA	
LOPEZ MARTINEZ, JOSEFA (0 horas 0 minutos) - LA LILA	
MARTÍN GARCÍA, SAMUEL (0 horas 0 minutos) - LA LILA	

The main area of the interface is a large, empty orange rectangle. At the bottom, there is another toolbar containing a calendar icon showing '31', a date selector for '10' and '12' of '2010', and various utility icons like eye, phone, first aid, checkmark, and refresh.

APARATOS

PROBLEMAS RESPIRATORIOS		PROBLEMAS NEUROLOGICOS		PROBLEMAS EN LOS OJOS Y ANEJOS		PROBLEMAS ORL	
PROBLEMAS DIGESTIVOS		PROBLEMAS CARDIACOS O CIRCULATORIOS		PROBLEMAS DEL APARATO LOCOMOTOR		PROBLEMAS DE PIEL Y FANERAS	
PROBLEMAS GENERALES O INESPECIFICOS		PROBLEMAS URINARIOS		PROBLEMAS SOCIALES		PROBLEMAS SANGUINEOS E INMUNITARIOS	
PROBLEMAS GENITALES MASCULINOS		PROBLEMAS GENITALES FEMENINOS		PROBLEMAS PSIQUIATRICOS O PSICOLÓGICOS		APARATO ENDOCRINO, METABOLICO Y NUTRICIÓN	

Código: PGG1966-45010-L. (PEDRO GARCÍA GARCÍA)

MOTIVOS DE CONSULTA

PROBLEMAS ORL

<i>i</i>	ALTERACIÓN DE LA AUDICIÓN	<i>i</i>	ENFERMEDAD DEL PABELLON ó CUERPOS EXTRAÑOS	<i>i</i>	ENFERMEDADES DEL OIDO
<i>i</i>	MAREOS O VERTIGO	<i>i</i>	OTRAS PATOLOGIAS ORL	<i>i</i>	PATOLOGIA DE GARGANTA ó NARIZ
<i>i</i>	URGENCIAS BUCODENTALES				

Código: PGG1966-45010-L. (PEDRO GARCÍA GARCÍA)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

	DOLOR EN ALGÚN NIVEL (AL ADMINISTRAR EVA INSISTIR EN 0-SIN DOLOR, 10-DOLOR INSOPORTABLE)				
	SENSACIÓN FEBRIL				
	TRAUMATISMO CRANEAL ASOCIADO A OTORRAGIA				
	EL PACIENTE ESTÁ PALIDO, SUDOROSO O CIANÓTICO				
	FOCALIDAD NEUROLÓGICA ASOCIADA				T ^a 36,5
	NAUSEAS O VÓMITOS				
	DOLOR DE CABEZA				
	EL PROBLEMA HA COMENZADO HACE MENOS DE 1 SEMANA				

Codigo: PGG1966-45010-L

MUESTRA DEL BOTÓN “AYUDA”

The screenshot displays a medical application interface with a list of symptoms and a help dialog box. The interface has a brown header with navigation icons. The main area is a table with columns for symptom descriptions, status indicators, and other data. A help dialog box is overlaid on the table, providing instructions for a specific symptom.

Icon	Symptom Description	Status	Other Data
	DOLOR EN ALGÚN NIVEL (AL ADMINISTRAR EVA INSISTIR EN 0-SIN DOLOR, 10-DOLOR INSOPORTABLE)		
	SENSACIÓN FEBRIL		
	TRAUMATISMO CRA...		
	EL PACIENTE ESTÁ P...		
	FOCALIDAD M...		T° 36,5
	NAUSEAS O VÓMITOS		
	DOLOR DE CABEZA		
	EL PROBLEMA HA COMENZADO HACE MENOS DE 1 SEMANA		

AYUDA

EL PACIENTE PRESENTA PERDIDA DE FUERZA/SENSIBILIDAD DE ALGUNA EXTREMIDAD, DESVIACIÓN DE LA COMISURA BUCAL, DIFICULTAD PARA HABLAR

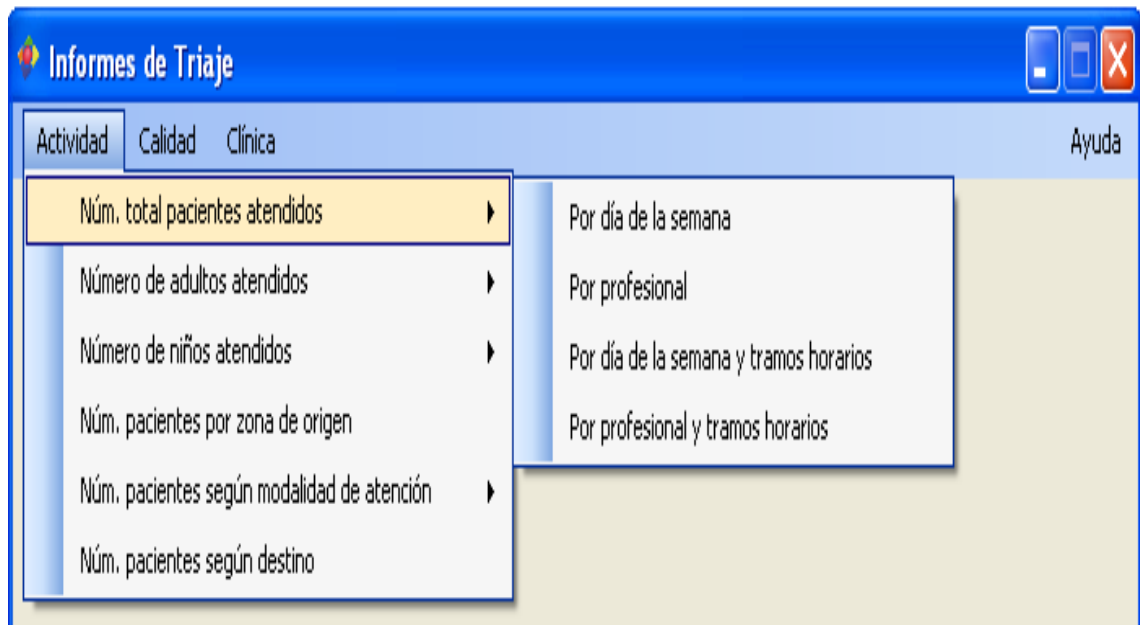
Codigo: PGG1966-45010-L

CONTROL DEL TRIAJE

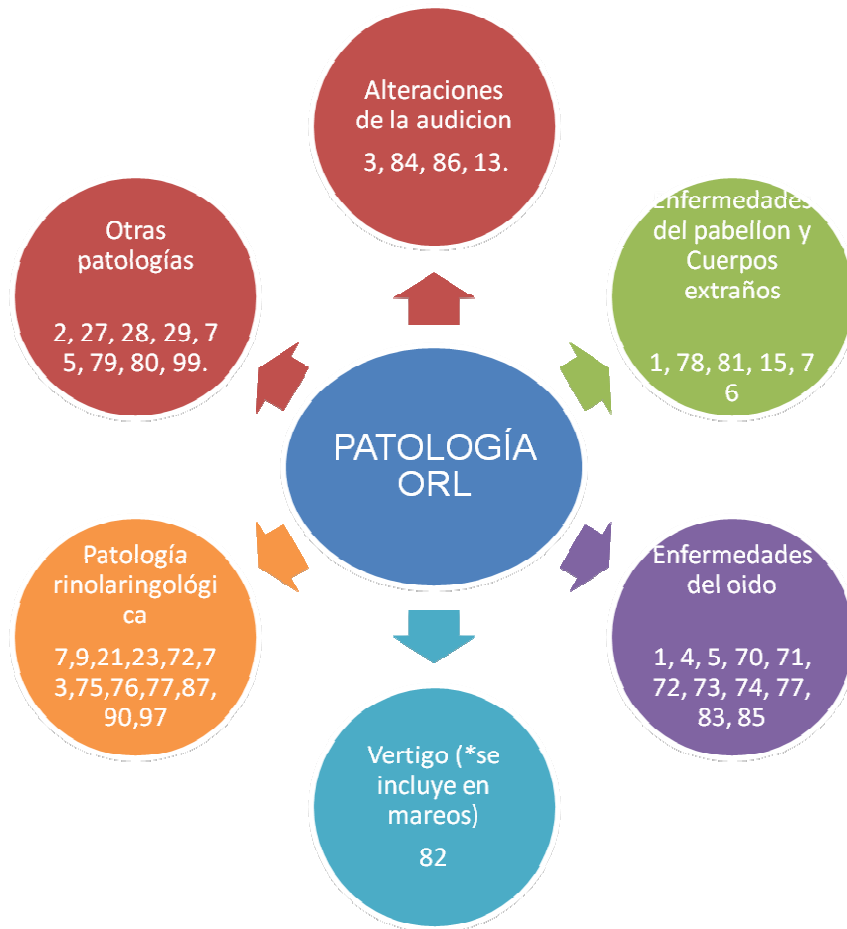
The screenshot shows a software interface for triage control. At the top, there is a toolbar with icons for home, user, medical, volume, lock, window, refresh, and close. The main area displays a list of patients with their names, wait times, and the name of the triage nurse (LA LILA). The bottom toolbar includes icons for printer, folder, calendar, date/time, eye, phone, medical, checkmark, and refresh.

Nombre del Paciente	Tiempo de Espera	Nombre del Triage
GARCÍA GARCÍA, PEDRO	0 horas 11 minutos	LA LILA (T+)
LOPEZ PEREZ, JUAN	0 horas 2 minutos	LA LILA
LOPEZ ALVAREZ, MARINA	0 horas 2 minutos	LA LILA (C)
GARCIA GARCIA, SARA	0 horas 2 minutos	LA LILA
LOPEZ MENENDEZ, VICENTE	0 horas 1 minutos	LA LILA
GARCIA GONZALEZ, ROCIO	0 horas 2 minutos	LA LILA

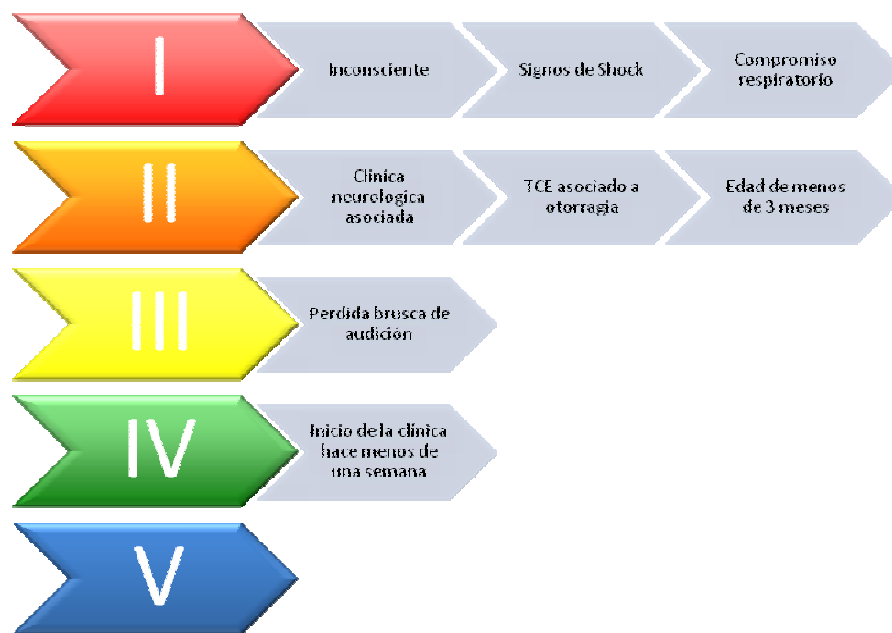
INFORMES ADMINISTRATIVOS DE LA APLICACIÓN iTAP



**Anexo 9. PRIMER ÁRBOL DE DECISIONES (EJEMPLO.
PATOLOGÍA ORL)**



**Anexo 10. SEGUNDO ÁRBOL DE DECISIONES (EJEMPLO.
ALTERACIONES DE LA AUDICIÓN)**



Constantes variables:

Dolor: escala EVA

Sensación febril: temperatura

